



Carlos H. Menke
Jorge V. Biazus,
José A. Cavaleiro
Eliane G. Rabin
Raul R. Lau
Cleomar A. Balen

GIGANTOMASTIA

Rev bras Mastol 1996; 6:144-148

*Trabalho realizado no Hospital
de Clínicas da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.*

UNITERMOS

Gigantomastia;
Doenças da mama.

RESUMO

A gigantomastia é um desenvolvimento anormal e rápido da glândula mamária, de grandes proporções e de etiologia desconhecida, mais observada na mulher jovem, que pode ocorrer durante a gravidez ou adolescência. São relatados quatro casos diagnosticados no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de 1985 a 1995. Além de caracterizar melhor esta patologia, que causa grandes transtornos de ordem física e psicológica, os autores destacam os aspectos do diagnóstico, complicações, tratamento e associação com outras enfermidades.

INTRODUÇÃO

A gigantomastia se caracteriza por um aumento acentuado e difuso das mamas, acima de 1500 cc, ocorrendo mais comumente na adolescência ou gravidez. Esta condição pode se manifestar na primeira gravidez ou após gestações normais. Na maioria dos casos, limita-se a mulheres jovens. Pode ser devido a um excesso hormonal ou à hipersensibilidade do órgão alvo, com várias complicações clínicas, de ordem psicológica e física. A gigantomastia pode alterar o desenvolvimento do corpo, causando graves danos à coluna vertebral e, também, afetando a auto-estima e ocorrendo até psicose. Está associada com alta morbidade e até mortalidade, secundárias a ulcerações de pele, necrose, hemorragia e infecção. O tratamento medicamentoso não obtém resultados satisfatórios e a cirurgia é usualmente indicada.

Devido à baixa incidência deste distúrbio e à escassez de publicações, especialmente em nosso meio, apresentamos o relato de quatro casos e uma breve revisão de literatura.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso I - C.A.P., 32 anos de idade, negra, foi atendida em junho de 1988, com queixa de aumento de volume mamário bilateral, no início da terceira gestação, acompanhado de dor na coluna cervicotorácica. A primeira e segunda gestação transcorreram sem intercorrências. No exame físico observou-se aumento do volume mamário, com a pele ulcerada (figura 1).

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca aos 14 anos, três gestações e dois partos; nega cirurgias ginecológicas e uso de hormônios. Não havia história familiar de gigantismo



Figura 1 - Gigantomastia (caso 1).

e patologia mamária. Seis meses após o parto, realizou mastoplastia redutora bilateral, com enxerto livre do complexo aréolo-papilar. O diagnóstico anatomopatológico foi de hipertrofia mamária bilateral. Foram retirados 2.400 g de tecido da mama direita e 2.600 g da mama esquerda.

O pós-operatório transcorreu sem anormalidades. Não houve crescimento mamário após a cirurgia.

Caso II - M.R.S.M, 25 anos, branca, casada, veio à consulta em dezembro de 1989, com história de ter iniciado um rápido aumento de volume das mamas durante a segunda gestação. Durante o 5º mês da gestação apresentou dispnéia progressiva, disfonia, regurgitação, queixando-se também de lombalgia, dor mamária e ulcerações. O exame



Figura 2 - Gigantomastia e mama supranumerária (caso 2).

físico apresentou mamas grandes, simétricas e pendulares, mamilos invertidos e aréolas distendidas. A axila esquerda apresentava mama supranumerária com adensamento (figura 2).

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca aos 11 anos, ciclos regulares de 28 dias. Nega tratamento com hormônios e cirurgia ginecológica. Fez uso de anticoncepcional por dois anos. Na primeira gestação apresentou parto prematuro no 8º mês, com crescimento fisiológico de suas mamas e lactação normal. A segunda, entretanto, foi associada com marcado aumento das mamas e terminou, também, em parto prematuro.

Em agosto de 1990, três meses após o parto, ainda que uma regressão espontânea e significativa tivesse ocorrido, as mamas estavam ainda muito grandes, continuando a causar desconforto considerável e permanecendo a falta de ar. Submeteu-se à mastoplastia redutora bilateral com enxerto livre do complexo aréolo-papilar. O exame anatomopatológico mostrou: 1. mama direita - quatro porções irregulares de tecido mamário, pesando 1.200 g em conjunto (a maior delas mede 21,0 x 19,0 x 6,5 cm e vem parcialmente coberta por retalho navicular de pele clara que mede 21,0 x 21,0 cm); 2. mama supranumerária - porção irregular de tecido mamário, pesando 280 g e medindo 12,0 x 11,0 x 5,0 cm, recoberto parcialmente por retalho navicular de pele clara, medindo 11,55 x 10,0 cm; 3. mama esquerda - porção irregular de tecido mamário medindo 18,0 x 14,0 x 6,0 cm e pesando 850 g, parcialmente coberta por retalho navicular de pele, medindo 21,0 x 21,0 cm. Diagnóstico: hipertrofia mamária bilateral e mama supranumerária.

Após a cirurgia persistiram os sintomas de astenia, disfonia, paresia facial, diplopia, regurgitação e disfagia, sendo encaminhada ao Serviço de Neurologia e diagnosticado miastenia gravis e timoma. O resultado local da mastoplastia redutora está na figura 3.

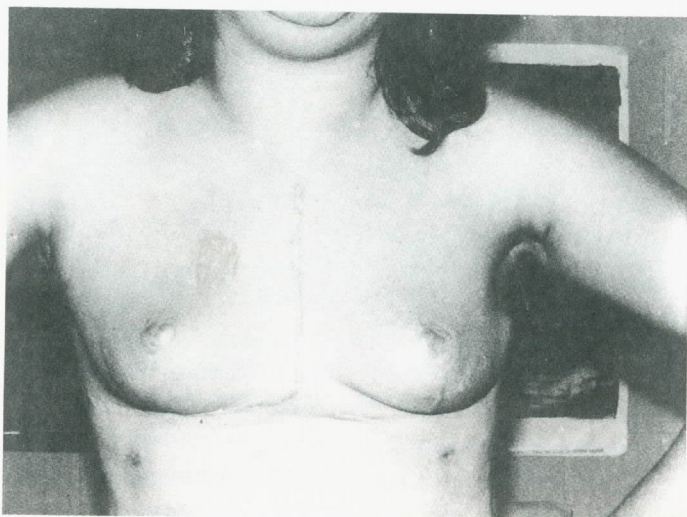


Figura 3 - Resultado pós mastoplastia redutora (caso 2).

Seus sintomas melhoraram após timentomia em 1/12/1990 e administração oral de prednisona.

A última revisão em 11/04/96 não evidenciou sinais de novo crescimento mamário.

Caso III - Paciente G.S.P.F., branca, 43 anos, casada, apresentou-se à consulta em abril de 1991, com aumento de volume das mamas há dois anos e meio, depois de importante aumento do peso.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca aos 11 anos, ciclos regulares de 25 dias, cinco gestações, três partos e dois abortamentos.

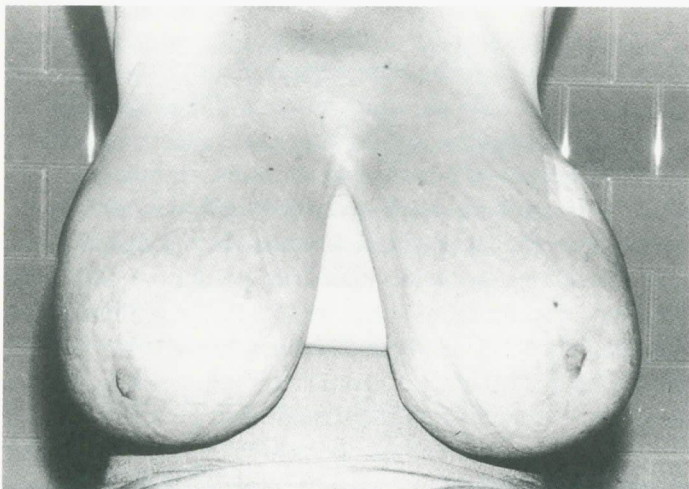


Figura 4 - Gigantomastia (caso 3).

Ao exame físico: acentuado aumento de volume das mamas e padrão nodular, axilas livres, cicatrizes de biópsia em mama direita e supranumerária em mama esquerda (Figura 4).



Figura 5 - Resultado pós mastoplastia redutora (caso 3).

Em 14/07/91 a paciente foi submetida à mastoplastia redutora bilateral com enxerto livre do complexo aréolo papilar (figura 5).

O exame anatomopatológico mostrou, ao exame macroscópico, porção de mama designada como direita, medido 23,5 x 2,5 x 10,0 cm, pesando 2.850 g. Está parcialmente recoberta por retalho irregular de pele clara, medindo 24 x 23,0 cm. A superfície cutânea exibe, na porção central, solução de continuidade que mede 4,0 x 3,5 cm (correspondendo ao mamilo) e porção de mama designada como esquerda medindo 24,5 x 22,0 x 11,0 cm, pesando 2.700 g. Está parcialmente recoberta por retalho irregular de pele clara, medindo 26,0 x 24,0 cm. A superfície cutânea exibe, na porção central, solução de continuidade que mede 3,5 x 2,5 cm (correspondendo ao mamilo). Diagnóstico: hipertrofia mamária bilateral, com adipose subcutânea.

Pós-operatório sem intercorrências.

Em sua consulta, no 6º mês pós-operatório, não se queixava mais de fadiga e ortopnéia.

Última revisão em 20/06/95: sente-se bem, não houve crescimento mamário durante este período. Está satisfeita com sua aparência.

Caso IV - A.R.B., 17 anos, branca, solteira, consultou-se em dezembro de 1995, com história de atraso menstrual e aumento rápido do volume das mamas, concomitante à primeira gravidez.

Em novembro de 1992, aos 14 anos de idade, submeteu-se a uma mastoplastia redutora bilateral com enxerto livre do complexo aréolo-papilar, cujo resultado anatomopatológico revelou: 1. mama esquerda - várias porções irregulares de tecido mamário, medindo a maior 15,5 x 8,5 x 3,0 cm, pesando em conjunto, 740 g. (a maior mostra-se parcialmente revestida por retalho de pele clara, medindo 10,0 x 9,0 cm). 2. mama direita - várias porções e fragmentos irregulares, referidos como de mama direita, medido a maior 18,5 x 13,5 x 5,5 cm e pesando, em conjunto, 1.330 g. Diagnóstico: hipertrofia mamária juvenil (figura 6).

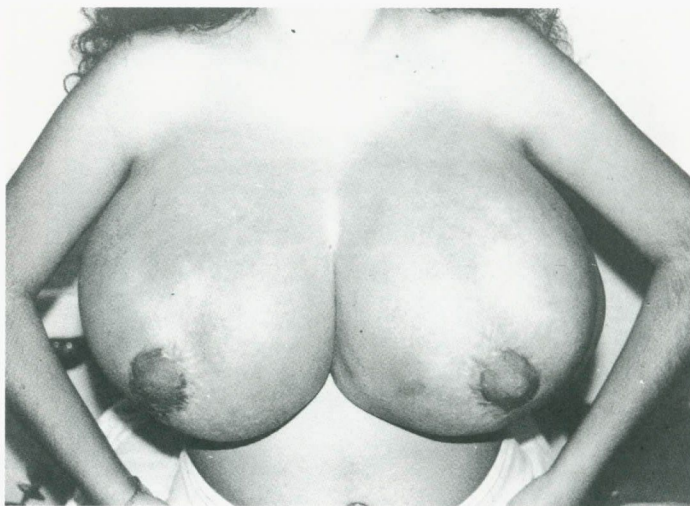


Figura 6 - Gigantomastia (caso 4).

O pós-operatório transcorreu sem complicações. Posteriormente apresentou quelóide em cicatriz da mamoplastia.

Antecedentes menstruais: menarca foi aos 12 anos, ciclos irregulares, nega uso de anticoncepcional.

Ao exame físico encontramos mamas de grande volume, com ptose importante, sem nódulos e retrações, aréolas grandes.

Os exames de laboratório foram normais.

Em gestação posterior, em 1996, ocorreu recidiva da gigantomastia.

DISCUSSÃO

A gigantomastia é uma entidade rara. O tamanho normal da mama ainda é difícil de se definir com precisão. As medidas de mama adulta consideradas normais são de 250 a 300 cc. De 400 a 600 cc constitui hipertrofia moderada, de 600 a 800 cc, hipertrofia significativa média, de 800 a 1.000 cc, é descrito como hipertrofia significativa. O volume da mama acima de 1.500 gr, representa gigantomastia². No período entre 1985 e 1995 ocorreram 4 casos em nosso serviço, sendo: um puberal, dois na gravidez e um acompanhado de aumento de peso. A gigantomastia apresenta tradicionalmente duas formas:

a) Gravídica: pode manifestar-se na primeira gravidez ou após gestações normais^{2,1,3} como nos casos I e II.

b) Virginal ou puberal: começa na puberdade e continua na vida adulta, acomete usualmente as duas mamas, mas existe relato de aumento unilateral⁵.

O diagnóstico diferencial é feito com fibroadenoma gigante, cistossarcoma filodes, linfomas, sarcoma e carcinoma de mama.

Nas pacientes em questão, o exame clínico detectou à inspeção: mamas desproporcionalmente grandes e pendulares, com o mamilo e a aréola distendidos. As veias são superficiais e, em geral, proeminentes. Na palpação, a mama tem uma firmeza difusa associada à nodularidade generalizada. Queixam-se de dificuldade respiratória e dores nas costas. Como conseqüência da rápida distensão da pele, ocorrem ulcerações descritas nos casos I e II, podendo apresentar também necrose, infecção e hemorragia.

Nos casos apresentados, as dosagens bioquímicas, em conformidade com achados da literatura, não demonstraram anormalidades que explicassem esta situação^{1,4,5}.

A etiologia exata da gigantomastia é desconhecida^{2,3,5}.

O mecanismo pode ser uma super atuação hormonal, causada por uma hipersensibilidade do órgão alvo aos hormônios³. Conforme relato da literatura, é descrita gigantomastia pós-medicamentosa ao uso de contraceptivos² e D-penicilamina^{3,5}. Ainda em relação aos casos aqui descritos, é de salientar que no caso II, a gigantomastia se fez acompanhar de miastenia gravis e timoma. Na literatura consultada encontramos um relato semelhante, mas também de etiologia desconhecida.

A análise das possíveis causas sugere 4 formas potenciais de terapia:

- 1) Manipulação hormonal.
- 2) Remoção da mama.
- 3) Redução da mama.
- 4) Combinação destas terapias.

Numerosas tentativas de tratamentos conservadores foram feitas através de diversas substâncias tais como: progesterona, bromocriptina, andrógenos, diuréticos, estrógenos e antiestrógenos (tamoxifen), com melhora em alguns casos e nenhuma em outros, além do possível efeito iatrogênico destas substâncias^{3,5}.

Em casos de gigantomastia a lactação deve ser suprimida, usando-se bromocriptina no pós-parto. Amamentar não é recomendável porque, em alguns casos, as mamas continuam crescendo no pós-parto e, também evita possível mastite grave, complicada com septicemia³. O tratamento conservador consiste em repouso, suporte das mamas e analgésicos.

A segunda possibilidade - mastectomia total, bilateral - está alicerçada no fato de remover todo tecido mamário, sendo este procedimento reservado à paciente com hemorragia espontânea maciça, com risco de vida³.

Nos casos de gigantomastia recidivante existe a possibilidade de uma mastectomia subcutânea com reconstrução imediata^{1,5}.

A terceira possibilidade - mamoplastia redutora - é o tratamento mais comum. Convém esperar vários meses após o parto, a fim de dar tempo para uma redução espontânea, parcial das mamas, sendo mais fácil o planejamento cirúrgico. Embora a cirurgia possa reduzir o tamanho glandular nestas pacientes, não prevenirá totalmente o seu crescimento futuro¹. Nos 4 casos em questão realizou-se mamoplastia redutora bilateral com enxerto livre do complexo aréolo-papilar. As pacientes devem ser informadas, antes da cirurgia, que o tecido mamário hipersensível residual pode voltar a crescer, tornando necessário procedimento mais definitivo no futuro⁵. Apenas no caso nº 4, aconteceu recidiva após a cirurgia, simultânea à primeira gravidez e outra mamoplastia redutora bilateral foi realizada.

KEY WORDS

Macromastia;
Breast diseases.

ABSTRACT

MACROMASTIA.

Mammary gigantism is an abnormal and fast development of the mammary gland, with massive proportions and unknown etiology. It is more frequently found in young women and it can occur during pregnancy or adolescence. We report four cases seen in the Mastology Service of Hospital Clínicas, Porto Alegre, between 1985 and 1995. Besides describing this pathology that causes great physical and emotional disorders, the authors present the diagnosis, complications and treatment of this disease, as well as its association with other pathologies.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLAND KI. Inflammatory, infectious, and metabolic disorders of the mamma. In: BLAND KI, COPELAND EM. The breast comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia: W.B. Saunders. 1991; 87-92.
2. CORRIVEAU S, JONATHAN SJ. Macromastia in adolescence - Clin Plast Surg 1990; 17(1): 151-160.
3. LAFRENIERE R, TEMPLE W, KETCHAM A. Gestacional macromastia. An J Surg 1984; 148 (3): 413-8.

4. TCHABO JG; STAY EJ. Gravidic macromastia. Am J Obst Gynec 1989; 160 (1): 88-9.
5. WOLF Y, PAUZNER D, GROUTZ A. Gigantomastia complicating pregnancy. Acta Obst Gynec Scand 1995; 74(2): 159-63.

Endereço para correspondência:

*Carlos H. Menke
Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 600-C
90035-000 - Porto Alegre - RS*