

**NORBERTO REGO CANHA**

Prof. Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra  
Director do Serviço de Orto-Traumatologia dos H. U. C.

**ACHADOS LINFANGIOGRÁFICOS DA MAMA**

**Displasia linfática primitiva da mama**

**COIMBRA**  
1977

## Secção Doutrinal

### ACHADOS LINFANGIOGRÁFICOS DA MAMA

#### DISPLASIA LINFÁTICA PRIMITIVA DA MAMA

POR

NORBERTO REGO CANHA

Prof. Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra

Director do Serviço de Orto-Traumatologia dos H. U. C.

Antes de apresentarmos a história clínica da doente que nos levou a descrever a displasia linfática primitiva da mama faremos uma rápida revisão da circulação linfática do seio.

Existem no seio dois sistemas linfáticos principais, sendo um superficial e outro profundo.

O *sistema linfático profundo* inicia-se por uma delicada rede linfática, à volta dos lobos mamários, seguindo muitos dos colectores linfáticos os galactóforos até ao mamilo, esvaziando-se aqui no plexo linfático sub-areolar. Deste plexo partem dois troncos principais; o tronco externo, que tem a seu cargo a drenagem da metade superior da mama, e o tronco interno que drena a metade inferior do seio. Estes troncos, depois de contornarem o bordo inferior do grande peitoral, vão terminar nos gânglios axilares.

Como vias acessórias dos linfáticos profundos temos a via trans-peitoral a retro-peitoral e o sistema colector dos gânglios mamários internos. A trans-peitoral reúne os linfáticos do tecido areolar retro-mamário, segue o ramo peitoral da artéria toraco-branqueal e esvazia-se, finalmente, nos gânglios supra-claviculares ou axilares.

A via retro-peitoral, constituída por 2 ou 3 troncos linfáticos existente em 35% dos indivíduos de acordo com Monard citado por Haagen-sen, drena a porção interna e superior da mama, contorna o bordo do grande peitoral e lança-se no grupo ganglionar infra-clavicular.

O sistema colector linfático dos gânglios mamários internos drena a porção interna da mama, perfura o músculo peitoral juntamente com os vasos perfurantes antes de se lançar neste grupo ganglionar.

O sistema *linfático superficial* (linfáticos cutâneos) da pele que recobre a mama distribui-se em dois planos, dérmico e subdérmico, e esvazia-se no plexo linfático sub-aréolar. Anastomosa-se livremente com os linfáticos cutâneos da pele continua, do abdomen, pescoço, região mamária oposta, etc.

H. C. — T. M., 16 anos de idade, solteira, raça negra, desde os 13 anos de idade começou a ter aumento de volume dos seios, situação que se mantém até ao presente. Esporadicamente, nos períodos menstruais, sensação de turgescência dolorosa das mamas.

Trata-se de uma doente em que há correspondência entre a idade real e a aparente, com distribuição harmoniosa de gordura e dos pêlos, sem proeminência abdominal e de estatura normal para a sua raça.

Seios simétricos, uniformes, volumosos, ptosados, atingindo na posição erecta as cristas ilíacas, de consistência firme, não se tendo encontrado à palpação massas anormais ou zonas com diferença de consistência. A pele que recobre o seio pode-se dividir em duas zonas principais e concêntricas. Uma periférica, englobando aproximadamente metade da mama em que a pele é lisa, móvel, com excelente elasticidade, sulcada de veias e não se tornando aparente à plicatura transversal a pele em epicarpo de laranja. Outra, central, englobando o resto do seio e a região auréolo-mamilar, onde, à medida que caminhamos para o mamilo, a pele vai perdendo a sua mobilidade e elasticidade, desaparecendo o relevo das veias e é cada vez mais aparente, à simples inspecção, a pele em epicarpo de laranja.

Finalmente a região aréolo-mamilar aumentada proporcionalmente às dimensões dos seios, onde a pele tem vincadamente o aspecto em epicarpo de laranja, facto que se torna mais saliente à plicatura transversal, manobra de difícil execução devido às aderências estabelecidas com os tecidos infrajacentes. O mamilo era plano, ligeiramente umbilicado no centro, ao mesmo nível da auréola não sendo possível deslocá-lo par diante por aderências aos planos profundos. À expressão e compressão não havia saída de corrimento, contribuindo apenas esta manobra para a invaginação do mamilo. Boa mobilidade do seio em todas as direcções. Ausência de dor espontânea e provocada e de aumento de temperatura local. Não se observam adenopatias axilares, infra ou supraclaviculares. Os membros superiores tinham forma e volume normais e não havia edema clinicamente evidenciável.

O exame ginecológico efectuado em clínica especializada foi negativo.

No seu passado, embora o interrogatório fosse minucioso, não foi possível encontrar crises febris, periódicas, acompanhadas de dores na mama ou axilares, que pudessem ser atribuídas a surtos de linfagite, mamite ou adenite.

Dos exames efectuados há a salientar:

- a pesquisa de microfilárias no sangue circulante negativa, embora se tivesse efectuado de dia e de noite, por diversas vezes;
- no leucograma com 6 800 glóbulos brancos, 43 linfócitos e 2 eosinófilos;
- velocidade de sedimentação de 36 mm, na 1.<sup>a</sup> hora;
- exame radiológico do crânio não mostrou alterações da calote nem da cela turca;
- pesquisas de ovos e parasitas nas fezes negativa;
- dosagem de pregnandiol na urina das 24 h, pelo método de Brown, (1 500 cc) 0,8 mg/24 h;
- dosagem dos 17 cetosteroides urinários, pelo método de DREKTER 4 mg/24 h.

A doente vivia amargurada com o tamanho dos seios e começou a queixar-se de dorsalgias, pelo que nos decidimos a intervir cirurgicamente uma vez que nos pareceu estarmos na presença duma hipertrofia mamária juvenil onde, o tratamento médico, é, quando resulta, pouco mais que inoperante.

Assim, procedeu-se a recessão plástica do seio esquerdo pelo método dos dois retalhos com transposição do mamilo. Surpreendeu-nos, durante o acto operatorio, o aspecto lardáceo do tecido mamário e a linforragia profusa. No pós-operatorio, logo que se retirou a aspiração contínua a exsudação da cicatriz foi abundante de tal forma que a cicatrização que se processava em boas condições, agravou-se subitamente levando a deiscência da sutura e obrigando a uma reintervenção tardia com avivamento dos bordos da ferida e manutenção prolongada da aspiração. O exame anátomo-patológico efectuado concluiu tratar-se de hipertrofia mamária virginal ou juvenil.

A intervenção do 2.º seio efectuou-se algum tempo depois (Fig. 1) tendo nós como preocupação dominante impedir a hemorragia, com uma hemostase minuciosa, uma vez que tínhamos sido informados pelo Centro de Transfusão que as suas reservas se encontravam praticamente esgotadas.

A intervenção projectada — plastia modelante do seio pelo método dos dois retalhos com transposição do mamilo — iniciou-se, pelo retalho superior, com uma incisão pouco profunda de forma a visualizar, isolar e laquear as veias antes da sua secção. Qual não foi a nossa surpresa quando junto à primeira veia que se apresentou no corte, deparámos (Fig. 2) com uma estrutura canalicular de cor amarelada-palha sinuosa, com todas as características de um tronco linfático varicoso. Procedemos ao cateterismo seguido de linfografia com contraste hidrossolúvel para facilitar a injeção e prevenir a possibilidade de qualquer embolia gordá, fatal, se o exame fosse realizado com o lipiodol ultra-fluido. O exame radiográfico (Fig. 3 e 4) efectuado no bloco operatorio com aparelho portátil não foi da melhor qualidade, mas serviu, no entanto, para mostrar que um dos troncos linfáticos estava extraordinariamente dilatado, varicoso e interrompido na axilla.

No prosseguimento da intervenção cirúrgica depararam-se-nos como factos dignos de nota:

- Os linfáticos dos espaços interlobares eram sinuosos, volumosos e varicosos (Fig. 5).
- A existência de uma conduta linfática, sub-aréolar, circular, permitindo a introdução da polpa do anelar (Fig. 6).
- Desta conduta partiam 5 orifícios, tantos como os lobos mamários que se dirigiam para os espaços interlobares, onde se perdiam e cujas dimensões podem ser facilmente apreciadas na figura.

— Duma das condutas linfáticas (Fig. 7) colheram-se passivamente, 100 cc de linfa em menos de 5 minutos. O exame bioquímico mostrou a seguinte composição:

Proteínas totais . . . . .	3,1 g%, sendo:
Albumina .← . . . . .	66%
Globulinas $\alpha_1$ . . . . .	3%
Globulinas $\alpha_2$ . . . . .	5%
Globulinas $\beta$ . . . . .	9%
Globulinas $\gamma$ . . . . .	17%

O doseamento das proteínas totais no soro, mostrou na mesma data, 7,2 g%.

— Tanto o tecido glandular como o próprio tecido subcutâneo tinham um aspecto lardáceo, semelhante ao habitualmente encontrado nos linfodemas por nós operados.

— Quistos de chocolate e serosos, múltiplos, com dimensões variáveis, tendo os maiores 1 cm. de diâmetro.

— A linforragia foi sempre abundantíssima durante o acto operatorio.

Em resumo, encontramos:

- Pele da mama com uma zona excêntrica de consistência normal e uma central de consistência dura;
- Linfáticos subcutâneos satélites das veias muito distendidos;
- Linfáticos dos espaços interlobares, múltiplos, sinuosos e aumentados de volume;
- Conduta linfática circular, sub-aréolar;
- Canais linfáticos radiários, dirigindo-se para os espaços interlobares;
- Bloqueio do tronco linfático cateterizado, cujo trajecto se dirige para a região axilar.

Estabelecendo comparação com o sistema linfático do seio normal poderemos encontrar a seguinte correspondência:

A pele com dualidade de consistência: a zona periférica, de consistência mole porque possui linfáticos superficiais que se anastomosam e drenam para as redes linfáticas normais, dérmicas e subdérmicas da pele da vizinhança do seio, enquanto que a zona central, dura,

drena para os linfáticos sub-aréolares (central linfática do seio), sede da linfopatia.

— A conduta sub-aréolar aos linfáticos sub-aréolares onde terminam a maioria dos linfáticos profundos e superficiais do seio e onde se iniciam os troncos mamários principais externo e interno;

— O tronco axilar visualizado linfograficamente, a um dos troncos mamários principais ou um dos seus ramos;

— Os troncos interlobares aos linfáticos que drenam o tecido glandular.

Em suma, estamos em presença dum sistema linfático encarregado da drenagem da maior parte da linfa profunda, glandular, e superficial, cutânea, centrípeta e centrífuga com a região sub-aréolar (central linfática do seio) totalmente alterada, com manifestações objectivas e linfográficas equivalentes às encontradas em certas displasias linfáticas, como na doença de Milroy.

A anatomopatologia de novo afirma o diagnóstico de hipertrofia mamária juvenil enquanto que o exame histológico, «Fig. 8» mostra grande distensão dos capilares linfáticos.

Uma vez que o exame parasitológico, a simetria dos seios, o estado ginecológico e hormonal e o exame clínico excluem a hipótese parasitológica (filariose linfática) e a responsabilidade hormonal, cremos estar na presença duma entidade nova — *displasia linfática primitiva do seio*.

Assim o excelente quadro de classificação de displasias apresentado por Gros, encontrar-se-ia mais enriquecido com a descrição duma displasia de tipo linfático, nele não considerado.

Em conclusão: parece-nos poder afirmar que, nesta hipertrofia mamária virginal, a displasia linfática é o factor dominante; trata-se, conseqüentemente duma displasia linfática primitiva do seio.

## RESUMO

O A. apresenta um caso de hipertrofia mamária virginal ou juvenil em que encontrou, no decurso da intervenção cirúrgica:

- hiperplasia e obliteração linfática;
- distensão apreciável dos troncos e capilares linfáticos;
- linforragia e edema mamário intersticial.

Estabelece paralelo com o encontrado em situações de linfopatia como na doença de Milroy propondo, que esta situação de hipertrofia mamária juvenil (que julga não ter sido ainda descrita) em que existe acentuada displasia linfática, seja designada por displasia (distrofia) linfática primitiva da mama, podendo então completar-se o quadro de displasias (distrofias) da mama, apresentado por Gros, em que esta situação não era contemplada.

## SUMMARY

The author presents a case of juvenile or virginal mammary hypertrophy, in which, during surgical intervention, was detected:

- hyperplasia and lymphatic obliteration;
- noticeable distention of lymphatic trunks and capillaries;
- lymphorrhage and mammary interstitial edema;

The author lays a parallel with the situations of other lymphopaties, such as in Milroy disease, and proposes, that this case of juvenile mammary hypertrophy, (which as he believes has not been yet described), in which there exists an accentuated lymphatic dysplasia (dystrophy), can be added to the panel of mammary dysplasias (dystrophies) presented by Gross, in which this particular situation was not considered.

## BIBLIOGRAFIA

Gros (CH.) — «Les Maladies du Sein», p. 49-51, Masson et Cie, Editeurs, 1963.



FIG. 1

Doente na mesa operatória; aspecto do seio não operado

The patient on the operation table; picture of unoperated breast

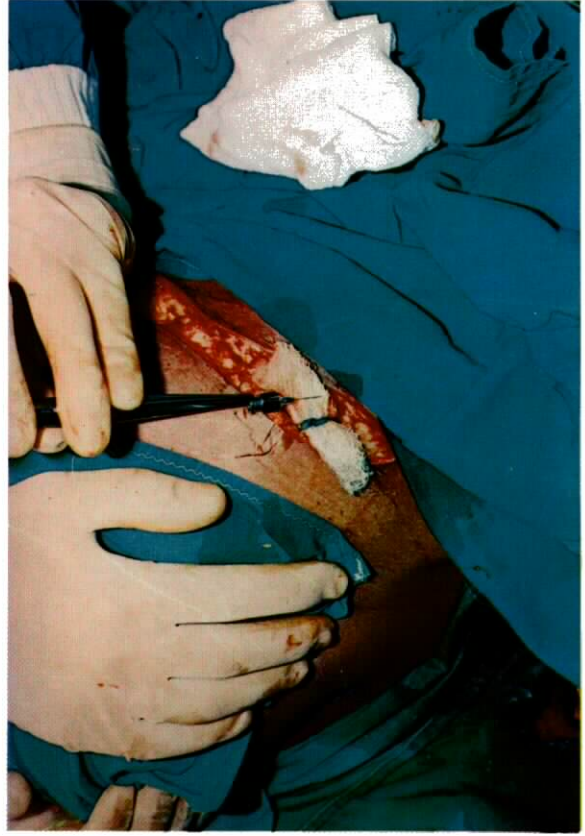


FIG. 2

Incisão cutânea, vendo-se ao lado duma das veias subcutâneas um tronco linfático distendido (compare-se com o tamanho da agulha n.º 40)

Cutaneous incision showing close to one of the subcutaneous veins one distended



FIG. 3

Radiografia, per-operatória, mostrando o tronco linfático cateterizado, hiperdistendido e obliterado ao dirigir-se para a axilla

Per-operative X. R., showing the lymphatic trunk tapped with a catheter, hiperdistended and obliterated, towards the axilla



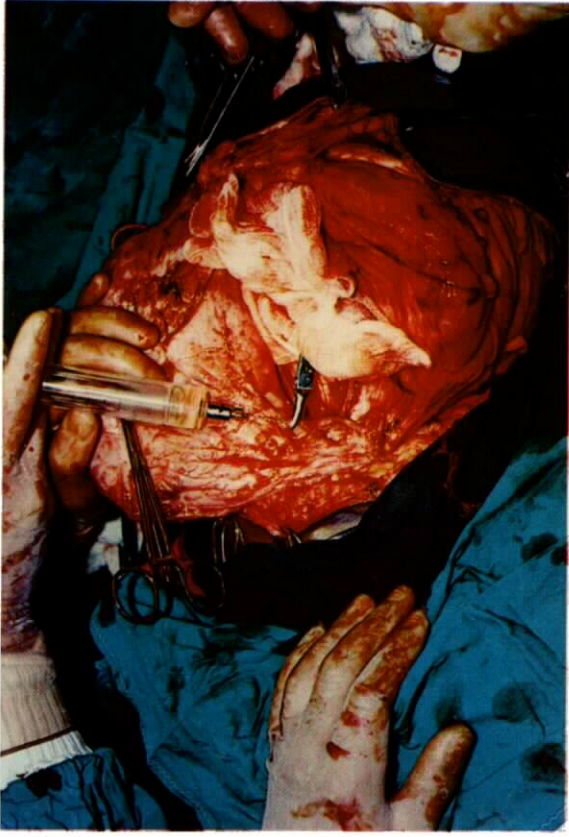


FIG. 5

Colheita de linfa dum dos linfáticos interlobares

Collecting lymphfluid from one of interlobular lymphatic vessels



FIG. 6

Conduta linfática (central linfática do seio) sub-areolar e troncos radiários permitindo a introdução da polpa dum dedo

Lymphatic subareolar drain (lymphatic main station of the breast) ans

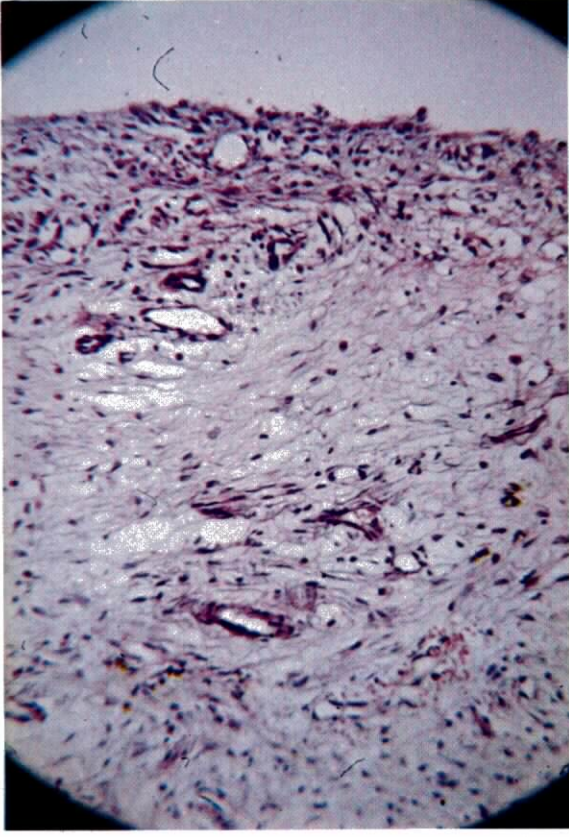


FIG. 7

Aspecto histológico da mama com distensão dos vasos linfáticos

Histological picture of the breast showing the distention of lymphatic vessels



FIG. 8

Mama após recessão e sutura

Donat após recessão and suturing

Separata da *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia*  
Volume VIII — N.º 4  
Julho-Agosto — 1977