

Polimastia Axilar Bilateral - Caso clínico

Bilateral Axillary Polymastia - Clinical Case

Joana Duarte Teixeira¹, Marta Mendonça¹

¹ USF do Villa, São Braz de Alportel

jnteixeira@ulsalg.min-saude.pt

Resumo

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 25 anos, com antecedentes de hipertiroidismo subclínico, anemia ferropénica crónica e ansiedade, acompanhada durante a sua primeira gravidez. Durante a gestação foi identificado tecido mamário acessório axilar bilateral, benigno, confirmado por ecografia mamária (BI-RADS 1). A gravidez decorreu de forma globalmente estável, com episódios ocasionais de desconforto, fadiga e contrações de Braxton Hicks no terceiro trimestre. Às 37 semanas e 3 dias ocorreu rotura de membranas complicada por prolapso de cordão umbilical, motivando cesariana emergente por sofrimento fetal. O recém-nascido, do sexo masculino, nasceu com 2770 g e Apgar 10/10. No puerpério imediato a mãe optou por inibição da lactação com cabergolina, devido ao aumento volumétrico e sintomático das glândulas mamárias ectópicas. O caso ilustra a importância da monitorização integrada de condições pré-existentes, da investigação adequada de achados clínicos pouco comuns e da atuação obstétrica rápida em emergências

Abstract

We report the case of a 25-year-old woman with a history of subclinical hyperthyroidism, chronic iron deficiency anemia, and anxiety, followed throughout her first pregnancy. During gestation, bilateral axillary accessory breast tissue was detected and confirmed by breast ultrasound (BI-RADS 1). Pregnancy was globally uneventful, with occasional discomfort, fatigue, and Braxton Hicks contractions in the third trimester. At 37+3 weeks, premature rupture of membranes complicated by umbilical cord prolapse led to an emergent cesarean section for fetal distress. The male newborn weighed 2770 g with an Apgar score of 10/10. In the early postpartum period, the mother opted for lactation inhibition with cabergoline due to symptomatic enlargement of accessory breast tissue. This case highlights the importance of integrated monitoring of pre-existing conditions, proper investigation of uncommon clinical findings, and prompt obstetric intervention in emergencies.

Palavras Chave:
gravidez; hipertiroidismo subclínico; anemia ferropénica; glândula mamária acessória; prolapso do cordão umbilical; cesariana emergente.

Keywords:
pregnancy; subclinical hyperthyroidism; iron deficiency anemia; accessory breast tissue; umbilical cord prolapse; emergent cesarean section.

Introdução

O tecido mamário acessório está presente no momento do nascimento em 1% da população (homens e mulheres).¹ A terminologia para tecido mamário acessório depende do tipo de tecido presente. Polimastia refere-se à presença de qualquer tecido mamário acessório, sendo o local mais comum para polimastia a axila inferior.² Estudos mostram que a tumefação axilar em crianças e adolescentes é normalmente causada por linfadenopatia. No entanto, em casos raros, pode ser provocada por tecido mamário ectópico (TME) — tecido mamário localizado fora da mama, mais comum nas axilas.³

A excisão cirúrgica da polimastia também pode ser necessária para prevenir inchaço doloroso durante a gravidez (1) e/ou o raro desenvolvimento de fibroadenoma ou tumor no tecido mamário acessório.⁴⁻⁷

A gravidez em mulheres jovens pode apresentar desafios adicionais quando coexistem condições médicas prévias, ainda que subclínicas. O hipertiroidismo subclínico e a anemia ferropénica são condições frequentes, mas que exigem vigilância especial durante a gestação.⁸⁻¹¹ Além disso, alterações anatómicas raras, como a presença de glândulas mamárias acessórias, podem gerar preocupação diagnóstica e impacto sintomático no decorrer da gravidez.⁹

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico que integra todas estas particularidades, com especial enfoque na importância do seguimento multidisciplinar e da atuação rápida em contexto de emergência obstétrica¹⁰ e na gestão de alterações anatómicas raras, como a presença de glândulas mamárias acessórias.

Caso Clínico

Apresentamos uma utente do sexo feminino de 25 anos de idade, com antecedentes pessoais de anemia ferropénica desde infância, hipertiroidismo subclínico (2021) e ansiedade, sem medicação habitual à exceção da contraceção oral prévia realizada previamente à gravidez atual. Como antecedentes familiares relevantes relata um irmão com cardiopatia. Acompanhada por gravidez não planeada, mas desejada (DUM: 08/12/2024), com seguimento regular nos cuidados de saúde primários em saúde materna. Realiza suplementação com ácido fólico e multivitamínico. A gravidez foi de baixo risco, tendo apresentado no 2o trimestre uma ecografia morfológica normal com apresentação de genitais masculinos e placenta posterior baixa. Surge, entretanto, com queixas de tumefação axilar bilateral que justificaram a realização de ecografia mamária e axilar que revelou tecido mamário ectópico bilateral (BIRADS 1, sem sinais suspeitos).

Durante o 3o trimestre relata cansaço, contrações de Braxton Hicks e edema vespertino; feto em apresentação cefálica e vitalidade preservada. Nesta



Figure 1. A an antero-posterior chest X-ray: Apical condensation in the right upper lobe, with bilateral diffuse infiltrate and marked para-hilar reinforcement. B and C Chest CT-scan: Consolidation of the right upper lobe, with air bronchogram inside. Marked densification of the surrounding pulmonary interstitium, in addition to fluid and exudative alveolar infiltrates, outlining a peripheral and subpleural consolidation in the left upper lobe.

fase a utente dá a conhecer a sua vontade de fazer inibição da lactação imediatamente ao pós-parto. O parto acontece às 37s3d (27/08/2025) por cesariana emergente devido a prolapso do cordão. O recém-nascido é do sexo masculino, PN 2770 g, Apgar 10/10. No 5o dia pós-cesariana pela presença de glândula mamária acessória axilar bilateral a doente solicitou e foi realizada a inibição da lactação com cabergolina no esquema de dose única com 2 comprimidos de 0.5mg.

Discussão

Este caso apresenta várias dimensões clínicas de interesse. Iniciemos verificando a presença de patologias pré-existentes: o hipertiroidismo subclínico e a anemia ferropénica crónica, apesar de estáveis, requerem monitorização contínua durante a gravidez.⁸⁻¹¹ No presente caso não houve complicações significativas, mas reforça-se a necessidade de vigilância laboratorial periódica.

Na presença de glândulas mamárias acessórias: o aumento volumétrico axilar bilateral durante a gravidez gerou necessidade de exames complementares, excluindo

malignidade. Trata-se de condição rara, mas que deve ser reconhecida para evitar procedimentos desnecessários.⁹

Outra dimensão é a questão da emergência obstétrica: o prolapso do cordão umbilical, embora incomum, constitui risco elevado de hipóxia fetal. A decisão rápida pela cesariana emergente permitiu um desfecho neonatal favorável.¹¹

Por outro lado deve ser considerado o puerpério e decisão sobre aleitamento: a opção por inibição da lactação devido à sintomatologia associada às glândulas mamárias ectópicas evidencia a necessidade de abordagem individualizada e centrada na paciente.

Conclusão

Este relato de caso reforça a pertinência de uma vigilância pré-natal adequada em mulheres com condições médicas prévias, para além da importância de realizar uma investigação criteriosa de achados clínicos raros, tais como tecido mamário acessório.

A individualização do seguimento no puerpério, incluindo decisões sobre amamentação é deveras importante no sentido de assegurar o bem-estar da puérpera e do bebé.

O desfecho materno-fetal favorável neste caso ilustra como a integração entre cuidados de saúde primários e hospitalares é essencial para assegurar qualidade e segurança no acompanhamento da gravidez e nas eventuais complicações associadas.

Referências

1. Greydanus DE, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care*. 2006 Jun;33(2):455-502. doi: 10.1016/j.pop.2006.02.002. PMID: 16713771.
2. Templeman C, Hertweck SP. Breast disorders in the pediatric and adolescent patient. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2000 Mar;27(1):19-34. doi: 10.1016/s0889-8545(00)80004-2. PMID: 10693180.
3. Moreira M, Pinto Pereira S, Marinho AS, Bonet B, Teixeira S. A rare cause of axillary swelling. *Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal*. 2022;31(1):64-7. doi:10.25753/BirthGrowthMJ.v31.i1.20729
4. Grossl NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. *South Med J*. 2000 Jan;93(1):29-32. PMID: 10653061.
5. Aughsteen AA, Almasad JK, Al-Muhtaseb MH. Fibroadenoma of the supernumerary breast of the axilla. *Saudi Med J*. 2000 Jun;21(6):587-9. PMID: 11500714.
6. Oshida K, Miyauchi M, Yamamoto N, Takeuchi T, Suzuki M, Nagashima T, Miyazaki M. Phyllodes tumor arising in ectopic breast tissue of the axilla. *Breast Cancer*. 2003;10(1):82-4. doi: 10.1007/BF02967630. PMID: 12525768.
7. Martin VG, Pelletiere EV, Gress D, Miller AW. Paget's disease in an adolescent arising in a supernumerary nipple. *J Cutan Pathol*. 1994 Jun;21(3):283-6. doi: 10.1111/j.1600-0560.1994.tb00275.x. PMID: 7962832.
8. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-89.
9. Pavlidis P, Chrysanthopoulou EL, Paschopoulos M. Accessory breast tissue in pregnancy: clinical considerations and management. *Obstet Med*. 2020;13(2):89-93.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Umbilical cord prolapse. Green-top Guideline No. 50. London: RCOG; 2014.
11. World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: WHO; 2012.