



Miguel Sabino Neto
 Élvio Bueno Garcia
 Daniela Francescato Veiga
 Priscila Arruda Bruno
 Lydia Masako Ferreira
 Luís Henrique Gebrim
 Cláudio Kemp
 Afonso Celso Pinto Nazário

ABORDAGEM PLÁSTICA NAS RESSECÇÕES DOS TUMORES *PHYLLODES*

Rev bras Mastol 2000; 10 (3): 156-158

Disciplinas de Cirurgia Plástica e
 Ginecologia da Universidade Federal de
 São Paulo – Escola Paulista de Medicina
 (Unifesp–EPM).

UNITERMOS

Tumor *phylloides*;
 Mamoplastia.

RESUMO

O tumor *phylloides* é a causa mais comum de aumento de volume de uma das mamas por massa tumoral em adolescentes do sexo feminino, sendo, porém, mais freqüente entre a quinta e a sétima décadas de vida. Na maioria das vezes, trata-se de um tumor benigno (a variação maligna é rara, segundo grande parte dos autores) que pode apresentar altos índices de recidiva local. O tratamento cirúrgico varia desde a simples excisão com margem até a mastectomia. Descrevemos as cirurgias realizadas em duas pacientes com tumor, com idade de 15 e 13 anos, tratadas conjuntamente pelas Disciplinas de Ginecologia e Cirurgia Plástica da Unifesp-EPM, tendo cada caso uma abordagem cirúrgica diversa. Obtivemos resultados satisfatórios do ponto de vista oncológico e estético, tanto pela avaliação médica quanto das pacientes. O planejamento conjunto das incisões permitiu um melhor acesso, facilitando a ressecção tumoral e permitindo menores seqüelas estéticas. A integração multidisciplinar foi fator determinante para o sucesso do tratamento.

Aceito para publicação em outubro de 1999

INTRODUÇÃO

O tumor *phylloides*, originalmente descrito por Johannes Müller em 1838, é uma neoplasia rara, representando 0,3% a 1% de todas as neoplasias da mama, sendo exclusiva do tecido mamário¹.

É a causa mais comum de tumor, aumentando o volume de uma das mamas em adolescentes do sexo feminino. Ocorre com maior freqüência entre a quinta e a sétima décadas de vida, quase que exclusivamente em mulheres; a incidência no sexo masculino é raríssima¹.

Seu comportamento biológico foi considerado benigno até 1931, quando Lee e Pack descreveram metástase pulmonar em uma paciente³. De acordo com a maioria dos autores, a variação maligna desse tumor é rara, ou seja, freqüentemente ele é benigno, porém, com alta taxa de recorrência local^{1,3}.

Durante os últimos anos, verificamos, na literatura, uma certa dificuldade para a classificação desse tumor, no que concerne à caracterização entre maligno e benigno. Atualmente, sabemos que a diferenciação depende de inúmeros fatores, como aumento da celularidade do

estroma, atipia nuclear, característica da arquitetura e número de mitoses. A transformação sarcomatosa ocorre em, aproximadamente, 20% dos tumores *phyllodes*¹.

O tratamento cirúrgico do tumor *phyllodes* varia desde a excisão com margem até a mastectomia simples e o planejamento da cirurgia depende do tamanho do tumor e, principalmente, da relação tumor/mama.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Duas pacientes, de 13 e 15 anos, portadoras de aumento de volume de uma das mamas e diagnóstico clínico de tumor *phyllodes*, foram tratadas conjuntamente pelas Disciplinas de Ginecologia e Cirurgia Plástica da Unifesp-EPM, no período de abril a outubro de 1994.

Caso 1: TCP, 15 anos, procedente da Bahia, com história de aumento progressivo de volume da mama esquerda há dois anos. Ao exame físico, apresentava uma tumoração palpável, com cerca de 15 cm x 12 cm, localizada nos quadrantes inferiores da mama esquerda, comprometendo mais de 50% do volume mamário e promovendo uma acentuada ptose da mama e alargamento do complexo aréolo-mamilar (CAM).

Planejamento

Demarcou-se a pele baseando-se na técnica de Pitanguy⁴: mamoplastia com cicatriz resultante em T invertido, tomando o cuidado de marcar o ponto A, cerca de 2 cm abaixo da marcação clássica, contando com uma provável retração da pele após a ressecção tumoral, visto que encontrava-se extremamente distendida pelo peso do tumor (Figura 1).

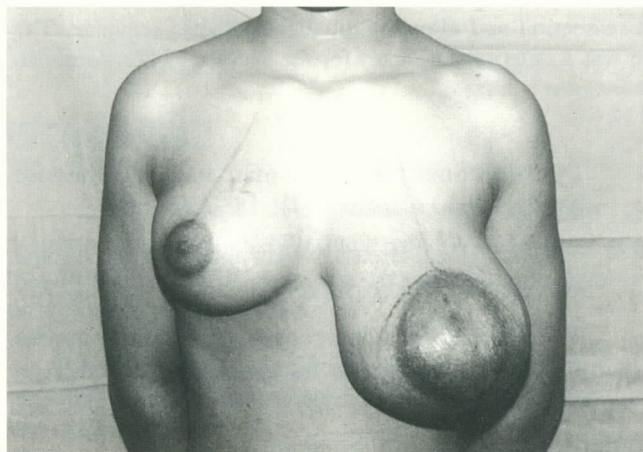


Figura 1 – Demarcação da pele segundo técnica de mamoplastia em “T” invertido, orientados pela mama contralateral (caso 1)

Técnica operatória

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral.

Incisada a pele, abordou-se o tumor, que se encontrava envolvido por uma cápsula bem definida, a qual guiou-nos na ressecção.

Foi realizado exame anátomo-patológico de congelação da peça ressecada, que revelou tumor *phyllodes* de linhagem benigna. A seguir, o CAM foi transposto através de um pedículo dérmico superior e realizou-se a montagem do tecido mamário remanescente. Foi utilizada drenagem aspirativa a vácuo.

Caso 2: MJA, 13 anos, procedente de São Paulo. Referia aumento progressivo de volume da mama direita, com início há cerca de 18 meses. Ao exame físico, observou-se uma tumoração palpável com 8 cm x 9 cm, localizada em regiões superiores e retro-areolares, comprometendo mais de 50% do volume e promovendo uma distensão do complexo aréolo-mamilar

Planejamento

Demarcou-se incisão intra-areolar semicircular com a cavidade voltada para baixo, baseada na incisão de Webster⁵, de maneira que permitisse um bom acesso e a diminuição da circunferência do CAM (Figura 2).

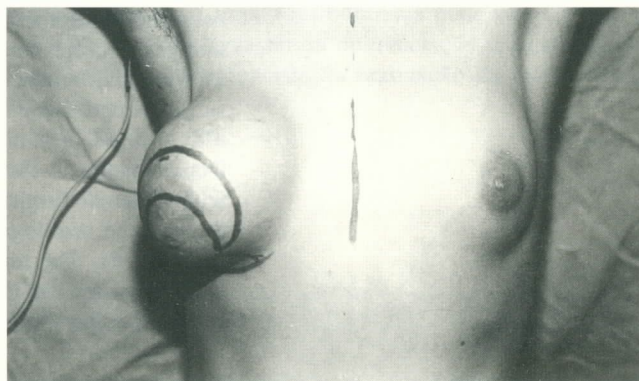


Figura 2 – Demarcação da linha de incisão, que corresponde à quantidade de pele a ser ressecada (caso 2)

Técnica operatória

Com a paciente sob anestesia geral, incizou-se a pele na área demarcada e seguiu-se em direção ao tumor, até encontrar a cápsula tumoral, facilmente identificada.

Ressecou-se o excesso de pele, o tumor e sua cápsula em peça única, encaminhando-a para exame anátomo-patológico de congelação, que revelou tratar-se de um tumor *phyllodes* de linhagem benigna.

Os tecidos remanescentes foram aproximados e suturados de modo a montar a mama. Foi também instalado dreno aspirativo a vácuo.

RESULTADOS

Os resultados foram satisfatórios do ponto de vista da ressecção tumoral e estético, com seguimento pós-operatório de quatro anos, não apresentando, até o momento, recorrência local ou à distância dos tumores.

DISCUSSÃO

A história natural do tumor *phylloides* é variável. A maioria tem comportamento benigno, sendo a recorrência local de 7,5% a 58%. As metástases a distância não são frequentes, ocorrem em 3% a 13% dos casos e geralmente são pulmonares¹.

Devido às controvérsias existentes em relação ao tratamento cirúrgico do tumor *phylloides*, Davis e Patel enfi-

zam que o tratamento deve ser individualizado e a extensão da ressecção cirúrgica dependerá das características anátomo-patológicas e dos achados operatórios².

A maioria dos autores cita que a recidiva local ocorre entre 2 e 5 anos. Nosso seguimento foi de 4 anos, sem recorrência até o momento. Acreditamos que a identificação macroscópica exata das margens no intra-operatório, pela presença da cápsula tumoral, permitiu-nos uma ressecção suficiente para a erradicação, restando apenas parênquima mamário de características normais.

Para realizar o planejamento do caso 1, guiámo-nos pela marcação descrita por Pitanguy e, para abordarmos o tumor no caso 2, pela incisão descrita por Webster^{4,5}. A utilização dessas técnicas clássicas de cirurgia plástica facilitou a abordagem para a ressecção dos tumores e para a retirada da pele em excesso.

A visão multidisciplinar dessa afecção, com a integração entre o mastologista e o cirurgião plástico, foi de fundamental importância no sucesso do tratamento, oferecendo maior satisfação para as pacientes e para a equipe médica com os resultados obtidos.

KEYWORDS

Phyllodes tumor;
Mammoplasty.

ABSTRACT

PLASTIC APPROACH ON THE SURGICAL TREATMENT OF *PHYLLODES* TUMOR

The *phylloides* tumor is the most common cause of increasing in the volume of one of the breasts by tumoral mass in female teenagers, being, however, more frequent between the fifth and seventh decades of life. Most of the times it's a benign tumor (the malignant form is rare, according to the literature), but with high rates of local recurrence. The surgical treatment can vary from a standard excision to a radical mastectomy. The surgeries performed in two patients with *phylloides* tumor of the breast, 15 and 13 year-old, treated in a multidisciplinary way by the Gynecology and Plastic Surgery Departments of the Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina with different surgical approaches will be described. Satisfactory results were reached through the oncologic and aesthetic view, as for the medical team evaluation and for the patients. The multidisciplinary set up of the incisions allowed a better access, making easier the tumoral resection and allowing smaller aesthetic sequelae. The multidisciplinary integration was a determinant factor for the success of the treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO NETO JT, DEPES D, ALCÂNTARA M, FERRARO O, BARRETO E, BARACAT F. Tumor filodes (cistossarcoma filodes). Rev bras Mastol 1999; 9: 28-33.
2. DAVIS JR C, PATEL W. Surgical problems in the management of giant fibroadenoma of the breast. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 1010-5.
3. LEE BJ, PACK GT. Giant intracanalicular fibroadenomyxoma of the breast: the so called

cystosarcoma *phylloides* mammae of Johannes Müller. Am J Cancer 1931; 15: 2583-609.

4. PITANGUY I. Breast hypertrophy. II International Congress of Plastic Surgery Society. London, 1959
5. WEBSTER JP. Mastectomy for gynecomastia though a semicircular intra-areolar incision. Ann Surg 1946; 124: 557-75.

Endereço para correspondência:

Miguel Sabino Neto
Rua Napoleão de Barros, 715, 4º andar
Vila Clementino – 04024-002 – São Paulo, SP