

Fibroadenoma Juvenil Gigante da Mama: Caso Clínico

Giant Juvenile Fibroadenoma of the Breast: A Case Report

Carla Menezes¹, Fernanda Bastos², Rosário Roque¹, Carlos Santa Rita¹

1. Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

2. Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar do Algarve, Unidade de Portimão, Portimão, Portugal

Acta Pediatr Port 2015;47:192-5

Resumo

As massas palpáveis da mama são raras na população jovem. A maioria associa-se a processos inflamatórios secundários a infeção e a tumores benignos. O fibroadenoma juvenil representa 4% de todos os fibroadenomas, sendo que, a incidência do fibroadenoma juvenil gigante é apenas de 0,5%. O fibroadenoma juvenil gigante define-se por ser uma lesão de crescimento rápido, que ocorre em adolescentes e tem um diâmetro superior a 5 cm e/ou um peso superior a 500 g. As principais entidades com as quais se deve estabelecer o diagnóstico diferencial são o tumor filóide e a gigantomastia juvenil. A exérese é o tratamento de eleição. Relata-se o caso de um fibroadenoma juvenil gigante numa doente com 15 anos.

Palavras-chave: Adolescente; Doenças Mamárias; Fibroadenoma/diagnóstico; Fibroadenoma/cirurgia

Abstract

It is uncommon to find breast masses in young patients. The majority are related to inflammation due to infection or abscess or are benign tumours. Juvenile fibroadenoma accounts for 4% of all fibroadenomas, and the incidence of giant juvenile fibroadenomas is only 0.5%. Giant juvenile fibroadenoma is defined by rapid growth in adolescent females and more than 5 cm in diameter and/or more than 500 g in weight. Important differential diagnosis are phyllodes tumour and juvenile gigantomastia. Excision is the treatment of choice. The authors present a case of giant juvenile fibroadenoma in a 15-year-old girl.

Keywords: Adolescent; Breast Diseases; Fibroadenoma/diagnosis; Fibroadenoma/surgery

Introdução

As massas palpáveis na mama são raras nas jovens.¹⁻³ O fibroadenoma é um tumor benigno, resulta do crescimento anormal do tecido mamário e é constituído por tecido conjuntivo e epitelial. O fibroadenoma é responsável por 75% dos tumores da mama nas mulheres entre os 10 e os 20 anos de idade⁴⁻⁶ e a sua etiologia exata é desconhecida.⁷ O fibroadenoma juvenil gigante representa 7% de todas as lesões mamárias nas adolescentes.^{4,5,6,8} Contrariamente aos fibroadenomas, o pico de incidência do fibroadenoma juvenil ocorre na adolescência, entre os 11 e os 18 anos,^{9,10} e é mais frequente em mulheres de raça negra.

Caracteriza-se por ser uma massa dura, encapsulada, indolor, móvel, solitária, de crescimento rápido e geralmente unilateral.⁷

O diagnóstico na grande maioria dos casos baseia-se na história clínica e no exame físico. A ecografia é preferida à mamografia neste tipo de doentes tendo em conta o predomínio de tecido fibroglandular na mama.¹¹ A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) ou a biópsia podem ajudar a caracterizar a lesão e a excluir malignidade.

O tratamento, apesar de se tratar de uma entidade benigna, é a excisão, não só para tranquilizar as doentes e a família mas também porque, apesar de pouco comum, o risco de transformação maligna existe, estimando-se ser inferior a 0,3%.¹²

Relata-se um caso clínico de fibroadenoma juvenil gigante numa adolescente.

Caso Clínico

Adolescente, de 15 anos de idade, caucasiana, que apresentava assimetria mamária e uma volumosa formação na mama esquerda com crescimento expansivo acelerado, com três meses de evolução. Tratava-se de uma doente sem história de traumatismo prévio, galactorreia, febre, fadiga ou perda de peso e sem antecedentes familiares de cancro de mama.

No exame objetivo destacava-se a presença de uma massa com cerca de 11 cm de diâmetro, que ocupava quase toda a mama superficial esquerda, enquanto a outra mama era normal. A massa era indolor, dura, regular, móvel e não aderente a planos profundos.

A pele apresentava-se tensa, brilhante, ruborizada e com veias superficiais engorgitadas (Fig. 1). Não apresentava adenopatias axilares ou supraclaviculares palpáveis. Laboratorialmente não existiam alterações e a radiografia de tórax era normal. A ecografia mamária revelou uma volumosa formação nodular de conteúdo hipocogénico, sólida, bem delimitada sem condicionar atenuação dos ecos em profundidade, com 15 cm de diâmetro. Foi realizada uma microbiópsia, cuja análise revelou tratar-se de um fibroadenoma juvenil de padrão pericanalicular.

A doente foi submetida a exérese cirúrgica da massa com preservação do parênquima da mama, areola e mamilo e remodelação com mobilização do tecido mamário por técnica de *round block* (Figs. 2 e 3). Não houve necessidade de simetrização da mama contralateral, imediata ou diferida, tendo em conta o bom resultado estético obtido. O procedimento cirúrgico foi realizado em ambulatório, tendo a doente tido alta no próprio dia sem registo de intercorrências.

O exame anatomopatológico da peça operatória revelou tratar-se de uma formação nodular capsulada com 277 g e 11 x 8,5 x 6 cm, compatível com fibroadenoma (Fig. 4). Uma semana após a cirurgia, a ferida operatória apresentava-se cicatrizada e aos 12 meses de pós-operatório a doente não tinha sinais de recidiva, nem défices funcionais. O resultado estético conseguido foi bastante satisfatório e associado a uma melhoria da auto-estima.

Discussão

Os critérios diagnósticos de fibroadenoma juvenil são¹⁴:

- Circunscrito e raramente múltiplo;
- Componente misto, epitelial e estromal, com padrão de crescimento preferencialmente pericanalicular;
- Ausência de atipias nos componentes estromal e glandular e índice mitótico superior 3/hpf (*high power field*);



Figura 1. Imagem das mamas no pré-operatório.

- Hiperplasia epitelial e mioepitelial frequente;
- Faixa etária entre os 10-20 anos, com pico de incidência aos 15 anos.

Os fibroadenomas juvenis geralmente são únicos, mas podem ser múltiplos.¹⁴ Apesar de se tratar de uma lesão benigna, algumas das suas características são consideradas indicadores de malignidade.^{15,16} A massa, pelas suas dimensões, pode comprimir o tecido mamário adjacente causando distorção da arquitetura da mama, alterações cutâneas (pele tipo casca de laranja, ulceração), inversão do mamilo e dilatação das veias superficiais. Assim, o diagnóstico anatomopatológico é fundamental para descartar a malignidade destas lesões.¹⁵⁻¹⁷

A sua etiologia exata é desconhecida, embora o fator hormonal pareça ser a principal. A suportar esta teoria está o facto de a incidência dos fibroadenomas juvenis aumentar durante a puberdade, gravidez e como resposta à toma de anticonceivos orais.¹⁸

O diagnóstico diferencial de uma massa volumosa da mama, com crescimento rápido, em adolescentes, deverá fazer-se com tumor filóide e gigantomastia juvenil. O tumor filóide ocorre preferencialmente em maiores de 35 anos e histologicamente caracteriza-se por hiperplasia estromal, pleomorfismo e um índice mitótico superior ao do fibroadenoma. A gigantomastia juvenil geralmente é bilateral, assimétrica e histologicamente caracteriza-se por abundante tecido conjuntivo e proliferação ductal, hiperplasia epitelial e escassa ou nula formação lobular.¹⁹ Outras causas menos frequentes são lipoma, hamartoma, alterações fibroquísticas e adenocarcinoma.



Figura 2. Imagem intra-operatória ilustrando a técnica usada na excisão da lesão.



Figura 3. Imagem intra-operatória ilustrando a técnica usada na excisão da lesão.

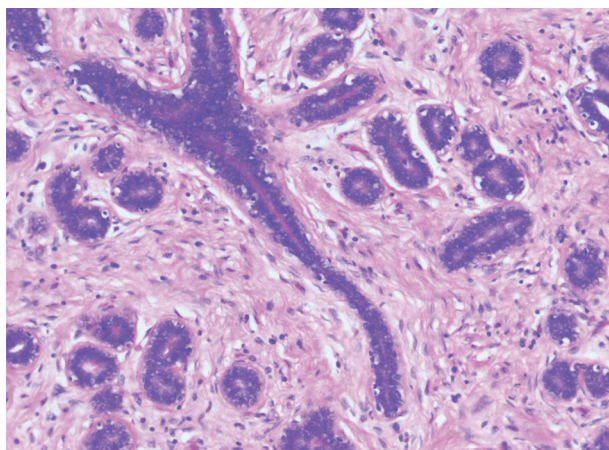


Figura 4. Imagem microscópica mostrando tumor com padrão de crescimento pericanalicular, com componente estromal e epitelial e ausência de mitoses e atipias nos componentes estromal e glandular (hematoxilina-eosina, x400).

A ecografia mamária e a caracterização histológica da lesão são fundamentais para estabelecer o diagnóstico e para, posteriormente, definir a estratégia terapêutica. A ecografia é o principal método de diagnóstico de imagem utilizado para caracterizar massas suspeitas na mama em adolescentes. A caracterização histológica pode ser realizada após PAAF ou biópsia (macro ou micro). A PAAF é uma ferramenta útil na caracterização de massas da mama em adolescentes²⁰ e, comparativamente com a biópsia, é menos invasiva, mais cômoda e, em grupos selecionados, permite excluir malignidade. Contudo, a PAAF nem sempre consegue distinguir o tumor filóide do fibroadenoma.

Apesar de o fibroadenoma juvenil não ser uma condição pré-maligna, está associado a um risco de transformação maligna, estimado em menos de 0,3%.¹² Tendo em conta o risco de transformação maligna e o desconforto com a imagem corporal que causa à grande maioria das doentes, o tratamento de eleição é a excisão.¹³ Sempre que possível, a excisão da massa deve ser acompanhada da reconstrução da mama tendo em conta os seguintes princípios²¹:

- Preservação do parênquima normal da mama;
- Reposicionamento do campo areolo mamilar;
- Simetrização da mama contralateral.

A recidiva após excisão completa é rara, sendo menos frequente a partir dos 30 anos.²²

O QUE ESTE CASO ENSINA

- O fibroadenoma juvenil gigante da mama é uma entidade rara e, apesar de não ser uma condição pré-maligna, apresenta risco de transformação maligna.
- Os principais diagnósticos diferenciais são o tumor filóide e a gigantomastia juvenil.
- O tratamento é cirúrgico, com excisão da lesão.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Carla Menezes
carla81mpmenezes@gmail.com

Recebido: 02/06/2015

Aceite: 11/01/2016

Referências

1. 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.

2. Neinstein LS. Breast disease in adolescents and young women. *Pediatr Clin North Am* 1999;46:607-29.

3. Fallat ME, Ignacio RC Jr. Breast disorders in children and adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:311-6.

4. Fernández Sarabia P, Barreto Fiu E, Díaz Martínez J, Miguel F, Sanz Pupo N. Actividad quirúrgica en el servicio de mastología del Centro Nacional de Oncología de Luanda (2007). *Rev Cubana Cir* 2010;49:37-42.
5. Liu H, Yeh ML, Lin KJ, Huang CK, Hung CM, Chen YS. Bloody nipple discharge in an adolescent girl: Unusual presentation of juvenile fibroadenoma. *Pediatr Neonatol* 2010;51:190-2.
6. Hidalgo Mora J, Aznar Carretero I, Fernández Vega A, Vila Vives J, García Martínez A, Argudo Pechuán A. Mastectomía por fibroadenoma gigante juvenil recidivante. *Prog Obstet Ginecol* 2011;54:528-31.
7. Song BS, Kim EK, Seol H, Seo JH, Lee JA, Kim DH, et al. Giant juvenile fibroadenoma of the breast: A case report and brief literature review. *Ann Pediatr Endocrinol Metab* 2014;19:45-8.
8. Marshall AP, Spottswood SE, Grau AM, Jackson GP. Juvenile fibroadenoma and granular cell tumor of the breast in an adolescent. *J Pediatr Surg* 2012;47:1930-3.
9. Wechselberger G, Schoeller T, Piza-Katzer H. Juvenile fibroadenoma of the breast. *Surgery* 2002;132:106-7.
10. Davis S, Wallace A. A 19 year old with complete androgen insensibility syndrome and juvenile fibroadenoma of the breast. *Breast J* 2001;7:430-3.
11. Tiryaki T, Senel S, Hucumenoglu S, Cakir BC, Kibar AE. Breast fibroadenoma in female adolescents. *Saudi Med J* 2007;28:137-8.
12. Ozzello L, Gump FE. The management of patients with carcinomas in fibroadenomatous tumors of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1985;160:99-104.
13. Ezer SS, Oguzkurt P, Ince E, Temiz A, Bolat FA, Hicsonmez A. Surgical treatment of the solid breast masses in female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013;26:31-5.
14. Kempson RL, Rouse RV. Juvenile fibroadenoma of the breast [consultado em 18 de maio de 2015]. Disponível em <http://surgepathcriteria.stanford.edu/breast/juvfibroadenoma/>
15. Park CA, David LR, Argenta LC. Breast asymmetry: Presentation of a giant fibroadenoma. *Breast J* 2006;12:451-61.
16. Ugburo AO, Olajide TO, Fadeyibi IO, Mofikoya BO, Lawal AO, Osinowo AO. Differential diagnosis and management of giant fibroadenoma: Comparing excision with reduction mammoplasty incision and excision with inframammary incision. *J Plast Surg Hand Surg* 2012;46:354-8.
17. Anavi BL, Mishev GG, Ivanov GP. Giant fibroadenoma of the breast. *Folia Med* 2002;44:50-2.
18. Musio F, Mozingo D, Otchy DP. Multiple, giant fibroadenoma. *Am Surg* 1991;57:438-41.
19. Rosai J. Breast. In: Rosai J, Ackerman LV, editors. *Rosai and Ackermans surgical pathology*. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2009.p.1769-71.
20. Pacinda SJ, Ramzy I. Fine-needle aspiration of breast masses. A review of its role in diagnosis and management in adolescent patients. *J Adolesc Health* 1998;23:3-6.
21. Matz D, Kerivan L, Reintgen M, Akman K, Lozicki A, Clynes C, et al. Breast preservation in women with giant juvenile fibroadenoma. *Clin Breast Cancer* 2013;13:291-22.
22. Schnitt SJ, Millis RR, Handy AM, Oberman HA. The breast. In: Mills SE, Carter D, Greeson JK, Oberman HA, Reuter VE, Stoler MH, editors. *Sternbergs's diagnostic surgical pathology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.p.323-98.