

# Abscesso Subareolar: Sugestão de Nova Técnica Cirúrgica

UNITERMOS

Matite; Abscesso de mama; Mamiloplastia

NILTON LEITE XAVIER\*

## SINOPSE

*É apresentada uma técnica original para a cura do abscesso subareolar crônico recidivante, com dupla incisão do mamilo e exereses da fistula com o sistema ductal principal, seguido de mamiloplastia. São discutidas as técnicas mais usuais e a patogenia desta afecção, justificando o nosso procedimento.*

## INTRODUÇÃO

O abscesso subareolar, reconhecido como fístula do mamilo com drenagem para a junção periférica da aréola por Atkins em sua publicação de 1955 (1), tem merecido pouco interesse.

Esta patologia pela sua evolução crônica e freqüente recorrência tem sido denominada de abscesso subareolar crônico recidivante. Na sua história natural nota-se que o processo inicia como área localizada de inflamação da região subareolar que evolui para pequeno abscesso. Os antibióticos têm pouco êxito. Quando já não se deu a drenagem espontânea a incisão é realizada junto da linha periareolar. O pertuito de drenagem geralmente cicatriza passado a fase aguda. Mais tarde, em tempo variável, de dias a anos, volta a agudizar e o ciclo se repete (4). A recidiva cirúrgica é freqüente por causa da ressecção inadequada da área comprometida.

Deste abscesso, poucas vezes associado com a gestação ou puerpério, ao contrário do abscesso comum, têm sido isolados germes anaeróbicos na maioria das vezes (2, 6, 10), o que indica uma terapêutica antimicrobiana para anaeróbico, sob pena de não se obter resposta adequada.

Seu tratamento cirúrgico vai desde a simples drenagem, na fase aguda, até a mastectomia (10), sem dúvida desnecessária, todavia reflete a angústia que as recidivas geram, após frustradas tentativas cirúrgicas.

Temos verificado que embora a inversão do mamilo ocorra em menos da metade dos casos a verdade é que graus mínimos de retração do mamilo é a regra. Para Caceres (3) este é um fator etiológico importante. Procurando associar a cura da patologia com um bom resultado estético do mamilo estamos propondo uma modificação técnica da abordagem cirúrgica desses casos.

## Técnica Cirúrgica — Sistematização

1. Marcar a incisão com as seguintes características (Fig. 1):

- a) traçar duas linhas paralelas, no mamilo, no sentido do maior eixo da parte retraída ou no sentido do abscesso;
- b) prolongar as duas linhas na direção oposta ao do orifício do abscesso aproximando-as, sem ultrapassar a borda da aréola no se ponto de união;
- c) prolongar as duas linhas, agora na direção do pertuito do abscesso, circunscrevendo-o num retalho navicular de pele.

\* Prof. Assistente do DGO da UFRGS

Endereço para separatas: Rua João Paetzel, 551 - 91.330 - PORTO ALEGRE - RS

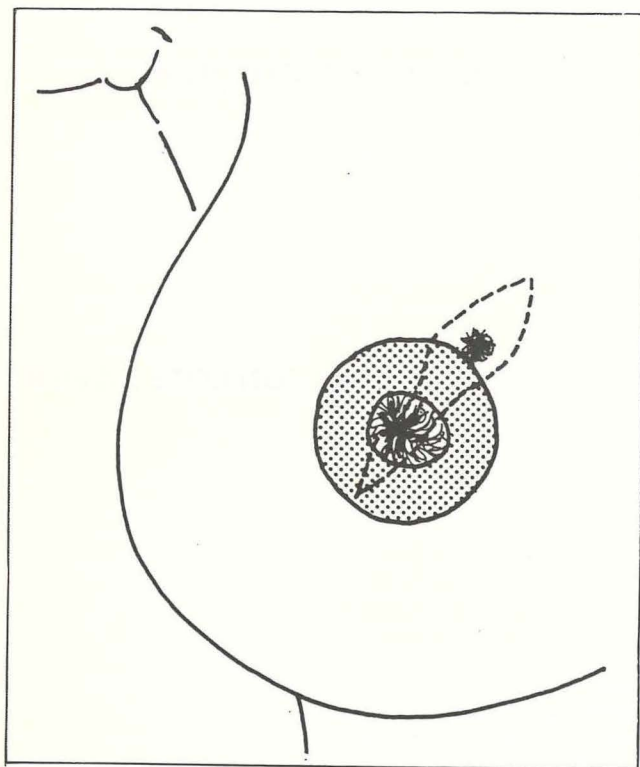


Fig. 1 - Incisão tam. dupla incluindo retração do mamilo.

2. Iniciar pelo mamilo a dupla incisão transareolo-mamilar (TAM dupla) e depois o restante, seguindo a marcação prévia.
3. Após incisar o mamilo, aprofundar e lateralizar a incisão de modo a retirar, na zona do mamilo, os ductos principais até uma profundidade de 3 a 5 cm na dependência do aspecto local.
4. Junto com o retalho de pele, em torno do abscesso, retirar toda a zona de fibrose em monobloco com o trajeto fistuloso (Fig. 2).

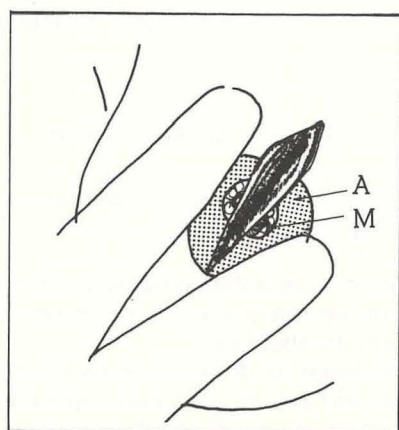


Fig. 2 - Aspecto após retirada da peça em monobloco.  
A = Aréola  
M = Mamilo

5. Realizar Hemostasia cuidadosa com eletrocautério.
6. A aproximação do tecido mamário é realizada a partir da profundidade, de modo a everter o mamilo, com catgut simples 00 (Fig. 3).
7. Colocar dreno tubular plástico n.º 6 ou 8, tipo sonda vesical, que passa por baixo do tecido mamário e sai no ângulo da ferida operatória, junto do antigo abscesso. Sempre há drenagem de secreção sero-sangüínea (Fig. 4).
8. Realizar a síntese da pele com mononylon 0000 (Fig. 5).
9. Proteger a ferida com gaze esterilizada.

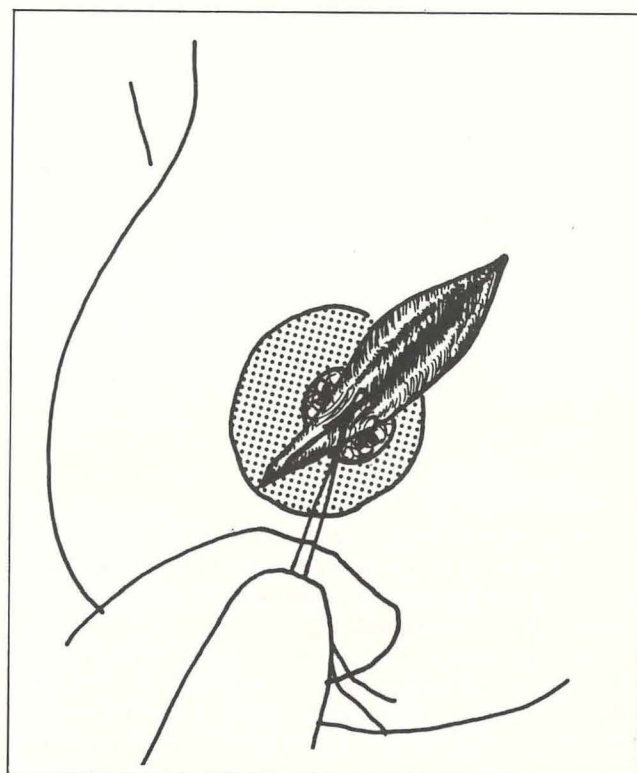


Fig. 3 - Aproximação a partir da profundidade.

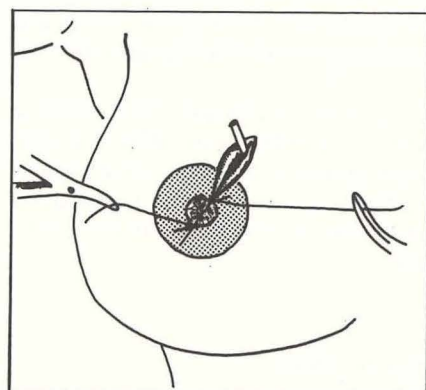


Fig. 4 - Primeiros pontos junto do mamilo já sem inversão.

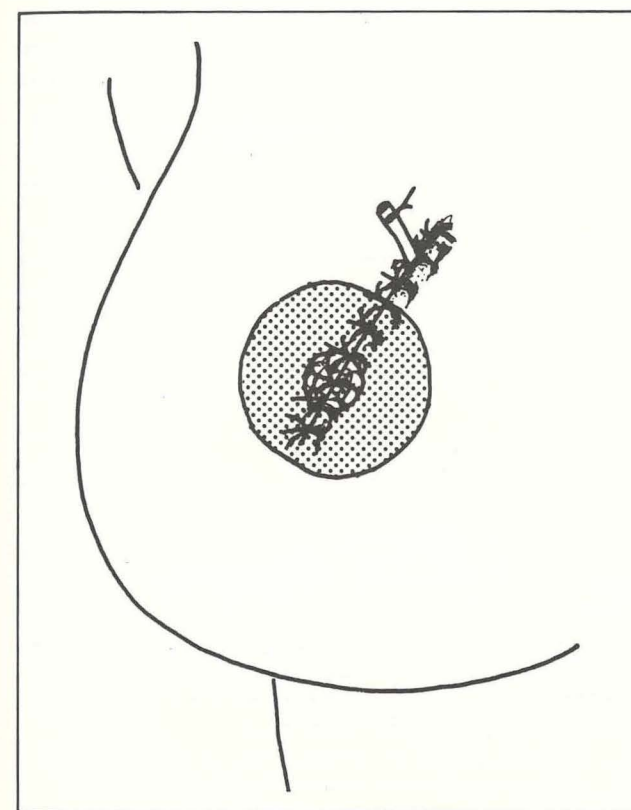


Fig. 5 - Síntese e dreno junto ao ângulo externo.

Se houver dois pertuitos de drenagem a incisão, TAM dupla, se fará no sentido mais conveniente para que atinja os dois lugares e sejam removidos juntos.

O dreno será retirado em 24 a 48 horas e, os pontos, em torno de oito dias. A paciente é submetida a antibioticoterapia durante 10 dias e o início do tratamento já precede a cirurgia em dois dias. O esquema utilizado é a associação de 500 mg de ampicilina de 6/6 h e 250 mg de metronidazol de 8/8 h. Isso se justifica pelo fato de que os anaeróbios estão presentes em dois terços dos casos e é um tecido potencialmente infectado, mesmo na fase quiescente.

## DISCUSSÃO

Atkins trata abrindo o trajeto fistuloso, a partir do ponto de drenagem, e inclui o ducto comprometido. Após abrir faz eletrocauterização do leito e deixa a cicatrização se processar com a ferida aberta (1). Os seus resultados são bons, porém ocorre retração cicatricial.

Em virtude da recidiva, bastante freqüente, Urban preconiza a retirada parcial ou total do mamilo junto com o sistema ductal principal. É uma cirurgia que, embora conservando a mama, representa-se bastante radical em relação ao mamilo. A aproximação do tecido mamário é realizada e também o fechamento da pele. Deixa dreno tipo Penrose (11). Menke e col. (8) realizam exeresse do sistema ductal e do mamilo e areolo-

plastia à Golden.

Atkins considera que na etiologia a obstrução dos ductos concorre para que a drenagem se faça justa areolar e que isso seria mais freqüente no mamilo invertido ou associado à gestação (1, 11).

Patey e Thackray (9) no seu clássico estudo da patogenia da fistula do ducto mamário concluíram, através dos estudos histológicos, que esta condição estava associada com metaplasia escamosa dos ductos afetados, enquanto que os ductos normais continuavam com suas duas camadas de células, a interna com epitélio colunar e a outra constituída de mioepitélio achatado. Em poucos casos a presença de glândulas sebáceas, drenando para os ductos normais, aponta para uma anormalidade congênita, todavia na maioria dos casos a evidência é contra essa possibilidade. Relatam que o epitélio escamoso acompanha todo o trajeto do ducto até o vestígio da zona de granulação da fístula junto da pele. Parte do ducto pode estar com epitélio escamoso e parte substituído por uma coluna de tecido de granulação. É um achado constante a presença de lâminas de queratina que obstruem parte ou todo o lúmen dos ductos. Ramos laterais dos ductos podem mostrar, distalmente, metaplasia escamosa e eventualmente uma passagem abrupta para epitélio normal. Em virtude desses achados preconizam a excisão de toda a fistula e do ducto envolvido, até junto do mamilo ou mesmo incluindo pequena porção de pele do mamilo.

Possivelmente baseados nos achados e nas idéias defendidas por Patey e Thackray e Maier e col. preconizaram a retirada da porção da aréola em correspondência com o trajeto da fístula e de pequena cunha do mamilo para incluir o ducto(s) comprometido(s) e as glândulas subepidérmicas da aréola da região comprometida (9), dois de seus 21 casos necessitaram uma segunda cirurgia e o resultado estético, exceto um caso, foi bom.

Vários autores preconizam, com pequenas variações de técnica, a retirada de porção de pele, em torno do orifício da fístula, e a abordagem da base do mamilo com estirpação do ducto(s) comprometido(s) junto com a área da fístula e o tecido fibrosado em torno (2, 3, 4, 5, 6, 10), como fechamento da ferida operatória por segunda intenção. Esta cirurgia depende da experiência e habilidade em reconhecer o tecido envolvido e por isso a recidiva ocorre muitas vezes. Na dúvida Haagensen (4) recomenda a remoção da maioria dos ductos lactíferos.

Como ponto comum todas as cirurgias se propõem a remover o ducto comprometido e Maier e col. tentam a remoção da porção intra-mamilar do ducto com uma incisão conservadora e fecham a ferida deixando dreno rígido tubular. O seu sistema de drenagem foi aproveitado na nossa técnica.

Resta ainda esclarecer se a metaplasia escamosa dos ductos precede ao abscesso ou se é uma consequência (1).

Em virtude desses fatos concluímos que a remoção completa do ducto ou ductos comprometidos se-

ria a solução dessa patologia que, embora auto-limitada, molesta bastante. Com a técnica proposta qualquer cirurgião, sem depender da habilidade em distinguir quais os ductos envolvidos, poderá obter êxito já que todo o sistema ductal é removido, junto com o tra-

jeto da fístula. O único óbice a esta cirurgia é a amamentação que fica contra-indicada no seio operado. Para as pacientes jovens a técnica de Maier e col. seria uma alternativa.

## SUMMARY

Original technique for cure of periareolar breast abscess is presented with double mammillary incision

and excision of the sinus tract with major duct system. Nipple surgery is realized for the inverted nipple. Pathogenesis of this entity and usuals surgeries are discussed.

## BIBLIOGRAFIA

1. ATKINS, HJB. Mammillary fistula. *Brit. Med. J.*, 2:1473-4, 1955.
2. BENSON, EA. Breast abscess and breast cysts. *The Practitioner*, 226: 1397-401, aug. 1982.
3. CÁCERES, E. & LÉON, LA. Processos Infecciosos das mama. In: J.A. PINOTTI. *Terapêutica em Mastologia*. 1.ª Ed. Manole, 231-36, 1983.
4. HAAGENSEN, CD. In *Diseases of the breast*. 3.ª, W.B. Saunders Company, 1986, p. 385-88.
5. HATSCHBACH, SB. Enfermidades Inflamatórias da Mama. In: A.F. MONTOR, *Mastologia*, 1.ª, 1984, Sarvier Editora, 73-76.
6. LEACH, RD. et alii. Anaerobia subareolar breast abscess. *Lancet*, 35-37, jan. 1979.
7. MAIER, WP. et alii. Periareolar abscess in the nonlactating breast. *The Am. J. Surg.*, 144: 259-61, sept. 1982.
8. MENKE, CH. et alii. Tratamento do abscesso subareolar crônico recidivante por ressecção do sistema ductal terminal e areoloplastia. *J. Bras. Ginec.*, 96(10):503-6, 1986.
9. PATEY, DH. & THACKRAY, AC. Pathology and treatment of mammary duct fistula. *Lancet*, 871-3, 1950.
10. SCHWARTZ, GF. Benign neoplasm and "inflammations" of the breast. *Obst. Gynecol.*, 25 (2):373-85, 1982.
11. URBAN, JA. Excision of the major duct system of the breast. *Cancer*, 16 (4): 516-20, 1963.

ria a solução dessa patologia que, embora auto-limitada, molesta bastante. Com a técnica proposta qualquer cirurgião, sem depender da habilidade em distinguir quais os ductos envolvidos, poderá obter êxito já que todo o sistema ductal é removido, junto com o tra-

jeto da fístula. O único óbice a esta cirurgia é a amamentação que fica contra-indicada no seio operado. Para as pacientes jovens a técnica de Maier e col. seria uma alternativa.

#### SUMMARY

Original technique for cure of periareolar breast abscess is presented with double mammary incision

and excision of the sinus tract with major duct system. Nipple surgery is realized for the inverted nipple. Pathogenesis of this entity and usuals surgeries are discussed.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ATKINS, HJB. Mammary fistula. *Brit. Med. J.*, 2:1473-4, 1955.
2. BENSON, EA. Breast abscess and breast cysts. *The Practitioner*, 226: 1397-401, aug. 1982.
3. CÁCERES, E. & LÉON, LA. Processos Infeciosos das mama. In: J.A. PINOTTI. *Terapêutica em Mastologia*. 1.ª Ed. Manole, 231-36, 1983.
4. HAAGENSEN, CD. *In Diseases of the breast*. 3.ª, W.B. Saunders Company, 1986, p. 385-88.
5. HATSCHBACH, SB. *Enfermidades Inflamatórias da Mama*. In: A.F. MONTOR, *Mastologia*, 1.ª, 1984, Sarvier Editora, 73-76.
6. LEACH, RD. et alii. Anaerobia subareolar breast abscess. *Lancet*, 35-37, jan. 1979.
7. MAIER, WP. et alii. Periareolar abscess in the nonlactating breast. *The Am. J. Surg.*, 144: 259-61, sept. 1982.
8. MENKE, CH. et alii. Tratamento do abscesso subareolar crônico recidivante por ressecção do sistema ductal terminal e areoloplastia. *J. Bras. Ginec.*, 96(10):503-6, 1986.
9. PATEY, DH. & THACKRAY, AC. Pathology and treatment of mammary duct fistula. *Lancet*, 871-3, 1950.
10. SCHWARTZ, GF. Benign neoplasm and "inflammations" of the breast. *Obst. Gynecol.*, 25 (2):373-85, 1982.
11. URBAN, JA. Excision of the major duct system of the breast. *Cancer*, 16 (4): 516-20, 1963.