

Lipoma Mamário Gigante – Relato de Caso

José Horácio Costa Aboudib¹
Maria Gattorno Cardoso Giaquinto²
Érisson José Chagas Carvalho³

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ.
- 2] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Professora Assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ.
- 3] Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Residente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ.

Endereço para correspondência:

José Horácio Costa Aboudib Júnior

Av. Acaulfo de Paiva, 341, sls. 801/802
Rio de Janeiro – RJ
22440-030

Fone: (21) 2511-3669
e-mail: aboudib@mtecnet.com.br

Descritores: Lipoma; mama; mamoplastia; reconstrução mamária; cirurgia.

RESUMO

É relatado um caso pouco freqüente de lipoma mamário gigante, com evolução lenta desde a adolescência, em uma paciente adulta jovem, enfatizando-se os aspectos clínicos, patológicos, diagnósticos e terapêuticos.

INTRODUÇÃO

Os lipomas são neoplasias benignas do tecido adiposo, sendo os tumores mesenquimais mais comuns⁽¹⁾. Mostram-se geralmente solitários, podendo ser múltiplos e finamente encapsulados, com incidência estimada de 10 % e apresentando crescimento insidioso e limitado, localizando-se sobretudo no tecido subcutâneo do pescoço, tronco, face, mãos e pés. Acometem também estruturas profundas, como o retroperitônio, músculos esqueléticos, mediastino,

trato gastrointestinal, rins, brônquios, fígado, miométrio, baço, coração, sistema nervoso central, glândulas salivares e mamárias⁽²⁾. Estão presentes na mama como em qualquer outro local em que haja gordura^(3,4). Quando crescem exageradamente, podem ser considerados gigantes. Para que sejam diagnosticados na mama é preciso que sejam palpáveis e que exibam cápsula e septos fibrosos.

OBJETIVO

Ressaltar os aspectos clínicos, patológicos, diagnósticos e terapêuticos dos lipomas gigantes, tendo como base a apresentação de um caso clínico pouco freqüente de lipoma mamário, com evolução lenta, desde a adolescência, em uma paciente adulta jovem.

RELATO DO CASO

ECM, 30 anos, sexo feminino, branca, casada, administradora de empresas, residente no município do Rio de Janeiro.

A paciente apresentava desde a adolescência tumoração palpável, móvel, de consistência firme-elástica, indolor, localizada no pólo inferior da mama esquerda, medindo aproximadamente 15 cm de maior eixo. O constante crescimento levou à assimetria importante (Figs. 1a-c). O exame radiológico mamário revelou tumoração encapsulada, de contornos definidos e limites precisos, compatível com lipoma (Fig. 2). Foi feita a marcação em ambas as mamas segundo a técnica de mamoplastia de Pitanguy (Fig. 3). Indicada, foi realizada a ressecção do tumor, que à macroscopia consistia em tecido gorduroso, amarelado e brilhante, pesando 400 g e medindo 15 x 9,5 x 5 cm (Figs. 4a-e), tendo sido feita imediata reconstrução da mama esquerda, confeccionando-se retalho lateral de pedículo superior (Figs. 5a-b). A mama contralateral foi submetida à mamoplastia de equilíbrio (Fig. 6).

RESULTADOS

O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, evoluindo com ótima cicatrização da ferida operatória, obtendo-se correção da assimetria mamária e proporcionando conforto e grande satisfação à paciente, dado o excelente resultado estético (Figs. 7a-c).

DISCUSSÃO

Os lipomas acometem principalmente as mulheres, com história familiar positiva, sobretudo quando múltiplos, parecendo haver correlação entre o seu desenvolvimento e a obesidade. A maioria ocorre como tumor isolado ou em número limitado. Os lipomas subcutâneos freqüentemente são pequenos, medindo 1 a 4 cm de diâmetro, podendo ultrapassar 10 cm e pesando até 10 g⁽²⁾. Em raros casos os lipomas podem crescer exageradamente, produzindo sintomas.

Em 1894, Brandler⁽⁵⁾ descreveu o maior lipoma cutâneo, em um jovem adulto de 26 anos, localizado na região escapular esquerda, com 22,7 kg.

Não há normas para definir exatamente o tamanho do tumor para que possa ser considerado gigante. Apenas o peso não é suficiente para defini-lo, tendo em vista que a multiplicação das traves fibrosas em relação ao tecido adiposo aumenta a densidade do



Fig. 1a - Pré-operatório; vista frontal.



Fig. 1b - Pré-operatório; vista lateral esquerda.



Fig. 1c - Pré-operatório; vista lateral direita.

tumor, sem provocar mudanças sensíveis em seu tamanho⁽⁶⁾. Uma revisão de literatura sugere que lipomas gigantes meçam no mínimo 10 cm de diâmetro ou pesem pelo menos 1000 g⁽²⁾.

Considerado um dos mais inocentes tumores, raramente os lipomas causam sintomas. Entretanto, aqueles situados mais profundamente podem causar sintomas conseqüentes à pressão exercida em estruturas contíguas⁽⁷⁾. Os lipomas internos podem crescer amplamente antes de produzir sintomas – os quais se manifestam posteriormente através de dor abdominal, falência renal ou outras complicações sistêmicas – e sofrer transformação sarcomatosa. Em contraste, dificilmente lipomas cutâneos tornam-se lipossarcomas⁽⁸⁾.

Os lipomas cutâneos gigantes são primariamente problemas estéticos, que aparecem com maior freqüência na região cervical, tórax e membros inferiores (região inguinal e coxa). Podem ocasionalmente levar a limitações funcionais ou linfedema. Os sinais e sintomas derivam-se da proximidade com outras estruturas, como, por exemplo, nervos. Os lipomas raramente se calcificam e, quando isso ocorre, essa degeneração é conseqüência de infartos dos tumores de grande volume.

Não devem ser confundidos com as galactoceles ou com a esteatonecrose, que não apresentam septos fibrosos internos. O diagnóstico diferencial dos lipomas é realizado sobretudo com cistos (sebáceos, pilonidais e de inclusão), xantomias e lesões papulonodulares, como nódulos reumatóides e neuromas. Nos lipomas gigantes o principal diagnóstico diferencial é feito com tumores de partes moles (que acometem vasos, ner-

vos, tendões e músculos), além de tumores ósseos.

A transformação maligna é rara, devendo ser suspeita em tumores com crescimento rápido, recorrentes e com ulcerações da pele⁽⁹⁾. Quando há suspeita clínica de lipoma, exames de imagem auxiliam no diagnóstico, fornecendo informações adicionais. A ultrasonografia, a mamografia, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética revelam lesão compatível com lipoma⁽⁷⁾.

Entretanto, apenas o diagnóstico histopatológico é definitivo. Macroscopicamente, consiste em um tecido gorduroso amarelado, brilhante, separado por delgadas trabéculas fibrosas. A microscopia revela tecido adiposo maduro, sem atipia celular; apenas adipócitos perfeitamente desenvolvidos estão presentes. As células adiposas mostram-se idênticas à gordura normal, podendo estar misturadas ao tecido fibroso. Os elementos mesenquimais são encontrados com freqüência. Áreas de infarto, necrose, calcificação, metaplasia óssea ou cartilaginosa, ulceração da superfície, infecção e gangrena são alterações secundárias possíveis⁽²⁾.

O tratamento cirúrgico dos lipomas em geral é realizado sob anestesia local ou geral. A dissecação do tumor é facilitada devido à pressão exercida pelos tecidos circundantes, formando uma pseudocápsula bem definida. Usualmente não há sinais de recorrência após a cirurgia⁽⁷⁾.

O tratamento cirúrgico convencional é preferível, principalmente quando o lipoma infiltra o músculo ou envolve grandes vasos e nervos. Entretanto, a lipoaspiração tem sido relatada como outra forma de tratamento, removendo o tecido gorduroso. Grandes



Fig. 2 – Detalhe do exame radiológico exibindo tumoração encapsulada, de contornos definidos e limites precisos, sugestivo de lipoma.



Fig. 3 – Marcação pré-operatória segundo a técnica de mamoplastia de Pitanguy.



Fig. 4a - Intra-operatório; vista parcial do tumor.



Fig. 4b - Ressecção do tumor constituído por tecido gorduroso, amarelado e brilhante.



Fig. 4c - Ressecção do tumor constituído por tecido gorduroso, amarelado e brilhante.



Fig. 4d - Vista panorâmica demonstrando a retirada do extenso tumor.



Fig. 4e - Espaço resultante após a retirada do tumor.



Fig. 5a – Reconstrução da mama esquerda confeccionando-se retalho cirúrgico lateral de pedículo superior.



Fig. 7a – Pós-operatório de 1 ano; vista frontal. Ótima cicatrização da ferida operatória, com resultado satisfatório.



Fig. 5b – Reconstrução da mama esquerda confeccionando-se retalho cirúrgico lateral de pedículo superior.



Fig. 7b – Pós-operatório; vista lateral direita.



Fig. 6 – Pós-operatório imediato. Sutura final. A mama direita foi submetida à mamoplastia de equilíbrio.



Fig. 7c – Pós-operatório; vista lateral esquerda.

hematomas e recidivas causadas por remoção incompleta dos tumores são possíveis complicações de lipoaspiração⁽¹⁰⁾.

No caso apresentado foram indicadas e realizadas a ressecção do tumor e a imediata reconstrução da mama esquerda, confeccionando-se retalho lateral de pedículo superior, efetuando-se uma correção estética com o emprego da técnica de mamoplastia de Pitanguy. Após a extirpação do tumor da mama esquerda, a mama contralateral foi submetida à mamoplastia de equilíbrio.

Em 1961, Pitanguy descreveu a técnica de mamoplastia que se tornou uma das mais conhecidas, e que foi utilizada na realização da reconstrução do caso exposto. A avaliação e delimitação da área a ser ressecada é realizada individualmente em cada mama separadamente e depende de diversos fatores, como consistência glandular, volume e elasticidade da pele. Essa técnica mostra-se capaz de evitar o descolamento pele-glândula porque as medidas justas previamente calculadas dos três pedículos (mediana, superior e lateral) permitem o ajuste espontâneo dos bordos das incisões iniciais às suas posições finais com a mama em forma cônica⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

O lipoma gigante surge na mama do mesmo modo que pode aparecer em outros sítios do organismo, sendo considerado primariamente um problema estético e benigno. Em caso de suspeita clínica, exames radiológicos podem corroborar o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é definitivo e satisfatório quando bem realizado.

BIBLIOGRAFIA

1. Mescon H. Lipoma in clinical dermatology. *Clin Dermatol.* 1991; 4:1-2.
2. Juan R. *Surgical Pathology.* 1994; 2:1573-79.
3. Bloom RA, Gomori JM, Feelds SI, Katz E. Abdominal wall lipoma - CT and MRI appearance. *Compute Med Imaging Graf.* 1991; 15:37.
4. Ryndholm A, Berg HO. Size, site and clinical incidence of lipoma. *Acta Orthop Scand.* 1983; 54:929-34.
5. Brandler TI. Large Fibrolipoma. *Br Med J.* 1894; 1:574.
6. Sanchez MR. Giant lipoma - case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28:266-8.
7. Eli KH, et al. Giant lipomas. *Plast Reconstr Surg.* 1994; 94:369-71.
8. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors.* St. Louis: CV Mosby. 1988: 341-45.
9. Fleegler EJ. *Tumors of the Upper Extremity.* WC Grabb and JW Smith (Eds). *Plast Surg.* Boston:Little Brown; 1991. p. 983-4.
10. Lewis CM. Treatment of large lipoma of the back. Hetter GP ed. *Lipoplasty: the theory and practice of blunt suction lipectomy.* Boston:Little Brown; 1984. p. 128-41.
11. Pitanguy I. Mammoplastia, Estudo de 245 casos consecutivos de mamoplastia e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961; 42:201-20.