

Tumefacção Mamária e Escorrência Mamilar Hemática Numa Criança em Idade Pré-Pubertária

M. SAMEIRO BARREIRINHO, CIDADE RODRIGUES

*Serviço de Cirurgia Pediátrica
Hospital de Crianças Maria Pia*

Resumo

O aumento de volume da glândula mamária associado a escorrência mamilar hemática é muito raro na infância. Descreve-se o caso clínico de uma criança do sexo feminino, com 4.5 anos de idade, apresentando escorrência mamilar hemática recorrente e tumefacção mamária ipsilateral. Os níveis plasmáticos da hormona folículo estimulante, hormona luteinizante e prolactina foram normais. A ecografia mamária revelou imagem focal complexa, com 11 mm de diâmetro, predominantemente sonolúcida e lobulada. Os exames citológico e microbiológico da escorrência mamilar não revelaram alterações. Dez meses após a primeira consulta a criança não apresentava qualquer alteração, nem recorrência ao fim de um ano de seguimento clínico regular. Este caso reforça o carácter benigno e a possibilidade de resolução espontânea da drenagem mamilar hemática na infância, bem como do aumento de volume mamário frequentemente associado.

A propósito do caso clínico foi efectuada uma revisão bibliográfica da etiopatogenese clínica e evolução com vista à elaboração de um organigrama para abordagem das lesões mamárias na criança em idade pré-pubertária.

Palavras-Chave: Tumefacção mamária, escorrência mamilar hemática, criança.

Summary

Breast Mass and Bloody Nipple Discharge in a Prepubertal Child

The association of breast enlargement and bloody nipple discharge is very rare in infancy. We present the case of a 4-year-old girl with recurrent bloody nipple discharge and ipsilateral breast enlargement. Serum hormone levels of prolactine, luteinizing

hormone and follicle-stimulating hormone were within the normal range. Mammary ultrasound revealed an 11 mm diameter complex focal image, mainly sonolucida with lobulation. Cytological and cultural studies were uneventful. Ten months after the first consultation there were no abnormalities neither recurrence during a follow-up period of one year.

Our case reinforces the benign nature of bloody nipple discharge in infancy with its possible spontaneous resolution, along with the frequently associated breast enlargement.

We reviewed the etiopathogenesis, clinical presentation and evolution of this subject, in order to elaborate an algorithmic approach of mammary lesion in the pre-pubertal child.

Key-Words: Breast mass, bloody nipple discharge, children.

Introdução

O aumento do volume da glândula mamária e a escorrência mamilar sero-leitosa é um fenómeno fisiológico comum nas primeiras semanas de vida em ambos os sexos, sendo influenciado pelas hormonas maternas (estrogéneos, progesterona, prolactina) e fetais (prolactina), regredindo em poucas semanas⁽¹⁻³⁾. Ao contrário, a escorrência mamilar hemática é muito rara na infância e a sua etiopatogenia desconhecida⁽¹⁻⁴⁾. Descreve-se o caso clínico de uma criança do sexo feminino, com 4.5 anos de idade, enviada à consulta de Cirurgia Pediátrica por escorrência mamilar hemática recorrente, direita, desde os dois meses de idade e tumefacção mamária ipsilateral desde os 4 anos.

Caso Clínico

Criança do sexo feminino, com 4.5 anos de idade, natural e residente em Vila Nova de Gaia.

Nos antecedentes familiares não havia história de patologia mamária. Os antecedentes pessoais e patológicos eram irrelevantes e o desenvolvimento estado-ponderal e psicomotor adequados.

Correspondência: M. Sameiro Barreirinho
Serviço de Pediatria
Hospital de Crianças Maria Pia
Rua da Boavista, 827
4050 Porto

Aceite para publicação em 18/04/2000.
Entregue para publicação em 08/02/2000.

Aos dois meses de idade houve aparecimento de escorrência hemática do mamilo direito, cerca de uma a duas vezes por semana. A ecografia mamária efectuada aos 3 e 13 meses não revelou alterações. Posteriormente estes episódios tornaram-se mensais e aos 4 anos surgiu uma pequena tumefacção na glândula mamária direita por vezes dolorosa, não acompanhada de sinais inflamatórios locais ou história de traumatismo. Os níveis plasmáticos de prolactina, hormona luteinizante e hormona foliculo estimulante eram normais. A ecografia mamária evidenciou o botão mamário direito hipocogéneo e lobulado, e o botão mamário esquerdo normal. Aos 4.5 anos foi enviada à consulta de Cirurgia Pediátrica por persistência das queixas.

Ao exame físico apresentava um bom estado geral e nutricional, tórax sem distorções. No quadrante inferior externo da glândula mamária direita observava-se uma tumefacção arredondada, justa-aréolar, com aproximadamente 0.5 cm de diâmetro, móvel em relação aos planos superficiais e profundos, ligeiramente dolorosa, cuja expressão originava uma escorrência mamilar de líquido acastanhado (hemático) e em pequena quantidade; a glândula mamária esquerda não apresentava alterações. Estádio pubertário grau I (classificação de Tanner). Restante exame sem alterações.

A ecografia mamária revelou: botão glandular mamário direito com uma imagem focal complexa, sonolúcida, de contornos lobulados, esboçando várias locas, com cerca de 11 mm de diâmetro (Fig. 1); botão glandular mamário esquerdo sem alterações.

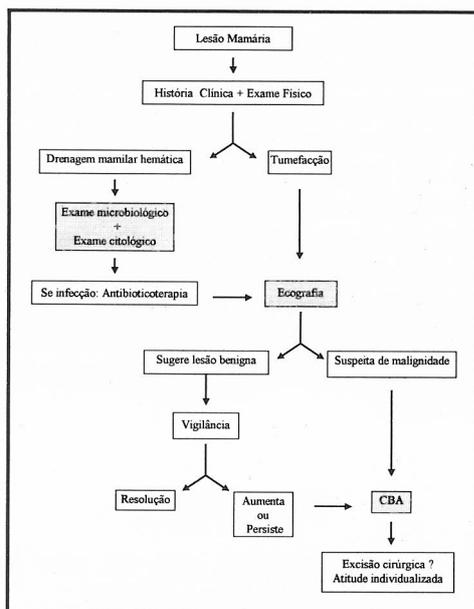


FIG. 1 – Ecografia do botão mamário direito: imagem focal complexa predominantemente sonolúcida, de contornos lobulados, esboçando várias locas, com cerca de 11 mm de diâmetro.

O exame citológico da escorrência mamilar mostrou macrófagos vacuolizados. O exame bacteriológico identificou uma flora polimicrobiana com 3 estirpes de estafilococos (*S. aureus*, *S. epidermis* e *S. warneri*) cuja repetição três semanas depois se revelou amicrobiana.

Após dez meses de observação houve desaparecimento espontâneo da escorrência mamilar e da tumefacção periaréolar. Actualmente, com um ano de seguimento, mantém-se assintomática.

Discussão

A escorrência mamilar hemática é muito rara na infância (1, 5). Nos adultos esta é geralmente o primeiro sinal de carcinoma da mama, não sendo observado nos casos extremamente raros de neoplasia mamária na infância (1, 4). Nas poucas referências encontradas na literatura é sublinhado o seu carácter benigno e a resolução espontânea em algumas semanas ou meses (3-11), tal como o aumento do volume mamário associado (3). Assim a necessidade de um diagnóstico preciso e a exclusão de malignidade não são tão imperativas como no adulto (12).

A escorrência mamilar hemática pode ser uni ou bilateral, surge em ambos os sexos e a idade dos casos descritos varia entre as 5 semanas e os 4 anos, sendo a sua causa desconhecida (3-11). Os casos descritos na literatura com biopsia revelaram: ectasia ductal, quisto intraductal, papiloma intraductal, ginecomastia e mastite quística crónica (1-3, 10, 11, 13).

A ectasia ductal, apesar de rara na criança, parece ser a causa mais frequente de escorrência mamilar hemática, neste grupo etário (3, 5). A hemorragia é atribuída à ulceração do epitélio do canal dilatado (3, 10) sendo a presença de tumefacção palpável determinada pelo grau de ectasia deste (3, 5). Caracteriza-se por dilatação dos ductos subaréolares, com inflamação e fibrose do estroma periductal. A sua etiologia específica é desconhecida. Alguns autores consideram uma relação com infecção, traumatismo, inflamação crónica do estroma periductal, hormonas maternas e da criança, anomalias congénitas dos ductos e reacção autoimune (1, 3).

O quisto intraductal é raro na criança em idade pré-pubertária (12) sendo as formas isoladas mais frequentes do que as múltiplas (excepto nas alterações fibroquísticas). O quisto é revestido por um epitélio simples cuboidal ou colunar podendo existir inflamação crónica. Caracteriza-se por uma tumefacção multiloculada, tensa, bem delimitada, móvel, às vezes associada a drenagem mamilar serosa (14). Na literatura está descrito como causa de escorrência mamilar hemática em 2 casos (11).

O papiloma intraductal origina uma tumefacção dolorosa e pode cursar com escorrência mamilar hemática,

sendo esta a forma de apresentação mais frequente, apesar de rara na criança ^(5, 12-14). Trata-se de uma lesão benigna mas que pode ser premaligna, pelo que estes casos devem ser vigiados cuidadosamente ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A infecção mamária também pode originar escorrência mamilar hemática ^(11, 12). São considerados como factores precipitantes: infecção cutânea, traumatismo, ectasia ductal, quistos epidérmicos e manipulação excessiva de hiperplasia mamária do recém-nascidos ⁽¹⁵⁾.

Os agentes etiológicos são geralmente microrganismos gram-positivo sendo o *Staphylococcus aureus* o mais frequente ^(11, 14, 16, 17). Clinicamente caracteriza-se por eritema, dor e às vezes tumefacção ^(12, 14), no entanto nem sempre existem sinais inflamatórios associados ⁽¹¹⁾. Foi descrita como causa provável em 2 casos, um deles com exame microbiológico positivo para *staphylococcus aureus*, tendo ambos resolvido após antibioticoterapia ⁽¹¹⁾. Estes autores aconselham a realização de exames culturais sempre que é notada drenagem mamilar, devendo o tratamento inicial ser a antibioticoterapia. Strigel et al ⁽³⁾ considera que o crescimento de *staphylococcus epidermidis*, na ausência de sinais inflamatórios, se deve a contaminação da pele não havendo indicação para tratamento antibacteriano.

O carcinoma da mama também podem originar drenagem mamilar hemática ^(4, 9, 12, 15). Esta patologia é extremamente rara na criança ^(5, 12, 14-18). Abaixo dos 20 anos tem uma incidência inferior a 1% ⁽¹⁵⁾. O adenocarcinoma representa menos de 1% das tumefacções mamárias da criança, sendo as lesões malignas mais frequentemente devidas a um tumor primário com origem em tecido não mamário ou a doença disseminada como linfoma, leucemia, rabdomiossarcoma e neuroblastoma ⁽¹⁸⁾. Existem vários factores propostos para o aumento do risco de neoplasia da mama sendo a história familiar positiva o mais bem conhecido ⁽¹⁵⁾. A apresentação clínica é semelhante à do adulto, surgindo geralmente como uma tumefacção isolada, dura, indolor e com limites mal definidos ^(15, 16). Na criança em idade pré-pubertária o tipo histológico mais frequente é o carcinoma secretor ^(16, 17).

Neste caso a hipótese de neoplasia pareceu-nos pouco provável dada a sua extrema raridade nesta faixa etária, não haver antecedentes familiares de patologia mamária, a longa evolução das alterações apresentadas pela criança e o exame físico não mostrar outras alterações além da tumefacção e drenagem mamilar hemática. Esta opinião foi reforçada pelos dados ecográficos e pela resolução espontânea das queixas.

A inexistência de factores precipitantes ou de sinais inflamatórios locais apoiaram a interpretação do primeiro exame microbiológico como contaminação. Tal foi corroborado pela natureza amicrobiana do exame bacteriológico posterior e pela resolução espontânea dos sintomas,

sem que a criança tivesse efectuado qualquer antibiotico-terapia.

Embora a ectasia ductal seja a causa mais frequente de escorrência mamilar hemática na criança em idade pré-pubertária, parece-nos que nesta criança, a causa mais provável será o quisto intraductal atendendo às características da tumefacção e aos dados ecográficos.

Embora a patologia mamária na idade pediátrica seja diferente da existente na população adulta, a ansiedade dos familiares relaciona-se com a possibilidade da lesão ser maligna, pelo que é necessário um diagnóstico correcto para os tranquilizar ^(16, 18). A escorrência mamilar hemática no lactente e criança jovem deve ter uma abordagem conservadora, na expectativa da sua resolução espontânea ^(3, 5, 19), tal como a maioria das tumefacções mamárias ^(11, 17, 18, 20). Na avaliação diagnóstica o mais importante é a história clínica, incluindo os antecedentes familiares, e um exame físico completo ^(11, 16). Se a tumefacção parece clinicamente benigna (bem definida, discreta e móvel) pode-se optar por uma abordagem conservadora com avaliações frequentes, não sendo necessário estudo imagiológico ⁽¹²⁾. Este está indicado nas dúvidas de diagnóstico e quando a tumefacção apresenta determinadas características: dolorosa, fixa, dura, aumento de volume e alteração da pele suprajacente ^(12, 16). Outros autores consideram que a ecografia é fundamental na avaliação de uma tumefacção mamária, dado ser um exame seguro, pouco dispendioso, que permite distinguir uma lesão sólida/quística e avaliar a existência de dilatação dos ductos, sendo actualmente possível fazer o diagnóstico preciso de quase toda a patologia mamária ^(16, 21).

Alguns autores consideram que na avaliação da escorrência mamilar hemática está indicado a realização de exame citológico ⁽¹⁹⁾.

A citologia biópsica aspirativa (CBA) com agulha fina possui uma grande sensibilidade e especificidade no diagnóstico de lesões benignas e malignas ⁽¹⁶⁾, oferecendo um diagnóstico exacto nas tumefacções que não são características de um botão mamário normal ^(3, 5). Quando a tumefacção se deve a um quisto simples, a aspiração do líquido, além de confirmar o carácter cístico da lesão, pode também acelerar a sua resolução ^(3, 5, 12, 17).

A biópsia excisional e a cirurgia de tumefacções subareolares devem ser evitadas, especialmente nas raparigas, dada a possibilidade de comprometer o desenvolvimento posterior da glândula mamária e o baixo risco de neoplasia maligna ^(3, 5, 11, 12, 17, 18). A rapariga em idade pré-pubertária deverá efectuar biópsia excisional se: infecção resistente ao tratamento médico, suspeita de malignidade, manutenção do volume da lesão e a CBA não é tranquilizante, a lesão continua a sangrar ou é persistentemente dolorosa, persistência ou recorrência da tumefacção após aspiração de uma lesão quística, alterações no exame

citológico ou criança com antecedentes de neoplasia^(3, 5, 11, 12, 16, 17). No entanto o momento adequado da intervenção cirúrgica é decidido caso a caso pois a experiência actual não permite o estabelecimento de normas de abordagem^(3, 5).

Quer sejamos intervencionistas ou não, é necessário tranquilizar os pais e manter uma vigilância prolongada e cuidadosa^(11, 17).

Com base na revisão bibliográfica efectuada foi elaborado um organigrama para abordagem das lesões mamárias na criança em idade pré-pubertária (Fig. 2).

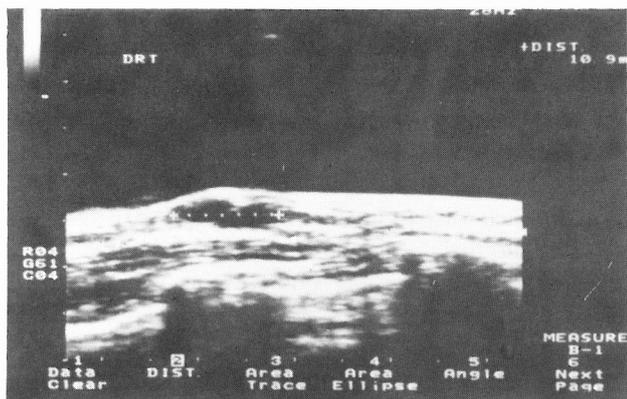


FIG. 2 – Abordagem de lesão mamária na criança em idade pré-pubertária.

Este caso clínico vem reforçar o carácter benigno e a possibilidade de resolução espontânea da escorrência mamilar hemática e do aumento de volume mamário frequentemente associado. Os procedimentos cirúrgicos deverão ser evitados dada a possibilidade de lesão do botão mamário e consequente comprometimento do desenvolvimento futuro da glândula mamária.

Bibliografia

1. Böber E, Özer E, Akgür F, Büyükgebiz. Bilateral breast masses and bloody nipple discharge in a two year-old boy. *J Ped Endocrinol Metabolism* 1996; 9: 419-21.
2. Olcay I, Gököz A. Infantile gynecomastia with bloody nipple discharges. *J Ped Surg* 1992; 27: 103-4.
3. Miller J, Brownell M, Shaw A. Bilateral breast masses and bloody nipple discharge in a 4-year-old boy. *J Pediatr* 1990; 116: 744-7.
4. Guyët P, David L. Écoulement mammaire sanglant du nourrisson et du jeune enfant letter. *Arch Pédiatr* 1996; 3: 194.
5. Menken K, Roll C. Bloody nipple discharge in a 3-year-old girl. *Eur J Pediatr* 1993; 152: 1047.
6. Berkowitz C, Inkelis S. Bloody nipple discharge in infancy. *J Pediatr* 1983; 103: 755.
7. Fenster D. Bloody nipple discharge letter. *J Pediatr* 1984; 104: 640.
8. Sigalas J, Roilides E, Tsanakas J, Karpouzas J. Bloody nipple discharge in infants letter. *J Pediatr* 1985; 107: 484.
9. Gershin T, Mogilner JG. Bloody nipple discharge in an infant. *Harefuah* 1992; 122: 505-6. Abstract.
10. Stringel G, Perelman A, Jiminez C. Infantile mammary duct ectasia: a cause of bloody nipple discharge. *J Ped Surg* 1986; 21: 671-4.
11. West K, Rescorla F, III L, Grosfeld J. Diagnosis and treatment of symptomatic breast masses in the pediatric population. *J Ped Surg* 1995; 30: 182-7.
12. Simmons P. Breast Disorders. In: Sanfilippo J, Muram D, Lee P, Dewhurst J, eds. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994, 583-600.
13. Diethrich E, Hammond W, Holtz F. Intraductal papillomatosis of the breast. Report of a case in a ten year old girl. *Am J Surg* 1966; 112: 80-2.
14. Coffin C, Dehner L. The Breast. In: Stoker J, Deuner L, eds. *Pediatric Pathology*. 1st ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992, 927-39.
15. Greydanus D, Parks D, Farrell E. Breast Disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1989; 36: 601-38.
16. Krummel T. Breast Lesions. In: Ashxraft K, Holder T, eds. *Pediatric Surgery*. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1993, 935-40.
17. Seashore J. Disorders of the breast. In: O'Neil J, Rowe M, Grosfeld J, Fonkalrud E, Coran A, eds. *Pediatric Surgery*. 5nd ed. St. Louis Missouri: Mosby, 1998, 779-85.
18. Boothroyd A, Carty H. Breast masses in childhood and adolescence. A presentation of 17 cases and a review of the literature. *Pediatr Radiol* 1994; 24: 81-4.
19. Sanfilippo J. Breast disorders. In: Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 15th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996: 1559-60.
20. Simmons PS. Diagnostic considerations in breast disorders in children and adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1992; 19: 91-102.
21. El-Tamer M, Song M, Wait R. Breast masses in African American teenage girls. *J Ped Surg* 1999; 34: 1401-4.