

Carcinoma Primário de Mama Acessória Axilar – Relato de Caso

Primary Carcinoma of Axillary Accessory Breast – Case Report

Célio da Silva Rocha Vidal, Régis Resende Paulinelli, Ruffo de Freitas Júnior, Juarez Antônio de Sousa Marise Amaral Rebouças Moreira, Luiz Murilo Martins de Araújo

RESUMO

A polimastia é uma ocorrência comum nos ambulatórios de Mastologia e a possibilidade de malignização deve ser considerada, assim como em qualquer tecido mamário. Neste trabalho é relatado o caso de uma paciente de 48 anos que foi submetida à exérese da mama axilar acessória esquerda por motivos estéticos, tendo sido encontrado, no exame histopatológico, um carcinoma ductal invasor, associado a um componente intraductal extenso, com margens livres. A paciente foi submetida à excisão ampla com esvaziamento axilar à esquerda e radioterapia. Neste trabalho são discutidos aspectos referentes à frequência da ocorrência de câncer em mama acessória, às dificuldades diagnósticas, ao prognóstico e às estratégias terapêuticas.

PALAVRAS-CHAVE: *Mamas supranumerárias. Mama: câncer.*

Introdução

A incidência de polimastia na população geral varia de 0,4 a 6%¹. As mamas acessórias são freqüentemente consideradas como um problema meramente cosmético. Entretanto, essas estruturas, como qualquer tecido mamário, podem ser alvo de alterações patológicas variadas, benignas ou malignas, uma vez que respondem às variações hormonais fisiológicas, assim como estão sujeitas aos mesmos agentes carcinógenos. A presença de tecido mamário ectópico também pode estar associada com outras anomalias congênitas, principalmente do trato urinário^{2,3}.

Apesar de alguns autores sugerirem que as mamas acessórias tenham uma maior predisposição a alterações histológicas devido à sua localização, que facilitaria a ocorrência de traumas, mais recentemente tem-se considerado que a presença de ectasia ductal, adenose, papilomatose e hiperplasia acinar, em mamas acessórias, corresponde a alterações funcionais benignas da mama, sem risco de malignização significativa^{4,5}.

Setor de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Correspondência:

Ruffo de Freitas Júnior

Alameda das Rosas, 533 - Setor Oeste

74110-060 - Goiânia - GO

Fone(fax): (62) 212-2049

Apesar de raro, o câncer em mama ectópica é um problema real; representa até 0,3% dos casos de malignidade mamária, é de difícil avaliação, tratamento e pior prognóstico, comparando-se ao câncer em mama tópica².

Pela sua baixa frequência, nos propusemos a relatar um caso tratado no Setor de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Apresentação do Caso

Paciente ARS, 48 anos, solteira, sexo feminino, branca, natural e residente em Goiânia-Goiás, procurou o Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, após ter sido submetida à exérese de mama supranumerária na axila esquerda, há 13 dias, por motivo estético, por um cirurgião plástico. O exame histopatológico revelou tratar-se de uma lesão nodular de 1,0 x 1,0 cm, característica de carcinoma ductal invasor com um componente intraductal extenso, grau II de anaplasia, tipo comedo e com margens do fragmento livres de neoplasia (Figuras 1, 2 e 3).

Antecedentes pessoais de menarca aos 12 anos, nuligesta, virgem, hipertensa crônica, histerectomizada há 4 anos por pólipos endometriais

e em uso de terapia de reposição estrogênica contínua desde então. Antecedente familiar de irmã com câncer de mama diagnosticado aos 52 anos de idade.

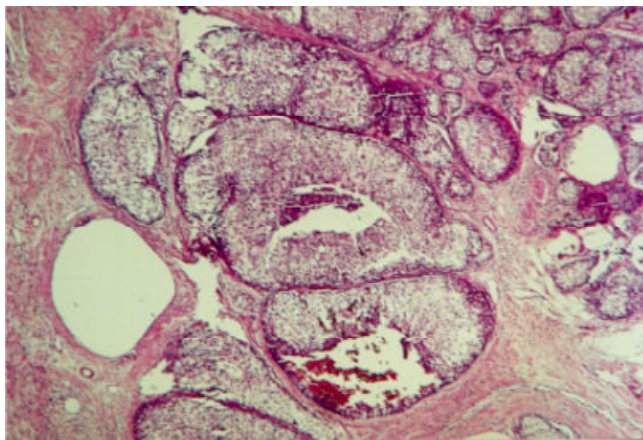


Figura 1 - Visão panorâmica da neoplasia, mostrando um carcinoma ductal, grau II de anaplasia, com extensa área de carcinoma ductal *in situ*, tipo comedocarcinoma (H.E. - 200X).

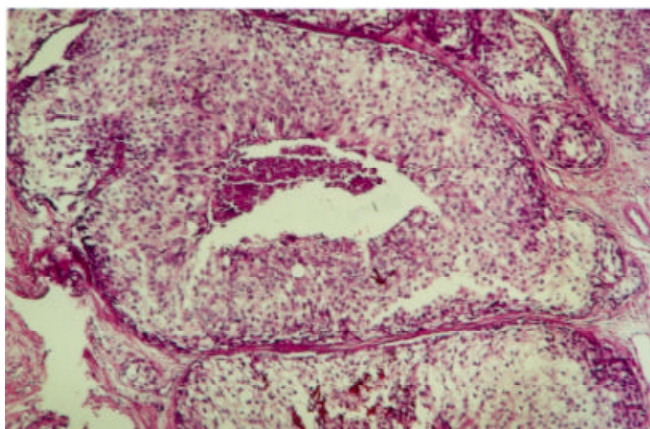


Figura 2 - Detalhe em maior aumento, mostrando a área de carcinoma ductal *in situ*, tipo comedocarcinoma (H.E. - 400X).

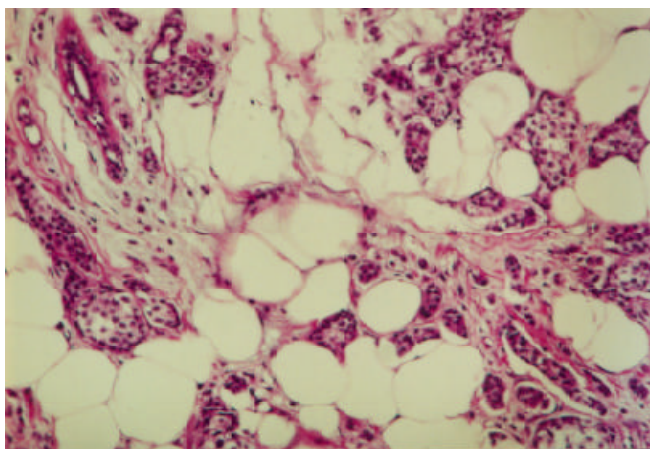


Figura 3 - Detalhe em maior aumento, mostrando foco de invasão do estroma (H.E. - 400X).

Ao exame físico notavam-se mamas simétricas, sem abaulamentos ou retrações, sem nódulos palpáveis e sem descarga mamilar. Presença de cicatriz cirúrgica na axila esquerda de bom aspecto. Axila direita e fossas supraclaviculares livres.

A paciente foi submetida a exames para estadiamento (ultra-sonografia de abdome superior, cintilografia óssea, radiografia de tórax, mamografia, fosfatase alcalina, TGO e TGP), com resultados normais, e foi suspenso o uso da reposição estrogênica.

A paciente foi submetida à excisão ampla com esvaziamento axilar à esquerda, sob anestesia geral, sendo deixado dreno de aspiração contínua. Recebeu alta em 48 horas e apresentou boa evolução no pós-operatório. A terapia adjuvante foi radioterapia exclusiva.

O exame histopatológico, após a segunda cirurgia, não evidenciou neoplasia residual. Havia, na pele, foco de lesão granulomatosa tipo corpo estranho (fio). Linfonodos do nível I (14), nível II (12) e nível III (4) livres de comprometimento neoplásico, no total de 30 linfonodos. Atualmente apresenta-se com 9 meses de sobrevida livre da doença.

Discussão

O diagnóstico e acompanhamento das pacientes com tecido mamário acessório e a detecção precoce de anormalidades importantes nem sempre são fáceis, mesmo utilizando-se recursos como mamografia e biópsia aspirativa por agulha fina^{6,7}. Isso possivelmente se deve à baixa suspeição de neoplasia no tecido ectópico, bem como à dificuldade de se abordar adequadamente a região axilar pela mamografia.

Embora os dados da literatura sejam escassos e controversos, alguns autores acreditam que o tecido mamário acessório seja mais sujeito à malignização que o tecido normal e esta possibilidade seria ainda maior na mama axilar³. É também relatado que o carcinoma nas mamas axilares usualmente acomete pessoas mais jovens, abaixo de 40 anos e costuma apresentar aspecto histopatológico mais indiferenciado e disseminação mais precoce, com metástases ganglionares regionais, determinando um pior prognóstico^{3,8}. Apesar disso, raramente um cirurgião que lida com a patologia mamária ver-se-á diante de um carcinoma em tecido mamário ectópico.

O fato de termos encontrado um carcinoma accidental primário de mama axilar acessória, extirpada por motivos principalmente estéticos, le-

vanta a discussão a respeito da abordagem mais adequada ao tecido mamário ectópico, partindo para duas vertentes, só o acompanhamento ou o tratamento cirúrgico. Deve ser lembrado que uma grande parcela de cirurgiões acredita que a ressecção da mama supranumerária deva ser realizada apenas por motivos estéticos, embasados na frequência de tumores que ocorrem nas mamas acessórias.

No nosso serviço, a ressecção da mama supranumerária axilar era realizada sempre que a paciente o desejasse, respeitando suas condições clínicas e o tamanho do tecido mamário ectópico. Não obstante, os resultados cosméticos nem sempre muito favoráveis e as complicações cirúrgicas nos estimularam a conduzir um estudo prévio, avaliando o grau de satisfação de 23 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para remoção de mama axilar. Nele, observou-se que nenhuma das pacientes arrependeu-se da cirurgia e 61% consideravam-se muito satisfeitas. Com relação às complicações, houve 22% de seroma e 13% de infecção. Assim, a alta taxa de satisfação das pacientes nos incentiva a oferecer de forma mais liberal o tratamento cirúrgico, apesar da taxa moderada de complicações⁹. Vale ressaltar que, nesse estudo, não foram encontradas quaisquer alterações histológicas, exceto as relacionadas à alteração funcional benigna da mama (AFBM).

O cirurgião, diante da suspeita de uma mama acessória, deve estar atento aos diagnósticos diferenciais, como linfadenopatia, lipomas e neoplasias^{7,10}. Embora a maior parte dos casos de linfadenomegalia seja de origem benigna, uma adenopatia axilar persistente em mulheres jovens sem lesão inflamatória aparente pode ser o primeiro sinal de um linfoma ou carcinoma metastático. O câncer de mama, em 1% dos casos, pode apresentar-se como carcinoma clinicamente oculto com metástases axilares. Quando a metástase axilar em uma mulher é identificada como sendo adenocarcinoma, o local primário mais freqüente é a mama ipsilateral. Entretanto, vários sítios primários devem ser considerados nesses casos, em especial: melanoma, tireóide, pulmões, trato gastro-intestinal, rins e ovários¹¹⁻¹⁴.

Não encontramos, na literatura, um protocolo bem definido para o tratamento específico do câncer em mama acessória, ficando a cargo de cada médico ou equipe a decisão quanto ao melhor procedimento, normalmente assemelhando-se ao tratamento do câncer de mama em geral. No caso aqui apresentado, em particular, optou-se por uma excisão ampla da mama axilar comprometida e parte do quadrante súpero-externo ipsilateral, com esvaziamento axilar e, posteriormente, radioterapia. Devido ao tamanho da lesão,

a decisão do grupo foi de não utilizar a quimioterapia adjuvante.

Na condução de um caso de mama supranumerária, a paciente e a família devem ser cuidadosamente informadas da significância da anomalia². Após uma investigação detalhada da mama acessória, o tratamento cirúrgico pode ser reservado às mamas axilares grandes, ou com alguma alteração suspeita, ou que provoquem alterações físicas ou emocionais, que despertem nas pacientes o desejo de extirpá-las²⁻⁴. Porém, uma vez ressecado, é fundamental que o tecido mamário ectópico seja enviado à patologia e não desprezado, devido à possibilidade da existência de lesões malignas subclínicas.

SUMMARY

Polymastia is a usual problem in Mastology clinics and the possibility of cancer must be taken into consideration, as much as in any other mammary tissue. In the present study the case of a 48-year-old patient, submitted to the excision of the left axillary breast for cosmetic purposes is reported. The histological examination showed an invasive ductal carcinoma with an extensive in situ component. The patient was submitted to a wide excision plus axillary lymphadenectomy and radiation therapy. The frequency, diagnosis, prognosis and treatment of cancer in supernumerary breasts is also reviewed.

KEY WORDS: *Supernumerary breast. Breast neoplasms.*

Referências

1. Haagensen CD. Diseases of the breasts. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 1986. p.5-7.
2. Gilmore HT, Milroy M, Mello BJ. Supernumerary nipples and accessory breast tissue. *SDJ Med* 1996; 49:149-51.
3. Osorio E, Uribe A, Capetillo M. Mama aberrante axilar. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1985; 50:12-20.
4. Sampaio Neto LF, Barbo MLP, Menegoci JC. Polimastia axilar: aspectos morfológicos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1994; 16:182-4.
5. Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Benign diseases and disorders of the breast: concepts and clinical management. London: Baillière Tindall, 1989: 167-74.

6. Adler DD, Rebner M, Pennes DR. Accessory breast tissue in the axilla: Mammographic appearance. *Radiology* 1987; 163:709-11.
7. Das DK, Gupta SK, Mathew SV, Sheikh ZA, al-Rabah NA. Fine needle aspiration cytologic diagnosis of axillary accessory breast tissue, including its physiologic changes and pathologic lesions. *Acta Cytol* 1994; 38:130-5.
8. Badejo AO. Fungating accessory breast carcinoma in Nigerian women. *Trop Geogr Med* 1984; 36:45-9.
9. Oliveira MC, Taia L, Leite Filho AR, Freitas Júnior R. Avaliação do resultado estético em pacientes submetidas à ressecção de mama supranumerária axilar. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1999; 21:453-6.
10. Dey P, Karmakar T. Fine needle aspiration cytology of accessory axillary breasts and their lesions. *Acta Cytol* 1994; 38:915-6.
11. Westbrook KC, Gallager HS. Breast carcinoma presenting as an axillary mass. *Am J Surg* 1971; 122:607-11.
12. Ashikari R, Rosen PP, Urban JA, Senoo T. Breast cancer presenting as an axillary mass. *Ann Surg* 1976; 183: 415-7.
13. Iglehart JD, Ferguson BJ, Shingleton WW, et al. An ultrastructural analysis of breast carcinoma presenting as isolated axillary adenopathy. *Ann Surg* 1982; 196:8-13.
14. Merson M, Andreola S, Galimberti V, Bufalino R, Marchini S, Veronesi U. Breast carcinoma presenting as axillary metastases without evidence of a primary tumor. *Cancer* 1992; 70:504-7.

VI CURSO/CONCURSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE HABILITAÇÃO EM ULTRA- SONOGRAFIA

Informações na Federada do seu Estado

Inscrições: 26 de Junho a 29 de Setembro de 2000

Curso: 10 e 11 de Novembro de 2000

Concurso: 12 de Novembro de 2000