

# Gigantomastia gestacional: como abordar esta tragédia

IVAN MALUF JUNIOR, GUILHERME BERTO ROÇA, ISIS SCOMANÇA, DIRLENE TAYSA BERRI, RENATO DA SILVA FREITAS, VINICIUS MILANI BUDEL

## Introdução

A gigantomastia é uma desordem rara, na qual ocorre o crescimento excessivo e rápido das mamas. Na gestação normal, ocorre geralmente aumento de duas vezes o tamanho da mama; entretanto, no estado gravídico complicado pela gigantomastia, este aumento pode ser de 10 a 20 vezes. É estimado que a gigantomastia gestacional constitua uma complicação presente em cerca de 1 a cada 28.000 a 118.000 gestações. Com seu aumento excessivo, as mamas ficam edemaciadas, com congestão venosa, podendo ocasionar mastalgia, dor cervical, problemas posturais, ulceração da pele, celulite e hemorragia. Além do estigma físico e psicossocial, o rápido crescimento das mamas pode também prejudicar o desenvolvimento fetal. Estas complicações podem ser a causa de mastectomia de emergência ou abortamento induzido. Sua etiologia não é totalmente compreendida, mas os fatores implicados são as alterações do corpo lúteo e hormônios placentários, excesso de gonadotrofina coriônica e hiperprolactinemia. Apesar desta dúvida, sabe-se que há uma resposta anormal do órgão aos estímulos hormonais. A hipótese etiológica mais aceita é que exista uma estimulação anormal do tecido mamário, que pode ser desencadeada por níveis excessivos de hormônios ou por uma hipersensibilidade deste tecido a níveis hormonais normais. Tipicamente, ocorre no primeiro trimestre da gestação (64% dos casos). O diagnóstico diferencial da gigantomastia inclui uma investigação completa para excluir neoplasia maligna de mama e tumores fibroepiteliais, como fibroadenoma e tumor phyllodes. Entre as modalidades terapêuticas estão a hormonioterapia e a abordagem cirúrgica, ou uma combinação de ambas. Devido ao grande risco de recorrência em gestações subsequentes, em muitos casos, opta-se pela mastectomia simples,

ao invés da mamoplastia redutora. Caso a paciente deseje engravidar futuramente, a mastectomia simples é a conduta mais adequada. Apesar da mama regredir após a gestação, raramente volta ao estado original. Portanto, a redução da mama através de mastectomia simples ou mamoplastia redutora geralmente é necessária.

## Relato do caso

C.R.A., 22 anos, gesta I, foi referenciada aos serviços de mastologia e Cirurgia Plástica e Reparadora do hospital universitário da Universidade Federal do Paraná devido a uma gigantomastia própria da gestação. Previamente hígida e sem histórico familiar de gigantomastia, relatou o aumento progressivo de ambas as mamas desde o início da gravidez. Devido ao risco de vida materno, a paciente precisou submeter-se à interrupção da gestação, com 17 semanas de idade gestacional, pelo aumento progressivo das mamas com necrose e infecção local. À época do internamento, apresentava mamas hipertrofiadas, com estase linfática e venosa e ulcerações em pele, com áreas de necrose e celulite. Em junho de 2011, a paciente foi submetida a mamoplastia redutora, técnica de Thorek, com retirada de 4690g da mama direita e de 4435g da mama esquerda. Apresentou boa evolução clínica e não exibiu hematoma em mama. No sétimo pos-operatório, foi retirado curativo de Brown, mostrando enxerto com 100% de integração.

## Discussão

A gigantomastia gestacional é uma complicação que geralmente necessita de intervenção cirúrgica. A ressecção do tecido mamário nestes casos é dificultada por congestão venosa e aumento dos plexos vasculares, ocasionando aumento do sangramento no intraoperatório, além de apresentar um

tecido mais denso e menos gorduroso. A transposição do CAM é dificultada pela vascularização inadequada do pedículo local, fazendo-se necessário o enxerto do CAM. Gigantomastias não necessariamente ocorrem durante a primeira gravidez. No entanto, a ocorrência gigantomastias durante uma gravidez anterior, complica quase todas as gestações subsequentes. É muito importante dizer que há uma possibilidade para o novo crescimento do tecido mamário remanescente, após a mamoplastia redutora, durante as próximas gravidezes. Embora possa não ocorrer na primeira, segunda ou terceira gravidez, uma vez tendo ocorrido a hipertrofia maciça das mamas, esta complica todas as gestações subsequentes, se a paciente não for submetida à mamoplastia redutora ou mastectomia. Esta recorrência pode ser observada mesmo em gestações que evoluem para o abortamento espontâneo. Não havendo comprometimento como necrose e/ou infecção, a redução volumétrica pela mamoplastia deve ser postergada, para após o quarto mês pós-parto. No caso relatado, optou-se pela mamoplastia, pelo fato da paciente apresentar infecção e úlceras locais. Pelo fato de a paciente ser jovem e ter desejo de gestar futuramente, o procedimento definitivo, a adenomastectomia, será realizado em um segundo tempo.

## Conclusão

No caso relatado, optou-se pela mamoplastia, pelo fato da paciente apresentar infecção e úlceras locais, portanto, foi escolhido o tratamento cirúrgico de menor porte, consequentemente com menor morbidade. Pelo fato de a paciente ser jovem e ter desejo de gestar futuramente, o procedimento definitivo, adenomastectomia, será realizado em um segundo tempo.