

RELATO DE CASO

Reconstrução mamária em paciente com complexo aréolo-papilar supranumerário

Breast reconstruction in patient with supernumerary nipple-areola complex

Marcelo Moreno¹, Franciele Meurer², Maiane Maria Pauletto²

Descritores

Neoplasias da mama
Anormalidades congênicas
Mamoplastia

Keywords

Breast neoplasms
Congenital abnormalities
Mammoplasty

RESUMO

Numerosas técnicas de reconstrução mamária são utilizadas como alternativas para pacientes submetidas à mastectomia. Uma das fases desse processo é a confecção cirúrgica do complexo aréolo-papilar (CAP), seguida de tatuagem para criação de nova aréola. Este relato descreve a conduta cirúrgica realizada em uma paciente com carcinoma ductal invasivo (triplo negativo), localizado na junção dos quadrantes superiores (JQS) da mama direita, na qual foi utilizado retalho cutâneo caudal contendo um CAP supranumerário na cobertura da reconstrução mamária que incluiu músculo grande dorsal e expansor tecidual.

ABSTRACT

Numerous breast reconstruction techniques are used as alternatives to patients submitted to mastectomy. One of the stages to breast reconstruction is surgical confection of nipple-papillary complex followed by tattooing to create a new areola. This report describes the surgical treatment in a patient with invasive ductal carcinoma (triple-negative), located at the junction of the upper quadrants of the right breast; where was utilized caudal cutaneous flap, containing a supernumerary nipple-papillary complex; in the coverage of breast reconstruction that included the latissimus dorsi flap and tissue expander.

Introdução

O câncer de mama é a causa mais comum de morte por câncer entre as mulheres¹. Estima-se que uma em cada oito mulheres sejam afetadas durante a vida² e que 1.050.000 novos casos anuais ocorram no mundo³. Variados tipos de cirurgia para tratar essa doença são indicados de acordo com a fase evolutiva do tumor⁴. Nos últimos anos, numerosas técnicas de reconstrução mamária estão sendo utilizadas como alternativas a pacientes submetidas à mastectomia, sendo que a escolha da técnica depende de inúmeros fatores, tais como localização, volume do tumor/volume da mama, perfil biológico e estágio da doença, etc⁵. Uma das fases da reconstrução mamária é a confecção cirúrgica do mamilo, seguida pela dermopigmentação da região do complexo aréolo-papilar (CAP), representando uma alternativa na restauração de estruturas danificadas pela mastectomia, criando um novo CAP⁶.

Mamilos, ou CAPs supranumerários (também denominados como “extranumerários”), são anormalidades do desenvolvimento que ocorrem mais comumente na região anterior do tronco⁴, podendo se assemelhar a um nevo ou fibroma⁷. Todos os componentes presentes na área do mamilo também estão

Trabalho realizado no Curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) – Chapecó (SC), Brasil.

¹Médico Mastologista. Professor Titular do Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ – Chapecó (SC), Brasil.

²Graduandos em Medicina da UNOCHAPECÓ – Chapecó (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Marcelo Moreno – Avenida Senador Atilio Fontana, 591-E – Efapi – CEP: 89809-000 – Caixa Postal: 1141 – Chapecó (SC), Brasil – E-mail: mmoreno@unochapeco.edu.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 18/07/2015. Aceito em: 24/08/2015

presentes, incluindo espessamento da epiderme, hiperpigmentação, presença de folículo pilossebáceo, glândula mamária e músculo liso^{7,8}. A incidência de mamilos supranumerários na população em geral é de 1,7 a 3,89%⁷.

Este artigo relata um caso de utilização de CAP extranumerário na reconstrução de mamária de uma mulher submetida à mastectomia para tratamento de um câncer de mama à direita.

Relato de caso

Mulher branca de 37 anos, previamente hígida, apresentou-se a um serviço público de oncologia com queixa de nódulo palpável na junção dos quadrantes superiores (JQS) da mama direita havia 5 meses, associado a dor intermitente e aguda. Foi submetida à biópsia da lesão e os exames anatomopatológico e imuno-histoquímico descreveram carcinoma ductal invasivo, triplo negativo com índice de Ki-67 entre 80 e 90%. Considerando o exame clínico e os exames de imagem, o estágio da doença era T3 (multifocal) N0M0. Tratamento sistêmico neoadjuvante foi sugerido, não sendo realizado devido a questões burocráticas do sistema de saúde. A paciente foi encaminhada à avaliação cirúrgica. Ao exame físico a lesão encontrava-se na JQS, peripapilar e media em torno de 5,5 x 3,5 cm, sem invadir a pele. Foi observada uma papila extranumerária medindo em torno de 0,5 x 0,7 cm, associada a uma base pigmentada de 1,5 cm, que correspondia à provável aréola rudimentar (Figura 1). Considerando os achados clínicos e as dimensões da neoplasia em relação ao tamanho da mama, foi decidido pela realização de mastectomia associada à biópsia do linfonodo sentinela, com a reconstrução mamária utilizando músculo grande dorsal e expansor tecidual. No planejamento cirúrgico foi estabelecido que o retalho cutâneo do polo inferior da mama, que possuía o CAP extranumerário, iria cobrir o volume resultante da associação do retalho associado ao expansor (Figura 2).

A paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, com alta hospitalar 24 horas após o procedimento cirúrgico, e 20 dias após a cirurgia foi submetida ao início da quimioterapia adjuvante. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o estágio pré-operatório da doença.

Atualmente, a paciente encontra-se sem queixas, com boa cicatrização e expansor sendo preenchido a cada 15 dias (Figuras 3 e 4). Seis meses após a finalização do tratamento radioterápico, a paciente será submetida à substituição do expansor por prótese definitiva e posicionamento do novo CAP, além da correção da cicatriz cirúrgica.

Discussão

Remanescentes de linhas mamárias, como mamilos ou mamas supranumerários, são resultado de espessamentos epidérmicos que persistem na linha mamária em uma extensão que pode ir da axila ao períneo⁹. Esses espessamentos, em número de



Figura 1. Complexo aréolo-papilar extranumerário em quadrante infero-medial da mama direita



Figura 2. Planejamento pré-operatório para inclusão do retalho dermocutâneo caudal (contendo o complexo aréolo-papilar embrionário) na cobertura do retalho grande dorsal associado ao expansor



Figura 3. Pós-operatório (90 dias) com volume do expansor tecidual quase completo



Figura 4. Complexo aréolo-papilar acessório acompanhando a expansão tecidual adjacente

dois, migram longitudinalmente sobre a superfície ventral do embrião entre a quarta e a quinta semana de desenvolvimento embrionário⁸. Essa linhagem inicia na região ínfero-medial da axila e termina na parte superior da face medial da coxa^{8,10}, sofrendo fragmentação e acúmulo ectodermal ao longo do percurso, sendo esses acúmulos suprimidos com o avançar do desenvolvimento⁸. A persistência desses acúmulos ectodérmicos em locais programados para regressão resulta no aparecimento de mamilos ou mamas supranumerários⁸.

As mamas supranumerárias podem conter papila mamária com ou sem aréola rudimentar, como também tecido glandular (podendo inclusive ser influenciadas por alterações hormonais)^{9,11}. Politelia, por sua vez, é o nome dado à presença de numerosos mamilos⁸.

A incidência de mama supranumerária em um estudo realizado com 1.660 pacientes foi de 5,78%, incluindo polimastia, politelia e aberrações de mama. Esse mesmo estudo identificou

que, isoladamente, a polimastia foi responsável por 0,12% das alterações na formação de mama e que a politelia esteve presente em 5,48% dos casos¹². A incidência de mamilos supranumerários na população em geral está entre 1,7 e 3,89%, variando de acordo com a região estudada⁷. A lesão única é mais comum^{4,7,10}, embora possa ocorrer bilateralmente⁴.

Pode ocorrer dor ou ejeção de leite durante o período de lactação caso a glândula mamária esteja presente por completo⁸. Além disso, qualquer alteração patológica que ocorre no tecido mamário normal pode também ocorrer no tecido mamário acessório^{8,10}. O tratamento cirúrgico para politelia ou polimastia pode ser indicado por razões cosméticas⁸.

Em mastectomias, a retirada do mamilo também pode ser necessária e a criação de novo mamilo e da aréola é o passo final para atingir a reconstrução da mama¹³⁻¹⁵. A reconstrução do CAP é importante tanto para o benefício psicológico e estético da paciente como também por oferecer uma aparência natural da mama¹⁶. Existem numerosas técnicas de reconstrução cirúrgica da papila, como utilização de retalhos randômicos locais, enxerto de pele, enxerto de parte da papila contralateral, entre outras. Em seguida, as pacientes podem sentir desconforto quanto a projeção do mamilo, cor, forma, tamanho, textura e posição^{15,16}. Com o objetivo de atingir maior fidelidade anatômica, após essa etapa é realizada a dermopigmentação da papila, e de forma circular à pele adjacente, para criar um CAP^{16,17}.

Provavelmente devido à raridade da associação da presença de CAP acessório e câncer de mama, houve apenas um relato de reconstrução de CAP utilizando mamilo acessório para reconstrução da mama após quadrantectomia central em paciente de 73 anos que possuía politelia (2 papilas)¹⁸.

Conclusão

Papilas mamárias extranumerárias, associadas ou não à aréola, são eventos raros na população em geral e podem ser uma alternativa na reconstrução de mama de pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama e que possuem esse(s) remanescente(s) embrionário(s).

Referências

1. International Agency for Research on Cancer. [cited 2015 Jun 15]. Available from: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
2. Dong XY, Sun X, Guo P, Sasahara M, Ishii Y, Dong JT. ATBF1 Inhibits Estrogen Receptor (ER) Function by Selectively Competing with AIB1 for Binding to the ER in ER-positive Breast Cancer Cells. *J Biol Chem*. 2010;285(43):32801-9.
3. Costa H. Controle do Câncer de Mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4. Matesanz R, Teruel JL, García Martín F, Orte L, Guisasaola L, Ortuño J. High Incidence of Supernumerary Nipples in End-Stage Renal Failure. *Nephron*. 1987;44:385-6.
5. Piper M, Peled AW, Sbitany H. Oncoplastic breast surgery: current strategies. *Gland Surg*. 2015;4(2):154-63.
6. Martins A, Martins M, Martins M. Micropigmentação, a beleza feita com arte. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2009.
7. Mehregan AR. Supernumerary nipple. A histologic study. *J Cutan Pathol*. 1981;8:96-104.
8. Leung AKC, Robson LM. Polythelia. *Int J Dermatol*. 1989;28(7):429-33.
9. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *Patologia: bases patológicas das doenças*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 1169-206.
10. Brown J, Schwartz R. Supernumerary nipples: an overview. *Cutis*. 2003;71(5):344-6.
11. Moore KL. *Anatomia orientada para a clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 53-149.
12. Göttlicher S. Incidence and location of polythelias, polymastias and mammae aberratae. A prospective one year study of 1,660 patients of a gynecologic practice. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1986;46(10):697-9.
13. Few JW, Marcus JR, Casas LA, Aitken ME, Redding J. Long-term predictable nipple projection following reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104:1321-4.
14. Nóbrega RMC, Hissa NS, Lopes LMS, Souza ACC. Reconstrução do complexo aréolo mamilar com utilização da técnica de dermomicropigmentação realizada por enfermeiras na recuperação da autoimagem da mulher mastectomizada ou que realizaram mastopexia e redução das mamas: relato de experiência. [cited 2015 Jun 15]. Available from: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00341.pdf
15. Yang X, Zhu C, Gu Y. The prognosis of breast cancer patients after mastectomy and immediate breast reconstruction: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(5):e0125655.
16. Jabor MA, Shayani P, Collins DR Jr, Karas T, Cohen BE. Nipple-areola reconstruction: satisfaction and clinical determinants. *Plast Reconstr Surg*. 2002;110(2):457-63.
17. Riccio CA, Zeiderman M, Chowdhry S, Wilhelmi B. Review of Nipple Reconstruction Techniques and Introduction of V to Y Technique in a Bilateral Wise Pattern Mastectomy or Reduction Mammoplasty. *EPlasty*. 2015;15:73-9.
18. Magno S, Terribile D, Franceschini G, Fabbri C, Chiesa F, Di Leone A, et al. Accessory nipple reconstruction following a central quadrantectomy: a case report. *Cases J*. 2009;2:1-4.