

Reconstrução mamária imediata após ressecção de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa em adolescente de 13 anos

Immediate breast reconstruction after resection of pseudoangiomatosa stromal hyperplasia in a 13-year-old teenager

Analice Batista Soares¹, Ricardo Cavalcante Queiroga², Bernardo Rômulo Soares³,
Ângela Maria Carvalho Maximiano³, Igor Felix Cardoso¹, Paulo Roberto Leal⁴

Descritores

Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa
Adolescente
Reconstrução mamária
Neoplasias da mama

Keywords

Pseudoangiomatosa stromal hyperplasia
Adolescent
Breast reconstruction
Breast neoplasms

RESUMO

A hiperplasia estromal pseudoangiomatosa é uma patologia mamária benigna, caracterizada pela proliferação anormal do estroma mamário. Foi descrita pela primeira vez em 1986 e poucos casos foram publicados desde então. Foi apresentado o caso de uma adolescente de 13 anos com um tumor que acometia todos os quadrantes mamários, sem linfonodomegalias. A ressonância magnética mamária visualizou nódulo oval, com margem lisa, categorizada como BI-RADS® 3. Foi realizada core biópsia, e os exames histopatológico e imunoistoquímico mostraram tratar-se de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa tratado por mastectomia simples e reconstrução imediata com expansor. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. A troca do expansor pelo implante mamário definitivo ocorreu após 12 meses da mastectomia, assim como a confecção do complexo areolopapilar. A paciente encontra-se viva e sem evidência de doença após 18 meses do diagnóstico.

ABSTRACT

Pseudoangiomatosa stromal hyperplasia is benign breast pathology, characterized by abnormal proliferation of the mammary stroma. It was first described in 1986, and very few cases have so far been reviewed in the literature. We described the case of a 13-years-old teenager with a tumor extending to all quadrants, none lymph node was observed. Nuclear magnetic resonance showed an oval mass, smooth, categorized as BI-RADS® 3. She underwent to a core biopsy. The histopathologic and immunohistochemical examination revealed a pseudoangiomatosa stromal hyperplasia. The objective of this paper is to report a case of pseudoangiomatosa stromal hyperplasia managed by simple mastectomy and immediate reconstruction using expander. The pathological analyses confirmed the diagnoses of pseudoangiomatosa stromal hyperplasia. The exchange of the expander for the permanent breast implant occurred 12 months after mastectomy, as well as the manufacturing of complex areolopapilar. The patient is alive and without evidence of disease after 18 months of the diagnosis.

Trabalho realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Residente do Serviço de Mastologia do INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Médico(a) do INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Analice Batista Soares – Praça da Cruz Vermelha, 23 – 8º andar – Centro – CEP: 20230-130 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: dollabs@gmail.com

Recebido em: 27/3/2011 Aceito em: 31/1/2012.

Introdução

A hiperplasia estromal pseudoangiomatosa é uma patologia mamária benigna, infrequente, tendo sido descrita pela primeira vez em 1986 por Vuitch¹. Caracteriza-se histopatologicamente por densa proliferação de estroma mamário, formando canais anastomóticos pseudovasculares, vazios, sem hemácias e revestidos por células aplainadas. Essas células são negativas para marcadores vasculares (CD31 e Fator VIII), porém positivas para marcadores estromais como CD34 e receptores de estrogênio e progesterona^{2,3}. A exata patogênese ainda permanece controversa, mas pode estar relacionada à estimulação hormonal. Não há um aspecto mamográfico ou ultrassonográfico específico. Normalmente, aparece como uma imagem bem definida que assemelha-se ao fibroadenoma ou tumor filoides. Cabe ressaltar sua diferenciação com o angiossarcoma de baixo grau⁴⁻⁶. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa tratado por mastectomia simples e submetida à reconstrução imediata com expansor.

Relato de Caso

Adolescente de 13 anos, negra, nulípara, sem história familiar para câncer de mama procurou o Instituto Nacional de Câncer (INCA) por apresentar crescimento em mama direita há dois anos, este caracterizava-se por ser rápido e progressivo. Negava uso de contraceptivo oral ou qualquer outro tipo de hormonioterapia exógena. A admissão apresentava gigantomastia à direita, que gerava uma grave assimetria com a mama contralateral, complexo areolar distópico, pele local descamativa e com coloração enegrecida (Figuras 1 e 2), sem evidências de linfonomegalias. Menarca aos 13 anos. A ressonância magnética, realizada fora do INCA, visualizava nódulo oval, com margem lisa, medindo 14,8x13,6x13,5 cm, categoria BI-RADS[®] 3 (Figura 3). Biópsia incisional da mama evidenciou hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. Diante do diagnóstico e do quadro clínico, optou-se pela mastectomia simples à direita seguida de reconstrução mamária imediata com expansor redondo de 500 mL, com válvula inclusa. Cabe ressaltar que o exame de congelação no pré-operatório e histopatológico pós-mastectomia confirmaram hiperplasia estromal pseudoangiomatosa, sem atipias (Figura 4). A aferição macroscópica do tamanho do tumor foi de 21,0x17,0x9,0 cm; pós-operatório sem intercorrências. O dreno a vácuo foi retirado no 12º dia de pós-operatório. A expansão, por sua vez, foi iniciada no 19º dia. O volume total infundido no expansor foi de 380 mL, observando-se boa simetria com a mama contralateral. Não foi evidenciada recidiva tumoral após 1 ano de acompanhamento. A troca do expansor pelo implante mamário definitivo ocorreu após 12 meses da mastectomia. Optou-se em utilizar expansor definitivo tipo compartimento duplo e com válvula remota, contendo 160 mL de silicone em seu compartimento anterior e capacidade máxima de 300 mL para solução



Figura 1. Pré-operatório. Massa acometendo mama direita de adolescente de 13 anos



Figura 2. Pré-operatório. Massa acometendo mama direita de adolescente de 13 anos

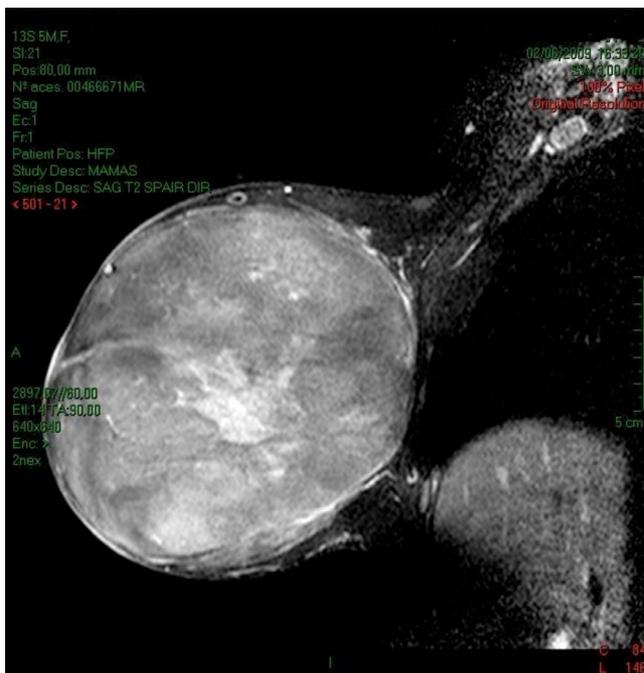


Figura 3. Ressonância magnética mamária. Evidência volumosa, massa acometendo todo corpo mamário à direita

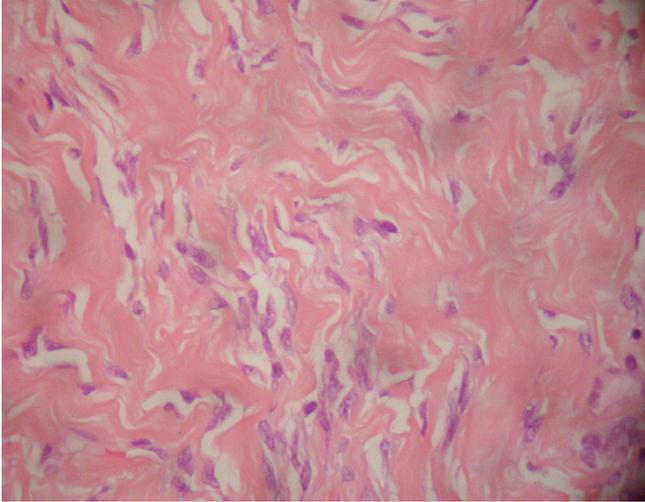


Figura 4. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. Observam-se canais anastomóticos pseudovasculares, vazios, revestidos por células aplainadas. (hematoxilina e eosina; 400 X)



Figura 5. Pós-operatório. Três meses após troca dos expansores, e 7 dias após reconstrução do complexo areolopapilar. Expansor de duplo compartimento com 160 mL de silicone e 220 mL de solução salina



Figura 6. Pós-operatório. Três meses após troca dos expansores, e 7 dias após reconstrução do complexo areolopapilar. Expansor de duplo compartimento com 160 mL de silicone e 220 mL de solução salina

salina no compartimento posterior. O complexo areolopapilar (CAM) foi reconstruído com retalho tipo trapezoide para papila e autoenxertia cutânea para aréola, tendo como área doadora a virilha ipsilateral. Após a introdução do expansor definitivo, nova expansão foi realizada, em ambulatório, para melhor simetria mamária, totalizando um volume de 220 mL de soro fisiológico (Figuras 5 e 6).

Discussão

Desde 1986, quando da primeira descrição da patologia, foram descritos aproximadamente 150 casos na literatura. A maioria dos relatos refere-se aos aspectos radiológicos e à patologia da hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. Poucos são os relatos em pacientes jovens, sendo o mais jovem com três anos de idade⁷. Apenas um caso em menina chinesa de 14 anos de idade e com volumosa mama foi tratada com excisão do tumor associada à mamoplastia redutora, sem recidiva após nove meses de acompanhamento⁸. Os demais relatos abordam apenas ressecção da massa sem nenhuma referência de reconstrução mamária. Acreditamos ser esse um dos primeiros relatos a referir massa maior que 12 cm em adolescente com diagnóstico de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa⁹. Diferentemente dos casos publicados, foi descrita conduta de reconstrução mamária imediata com expansor após mastectomia simples em adolescente com tumoração acometendo todos os quadrantes mamários, com alteração da pele e do complexo areolopapilar. Optou-se pela utilização do expansor devido ao retalho cutâneo remanescente favorável, com pele de bom aspecto, baixa morbidade do procedimento e possibilidade de atingir volume satisfatório e simétrico com a mama, caso essa aumentasse de tamanho. Preferiu-se aguardar e acompanhar por um ano a paciente, antes de submetê-la à troca de expansor pelo implante mamário definitivo. Assim, foi possível avaliar o caso em relação à recidiva local durante esse período e ao crescimento da mama contralateral.

Conclusão

Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa é uma patologia mamária benigna que pode se apresentar como massa de crescimento rápido, deformante e com recorrência local. Embora na literatura se encontre relato de tratamento com uso de tamoxifeno¹⁰, a cirurgia ainda é o melhor tratamento. Acredita-se que a reconstrução mamária em adolescente é sempre um desafio a mais, não só devido ao aspecto da compreensão por parte da paciente tão jovem em relação à patologia e reconstrução escolhida, como também pelo fato de se buscar a simetria com a mama normal, a qual se encontra ainda em fase de crescimento.

Referências

1. Vuitch MF, Rosen PP, Erlandson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Human pathology*. 1986;17(2):185-91.
2. Schnitt SJ, Collins LC. Pathology of benign breast disorders. *Breast diseases*, 4a ed. Harris, JR, et al. Lippincott: Philadelphia; 2010. p. 69.
3. Guray M, Sahin AA. Benign Breast diseases: classification, diagnosis, and management. *Oncologist*. 2006;11(5):435-49.
4. Celliers L, Wong DD, Bourke A. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: a study of the mammographic and sonographic features. *Clinical radiology*. 2010;65(2):145-9.
5. Salvador R, Lirola JL, Domínguez R, López M, Risueño N. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia presenting as a breast mass: imaging findings in three patients. *Breast*. 2004;13(5):431-5.
6. Hargaden GC, Yeh ED, Georgian-Smith D, Moore RH, Rafferty EA, Halpern EF, et al. Analysis of the mammographic and sonographic features of pseudoangiomatous stromal hyperplasia. *AJR Am J Roentgenol*. 2008;191(2):359-63.
7. Sheata BM, Fishman I, Collings MH, Wang J, Poulik JM, Ricketts RR, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast in pediatric patients: an underrecognized entity. *Pediatr Dev Pathol*. 2009;12(6):450-4.
8. Sng KK, Tan SM, Mancer JFK, Tay KH. The contrasting presentation and management of pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast. *Singapore Med J*. 2008;49(3):82-5.
9. Gow KW, Mayfield JK, Lkoyd D, Shehata BM. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast in two adolescent females. *Ann Surg*. 2004;70(7):605-8.
10. Pruthi S, Pruthi S, Reynolds C, Johnson RE, Gisvold JJ. Tamoxifen in the Management of Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia. *Breast J*. 2001;7(6):434-9.