

Enfarte Espontâneo da Mama

Caso Clínico

Carla Pina*, Inês Vaz*, Manuela Montalvão*, Umbelina Ramos†, Delfina Pereira Leite*

Serviços de *Ginecologia e Obstetrícia e de †Anatomia Patológica da Maternidade de Júlio Dinis, Porto

Os autores apresentam um caso clínico de enfarte espontâneo da mama numa doente de 28 anos, cujo quadro clínico teve início no 3º dia de puerpério e o diagnóstico protelado cerca de 4 meses, dado ter sido inicialmente interpretado como abcesso da mama.

Palavras-chave: mama; enfarte; espontâneo.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 21(1):15-7

INTRODUÇÃO

Esta entidade clínica consiste num enfarte espontâneo do tecido mamário que ocorre na fase terminal da gravidez ou durante o puerpério (1,2).

Hasson e Pope (1961) foram os pioneiros na publicação desta doença ao descreverem 3 casos clínicos (2).

Habitualmente as doentes apresentam-se com um nódulo palpável, indolor, podendo ocorrer um período inicial de dor transitória (1,2).

O conhecimento da existência desta doença é importante pelo diagnóstico diferencial que implica com carcinoma quer sob o ponto de vista clínico quer anatomo-patológico (1).

CASO CLÍNICO

Puérpera de 28 anos, caucasiana, Gesta 4 Para 3 (partos eutócicos), 1 abortamento espontâneo, sem história de patologia mamária prévia, traumatismos ou consumo de medicamentos, que recorreu ao seu hospital de residência por tumefacção indolor da mama direita, três dias após o último parto (Outubro/2005).

Foi iniciada inibição da lactação com bromocriptina por suspeita de mastite, associado a tratamento com amoxicilina/ácido clavulânico e ibuprofeno. Cerca de 2 meses após foi novamente medicada com bromocriptina e antibioterapia (desconhece o fármaco) por persistência do nódulo mamário, sem outras queixas associadas.

Ao 4º mês pós-parto (Fevereiro/2006), por ausência de resolução do quadro clínico, recorreu ao serviço de urgência da Maternidade de Júlio Dinis.

Objectivamente, encontrava-se com bom estado geral, apirética e hemodinamicamente estável. Apresentava

uma franca assimetria mamária, com aumento de volume da mama direita. À palpação, identificava-se uma tumefacção de contornos regulares, tensa, móvel e indolor, que ocupava todo o quadrante supero-externo (QSE) da mama direita, sem evidência de sinais inflamatórios, escorrência mamilar ou adenopatias axilares palpáveis.

A avaliação mamária esquerda não mostrava alterações.

O exame ecográfico revelou uma imagem ovóide, com 6 cm de maior diâmetro, bem delimitada, de textura homogénea, e levemente hipoecóica em relação ao tecido mamário circundante, sem reforço acústico, sugestiva de abcesso mamário (Figura 1).

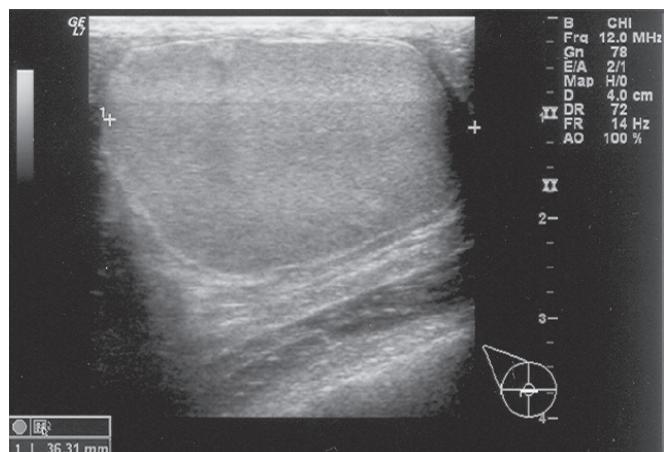


Fig. 1 - Ecografia mamária: imagem compatível com abcesso da mama direita.

Foi submetida a punção bióptica aspirativa com saída de material caseoso inodoro, cujo exame microbiológico se revelou estéril.

Sob anestesia geral, procedeu-se a incisão curva de 6 cm no QSE da mama direita e exérese em bloco da tumefacção descrita, com aproximadamente 8 cm de maior diâmetro (Figura 2). Realizada aproximação do tecido celular subcutâneo e sutura cutânea intra-dérmica com Vicryl(r) 3-0. Sem intercorrências intra-operatórias.

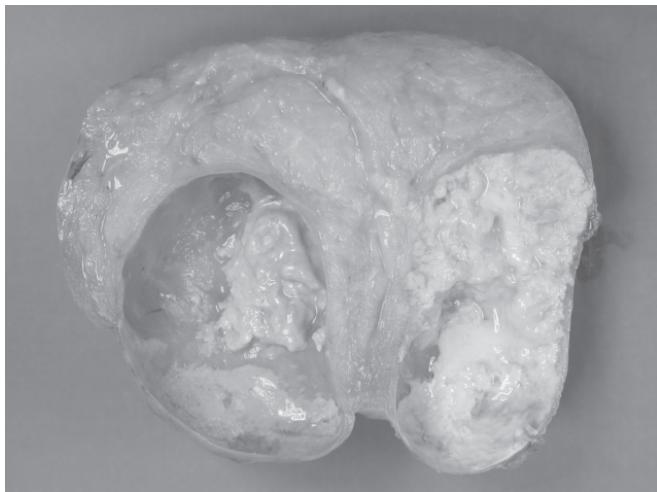


Fig. 2 - Aspecto macroscópico de tumefacção mamária direita (superfície de corte).

Para estudo anatomo-patológico, foi enviado retalho da glândula mamária com 128g, de 8,5x7,5x3,5 cm. Em superfície de corte, identificaram-se duas áreas bem circunscritas preenchidas por material pastoso, amarelado. O tecido restante apresentava consistência firme e cor rósea.

O exame histológico mostrou parênquima mamário com extensas lesões de necrose isquémica, abundantes macrófagos xantelasmizados e áreas com predomínio hemossidérico, a traduzir uma situação de enfarte extenso com áreas quísticas de tecido mamário normal.



Fig. 3 - Transição de parênquima mamário normal e área de enfarte maciço do tecido mamário.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

Três meses mais tarde, a paciente foi observada em Consulta de Revisão. Encontrava-se assintomática e sem alterações ao exame mamário (mamilo direito umbilicado desde a puberdade). Apresentava boa cicatrização da ferida operatória, com efeito estético bastante satisfatório (Figura 4). A ecografia mamária de controlo não revelou alterações.



Fig. 4 - Resultado estético 3 meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

Estão descritos poucos casos de enfarte espontâneo da mama, sendo escassa a literatura sobre esta matéria (2,3).

A patogénese desta entidade não está bem esclarecida. É comumente aceite que os trombos vasculares organizados sejam a causa primária do enfarte, em vez da insuficiência vascular, como inicialmente postulado por Hasson e Pope (1961) (2).

A verdadeira incidência do enfarte espontâneo da mama é difícil de estimar. Segundo Lucey (1975), muitos casos foram descritos na literatura como enfarte de fibroadenomas ou adenomas da lactação. No entanto, actualmente muitos deles são conhecidos como enfartes espontâneos do tecido mamário normal (1).

Habitualmente surgem no 3º trimestre da gravidez ou no puerpério, não estando associados a doença mamária prévia ou traumatismos.

Clinicamente apresentam-se como uma massa palpável e indolor, por vezes de crescimento célere. A ausência de dor pode explicar o longo intervalo entre o seu aparecimento e a sua remoção cirúrgica. Podem aparecer sob a forma de múltiplos nódulos, mas lesões bilaterais são raras.

Os relatos de casos esporádicos de necrose do tecido mamário podem ter outras causas, particularmente o uso de fármacos anticoagulantes (Davis, 1972), e existem

casos de necrose gorda isquémica associados a traumatismos ou neoplasias (Robitaille, 1974).

Dada a unilateralidade e crescimento rápido da lesão, o carcinoma da mama deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial (1). No entanto, outras patologias mamárias mais frequentes podem ocorrer em mulheres jovens e na fase puerperal.

Os adenomas da lactação são as tumefacções mamárias mais prevalentes em mulheres jovens grávidas ou puerperas (4,5).

Em mulheres com fibroadenoma prévio da glândula mamária pode ocorrer enfarte do mesmo. Esta é uma complicação pouco frequente dos fibroadenomas, ocorrendo em apenas 0,5% dos casos, especialmente relacionada com a gravidez, lactação ou traumatismo (4).

O diagnóstico clínico de enfarte espontâneo do tecido mamário é um diagnóstico de presunção. Apenas o exame anatomo-patológico nos pode fornecer o diagnóstico definitivo.

COMENTÁRIOS AO CASO CLÍNICO

O enfarte espontâneo da mama é uma doença rara associada à fase terminal da gravidez e puerpério. Ocorre habitualmente na presença de um nódulo indolor sem outra sintomatologia associada. Os enfartes de adenomas da lactação ou de fibroadenomas são hipóteses diagnósticas a considerar inicialmente. Na presença de sinais inflamatórios um abcesso mamário ou carcinoma devem ser sempre excluídos. O diagnóstico definitivo é citopatológico e o tratamento consiste na exérese cirúrgica.

No caso clínico descrito, a tumefacção mamária apresentou-se sem sinais inflamatórios evidentes, ou que poderão ter sido mascarados pela terapêutica inicial prescrita. O insucesso da terapêutica inicial e a citologia

bióptica aspirativa ajudaram a excluir o diagnóstico inicialmente suposto de mastite, tendo sido o material estéril. A citologia excluiu presença de células malignas.

A ausência de patologia mamária prévia afastou a hipótese de fibroadenoma. Apenas o exame anatomo-patológico pôde excluir os diagnósticos de adenoma da lactação (onde se observaria hiperplasia das glândulas secretoras) e de enfarte de fibroadenoma (o fundo da lesão enfartada corresponderia a tecido tumoral).

A exérese cirúrgica da lesão permitiu o tratamento da paciente, com recuperação estética bastante satisfatória.

REFERÊNCIAS

- 1 - Bennington J. Problems in breast pathology. 1979;44-45:401-6.
- 2 - Lucey J. Spontaneous infarction of the breast. J Clin Path 1975;28:937-43
- 3 - Fattaneh A. Tavassoli, Pathology of the breast, Second edition. 1999. 805.
- 4 - Hsu S, Huan-Fa Hsieh H, Hsu G et al. Spontaneous Infarction of a Fibroadenoma of the Breast in a 12-Year-Old Girl, J Med Sci 2005;25(6):313-4.
- 5 - Baker TP, Lenert JT, et al. Lactating adenoma: a diagnosis of exclusion. Breast J 2001;7:354-7.

Correspondência:

Dr.^a Carla Pina
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Maternidade Júlio Dinis
Largo da Maternidade
4050-371 Porto

e-mail: dr.carlapina@clix.pt