



# Relato de Caso: mama tuberosa

## Case report: tuberous breast

TULIO MARTINS SILVA <sup>1,2\*</sup>  
BIANCA MARIA BARROS OHANA <sup>2</sup>  
BRUNO PERRELLI SÁ FREIRE  
FERNANDES <sup>2</sup>  
IRENE DAHER BARRA <sup>3</sup>  
MARIA ALICE DOMINGUES REZENDE <sup>2</sup>  
CELSO EDUARDO JANDRE BOECHAT <sup>2</sup>

Instituição: Hospital Municipal Barata  
Ribeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 19/10/2016.  
Artigo aceito: 9/7/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0074

### ■ RESUMO

Descrever um caso de mama tuberosa com importante assimetria mamária, descrever a técnica e avaliar o resultado de caso. Diferentes técnicas foram usadas em cada mama, apesar de na literatura dizer que é importante empregar uma estratégia semelhante em ambas as mamas. A paciente evoluiu sem complicações e apresenta, com 6 meses de pós-operatório, resultado extremamente satisfatório, sem estigmas de mama tuberosa e com melhora importante da assimetria mamária. Na literatura é estabelecido que não há uma única técnica cirúrgica adequada para a correção dos diferentes tipos de malformações. A mama tuberosa representa um desafio nas cirurgias plásticas da mama e se tornam mais complexas quando a assimetria é mais exacerbada. Porém, o cirurgião que dominar as mais diversas técnicas mamárias estéticas e reconstrutoras poderá alcançar um resultado satisfatório.

**Descritores:** Mamoplastia; Anormalidades congênitas; Mama; Doenças mamárias; Implante mamário.

### ■ ABSTRACT

To report a case of tuberous breast with significant breast asymmetry, describe the technique used and evaluate the outcome of the case. Different techniques were used on each breast, although studies in literature recommend the use of similar strategy in both breasts. The patient progressed without complications and had, 6 months after the surgery, extremely satisfactory result without tuberous breast stigmas, and significant improvement of breast asymmetry. The literature establishes that not only one surgical technique is adequate to correct different types of malformations. Tuberous breast constitutes a challenge in breast plastic surgery and it becomes more complex when the asymmetry is more severe. However, surgeons who is trained in a variety of aesthetic and breast reconstructive techniques can achieve a satisfactory result.

**Keywords:** Mammoplasty; Congenital abnormalities; Breast; Breast diseases; Breast implantation.

<sup>1</sup> Hospital Municipal Miguel Couto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Municipal Barata Ribeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A expressão “mama tuberosa” é usada para definir uma variedade de deformidades mamárias, que podem apresentar características anatomomorfológicas peculiares com vários graus de gravidade.

O broto mamário é diferenciado e formado durante a vida intrauterina até o parto, mas o desenvolvimento completo ocorre na puberdade, que pode variar dos 7-9 anos aos 15-16 anos<sup>1</sup>.

A etiologia das deformidades tuberosas não está clara nem bem definida. Alguns autores consideram a ausência da camada superficial da fáscia superficial ao nível da aréola um importante elemento. Outros enfatizam a importância de dados clínicos objetivos, a presença de um anel fibroso constritor ao redor da aréola, impedindo ou restringindo o crescimento da glândula mamária. De acordo com Mandrekas et al., este anel fibroso representa um espessamento com fibrose da fáscia superficial ou a hipertrofia dos ligamentos de Cooper<sup>2</sup>.

Classificação dos diferentes tipos de deformidade tuberosa da mama<sup>3</sup>:

Tipo I - Tecido mamário herniado para dentro de uma aréola expandida com pele frouxa e delgada apresentando aderência glandular cutânea insatisfatória. Sulco inframamário cranializado com uma constrição fibrótica. Mamas posicionadas lateralmente na parede torácica com amplo espaço intermamário.

Tipo II - Mamas gravemente hipoplásicas com pele sólida, aréola pequena, e forte aderência glandular cutânea. Base mamária constricta. Polo inferior ausente, aplainado ou côncavo. Sulco inframamário ausente. Há uma protrusão glandular típica por trás da aréola, com deformidade do seu bordo inferior; esta deformidade é intensificada após a introdução da prótese.

Tipo III - Mamas normoplásicas com aspecto tubular apresentando uma ptose em “mergulho” e um complexo areolopapilar virado para baixo. Uma “pegada mamária” circular com posicionamento geralmente alto, embora não excessivamente lateralizada no tórax. Redução da distância do complexo areolopapilar.

Os diferentes tipos de deformidades da mama carregam consigo um peso psicológico para a paciente jovem, influenciando altamente os relacionamentos sociais das jovens devido ao formato e ao aspecto incomum das suas mamas<sup>4</sup>.

A mama tuberosa do tipo III no lado esquerdo frequentemente está associada a uma mama tuberosa do tipo II do lado direito<sup>5</sup>.

## RELATO DO CASO E DISCUSSÃO

Paciente feminina, 18 anos, branca, sem comorbidades ou cirurgias prévias, com diagnóstico de mama tuberosa do tipo II do lado direito e do tipo III do

lado esquerdo desde o início da puberdade (Figura 1). Ao exame físico, apresentava mama direita hipoplásica, constricta e mesmo pequena, herniava pela aréola alargada, com polo inferior hipodesenvolvido e sulco inframamário mal definido, alto e com a distância do complexo areolopapilar para o sulco encurtada, sem grau de ptose (Figura 2). Mama esquerda hipertrófica, com aspecto tubular, com a mama herniando pela aréola alargada, ptose grau II, sulco também mais alto e com pouco polo inferior (Figura 3).



Figura 1. Pré-operatório frente.



Figura 2. Pré-operatório oblíquo direito.

Mama direita apresentando base de 8 cm e mama esquerda de 10 cm. Com base nessas medidas e na assimetria, escolhemos próteses de poliuretano, perfil anatômico, projeção extra alta, todas com uma distância complexo areolopapilar para o sulco mais alongada. De acordo com o exame físico da paciente, já era possível detectar uma assimetria de pelo menos 200 ml e que mesmo podendo obter simetria sem prótese na mama esquerda, optamos por redutora com prótese para alcançarmos consistência semelhante.

Queixava-se de importante assimetria mamária, causando dificuldade em seus relacionamentos sociais e peso psicológico.



Figura 3. Pré-operatório oblíquo esquerdo.

Técnica cirúrgica: na mama direita foi realizada incisão periareolar, dissecação até plano pré-peitoral, incisões radiadas para lise de anel fibroso e inclusão de prótese de poliuretano, perfil anatômico, 315 ml, projeção extra alta em plano subglandular. Na mama esquerda foi realizada mastopexia por acesso periareolar, dissecação até plano pré-peitoral, compensação do excesso de pele em T invertido, incisões radiadas para lise do anel fibroso e inclusão de prótese de poliuretano, perfil anatômico, 185 ml, projeção alta em plano subglandular.

A ressecção foi feita mais em nível de excesso de tecido retroareolar e lateral, rebatendo alguma parte desse como pedículo de proteção no polo inferior. Para ascensão do complexo areolopapilar, utilizamos o pedículo supero medial. Para ressecção do excesso de pele, utilizamos os princípios de *Tailor Tacking* com pontos marcados no intraoperatório previamente à colocação do implante.

O momento correto para a intervenção cirúrgica é quando o desenvolvimento das mamas está claramente completo; mas, algumas vezes, a decisão de intervir mais precocemente pode ser tomada devido ao impacto e ao estresse emocional que essa deformidade tem sobre a paciente.

Na literatura é estabelecido que não há uma única técnica cirúrgica adequada para a correção dos diferentes tipos de malformações<sup>6</sup>. Após corrigir deformidade, podemos implantar a prótese mamária. A seleção do tipo de prótese, o plano e o acesso cirúrgico variarão de caso a caso. É muito importante evitar o uso de próteses pesadas e de grande tamanho, podendo causar relaxamento e delgamento da pele, rebaixamento da prótese com pseudoptose e enrugamento dos bordos.

Tipos de retalhos usados na deformidade tuberosa do tipo II:

Retalho glandular do tipo II: correlacionado à deformidade da mama tuberosa do tipo II. É um retalho glandular com pedículo glandular e rotação superficial e subcutânea. Ele é usado para transferir certa quantidade

da glândula que se projeta por trás da pequena aréola para o centro do polo inferior sob a pele tensa. Este retalho pode ser definido como um pequeno retalho glandular retroareolar.

Retalho glandular do tipo III: é criado a partir da superfície retroareolar profunda, sendo usado para mobilizar certa quantidade de tecido do lado superior para o lado inferior da aréola, tanto superiormente quanto inferiormente a ela. Este retalho é usado para modificar determinada deformidade do tipo II, na qual uma glândula muito pequena está se projetando completamente por trás da aréola.

Retalho glandular do tipo IV: retalho profundo, criado com o emprego de uma parte da superfície profunda da mama a partir da região retroareolar superior até o bordo inferior da glândula e criando um retalho "a", que é liberado e caudalmente estendido sob o polo inferior. Este retalho é usado para corrigir a deformidade tuberosa mamária do tipo II, quando uma espessura suficiente da mama e a cobertura de partes moles da parede torácica estão presentes, e a base não for muito estreita.

Segundo a literatura, é importante empregar uma estratégia semelhante em ambas as mamas<sup>7</sup>, isto é, se o caso exigir o uso de uma prótese de um lado da mama, deve-se utilizar uma prótese do mesmo tamanho do outro lado. Por este motivo, é recomendado, sempre que possível, a redução do tamanho da mama maior para o tamanho ou formato da menor, a fim de que sejam colocadas, se o caso permitir, duas próteses iguais. Este objetivo é atingido com o uso de uma ressecção glandular segmentar subcutânea calculada no pré-operatório.

Porém, a escolha da cirurgia foi realizar, primeiramente, a correção da mama menor com inclusão da prótese de 315 ml e realização de retalho tipo II para preenchimento de polo inferior, seguido de mastopexia e inclusão de prótese menor de 185 ml. Não foi possível usar próteses do mesmo tamanho devido à importante assimetria apresentada pela paciente (Figuras 4 e 5).



Figura 4. 3 meses de pós-operatório.



Figura 5. 6 meses de pós-operatório.

### COLABORAÇÕES

- TMS** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- CEJB** Análise e/ou interpretação dos dados.
- BMBO** Análise e/ou interpretação dos dados.

- BPSFF** Análise e/ou interpretação dos dados.
- IDB** Análise e/ou interpretação dos dados.
- MADR** Análise e/ou interpretação dos dados.

### REFERÊNCIAS

1. Neligan PC. Volume 5. Cirurgia Plástica - Mama. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
2. Meara JG, Kolker A, Bartlett G, Theile R, Mutimer K, Holmes AD. Tuberous breast deformity: principles and practice. *Ann Plast Surg.* 2000;45(6):607-11. PMID: 11128758 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/0000637-200045060-00006>
3. David A, Hidalgo DA, Spector JA. Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2014;133(4):567e-83e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000000033>
4. Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas D, Lambrinaki N, Ioannidou-Mouzaka L. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(4):1099-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000076502.37081.28>
5. Scott LS, Jason CG. Aesthetic Reconstruction of the Tuberous Breast Deformity. Discussion. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(4):1109.
6. Kolker AR, Collins MS. Tuberous breast deformity: classification and treatment strategy for improving consistency in aesthetic correction. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(1):73-86. PMID: 25539297 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000000823>
7. Mandrekas AD, Zambacos GJ. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity: a 10-year experience. *Aesthet Surg J.* 2010;30(5):680-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1090820X10383397>

\*Autor correspondente:

**Tulio Martins Silva**

Av. Oswaldo Cruz, 149, apto 1004 - Flamengo - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 22250-060

E-mail: [tuliomartins2@hotmail.com](mailto:tuliomartins2@hotmail.com)