



Múcio Diniz Pontes
Daniella Depes
Elci Barreto
Fausto Baracat
Joaquim Araújo Neto
Odair Ferraro

*Trabalho realizado no Serviço de
Mastologia do Hospital do
Servidor Público Estadual de
São Paulo.*

CÂNCER DE MAMA NO HOMEM

Rev bras Mastol 1995; 5(3): 46-48

UNITERMOS

Câncer de mama;
Câncer de mama masculina.

RESUMO

O câncer de mama masculina é raro e sua incidência varia de 0,3% a 1,5%. Neste trabalho é relatado caso de um homem de 46 anos de idade que apresentou câncer de mama estágio I. O exame anátomo-patológico revelou carcinoma infiltrativo de pequenas células. O paciente foi tratado por mastectomia radical modificada e está recebendo tamoxifen, estando assintomático até o momento. Os autores apresentam também revisão da literatura sobre o assunto e discutem a terapêutica do câncer de mama no homem.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama no homem é uma condição rara, correspondendo a 1% de todos os carcinomas mamários.

Acomete o homem numa idade média de 63 anos, bem superior à da mulher; no entanto, é 100 vezes mais raro que o feminino².

Historicamente, o primeiro relato de caso documentado de câncer mamário masculino é de Fabricus Hildanus (1573-1619), mas a doença tinha sido referida anteriormente por John de Arderne (1307), que descreveu num padre o que agora é conhecido por doença de Paget do mamilo.

Franciscus Arcaeus (1493-1573) e Ambroise Pare (1510-1590) também contribuíram nas primeiras referências sobre casos de câncer mamário no homem.

RELATO DE CASO

J.A.S., do sexo masculino, 46 anos de idade, cor branca, procedente de Minas Gerais, procurou o Serviço

de Mastologia do HSPE em outubro de 1994, com queixa de nódulo indolor da mama esquerda. Não possuía antecedentes familiares de câncer de mama.

Ao exame físico foi constatado tumor de 2,0 cm, móvel, de consistência dura, superfície irregular, localizado no quadrante infero-lateral da mama esquerda, sem linfonodos axilares palpáveis.

A mamografia mostrou nódulo de 1,5 cm de diâmetro, contorno bocelado e limites imprecisos, com acentuação da trama vascular e presença de linfonodos axilares, sugerindo estudo anátomo-patológico (figura 1).

O rastreamento não confirmou metástases à distância.

A biópsia de congelação não foi conclusiva, solicitando cortes em parafina, cujo resultado final foi carcinoma de pequenas células infiltrativo, com permeação linfática. A neoplasia apresenta padrão predominantemente difuso com escassa diferenciação tubular (figuras 2 e 3).

Com este resultado, o paciente foi submetido à mastectomia radical modificada (Merola-Patey), cujo resultado definitivo não evidenciou neoplasia residual e nenhum comprometimento linfonodal nos níveis axila-

res I, II e III de Berg, num total de 12 linfonodos.

A terapêutica complementar foi a hormonioterapia, tamoxifen, 10 mg, 2x/dia, via oral, programada para no mínimo dois anos.

O paciente se encontra em acompanhamento clínico no nosso Serviço, sem intercorrências até o momento, em janeiro de 1996.

DISCUSSÃO

O câncer de mama no homem é uma entidade rara, com uma relação de 1:100 comparado com o da mulher.

A unilateralidade é muito alta, mais de 97,5% dos casos, predominando o lado esquerdo. A bilateralidade pode chegar a 2,5%².

A idade média de incidência é em torno de 63 anos, aproximadamente 10 anos mais elevada que a da mulher. A incidência é alta nos Estados Unidos e Inglaterra e baixa no Japão e na Finlândia. É de alta incidência no Egito (6%) e na Zâmbia (15%), com idade média abaixo de 50 anos, provavelmente pelo hiperestrogenismo secundário ou doença hepática parasitária³.

Os principais fatores de risco para o câncer de mama masculino são o hiperestrogenismo, a ginecomastia, a síndrome de Klinefelter, o hipertireoidismo, a radiação e trauma da parede torácica.

Os fatores familiares ou hereditários estão presentes em menos de 15% dos casos.

No exame clínico geralmente se detecta nódulo sólido, indolor, retroareolar, unilateral com diâmetro médio de 3,0 cm em 90% dos casos. Pode ocorrer, em menor frequência, a retração da pele ou do mamilo, descarga papilar serosa ou hemática (20%) e comprometimento linfonodal axilar.

A mamografia mostra nódulo irregular, às vezes espiculado, limites imprecisos e com microcalcificações agrupadas (30%). A mamografia é muito útil na diferenciação do carcinoma de ginecomastia.

A ecografia mamária e a punção aspirativa do nódulo auxiliam o diagnóstico.

O tipo histológico predominante é o carcinoma ductal infiltrante (85%), e mais raramente o medular, mucinoso, cribiforme, papilar, carcinomas de Paget e inflamatório.

Com notável exceção, são descritos carcinomas lobular in situ e invasivo, carcinoma de pequenas células na mama masculina, provavelmente originados de lóbulos formados durante estados hiperestrogênicos^{1,5}.

Numa revisão de 124 casos de carcinoma de mama masculino, descrita por Gough e col.² foram encontradas

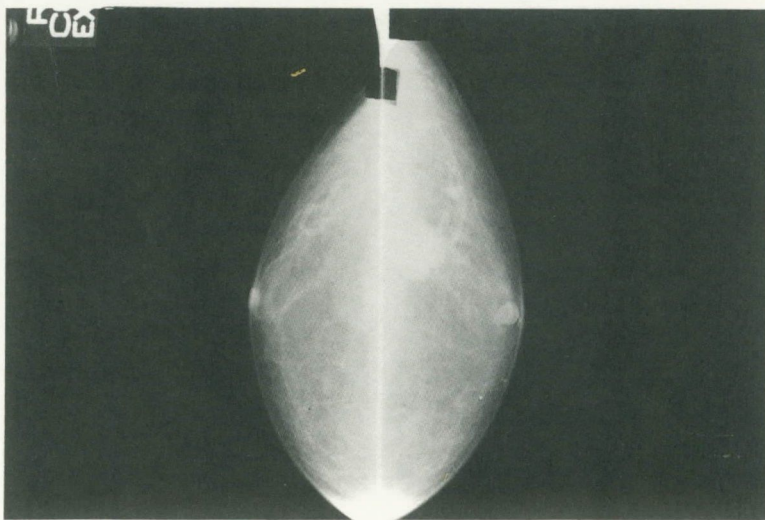


Figura 1. Mamografia mostra nódulo no QIL de mama esquerda com 1,5 cm de diâmetro, de limites imprecisos e acentuação da trama vascular.

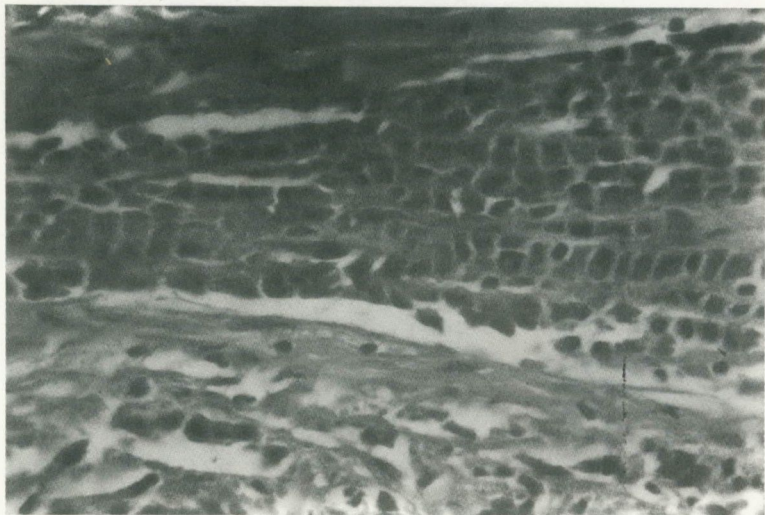


Figura 2. Característica de pequenas células neoplásicas em fila com núcleos hipercromáticos e irregulares (HE-400x).

as seguintes percentagens de acordo com o estadiamento clínico da UICC (1987): Estádio 0=3%, I=17%, II=22%, III=35% e IV=11%. Também relataram o grau histológico do tumor com as seguintes percentagens: G1=2%, G2=10%, G3=33% e G4=40%.

Dos diagnósticos diferenciais o principal é a ginecomastia e outros menos relevantes são o linfoma maligno, a leucemia, o lipoma, o fibroma, mastite, tuberculose e metástase secundárias a carcinomas de próstata, pulmão e rim.

A terapêutica primária no câncer de mama masculino com invasão de músculos ou fáscias é a mastectomia radical (Halsted). A mastectomia radical modificada (Patey) é indicada quando não há invasão músculo-fascial, sendo mais

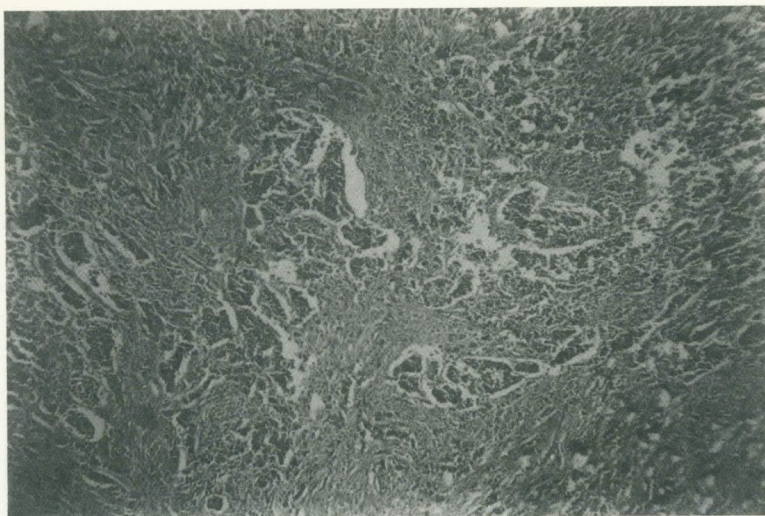


Figura 3. Neoplasia de aspecto infiltrativo e difuso (HE-100x).

funcional e de mesmo prognóstico do que a primeira. Outra alternativa menos utilizada é a mastectomia simples seguida de radioterapia (Wilhelm e Wanebo, 1994).

Como terapêuticas adjuvantes são usadas a quimioterapia (CMF ou FAC), quando axila positiva, por 6 ciclos e a radioterapia.

Os receptores de estrogênio (ER) e de progesterona

(PR) são encontrados, respectivamente, em 85% e 55% dos carcinomas mamários masculinos.

Na hormonioterapia adjuvante emprega-se o antiestrogênio, tamoxifênio, via oral, 10 mg/2x/dia, pelo menos por dois anos, que dá uma sobrevida de 5 anos, nos estádios II e III de 55%⁴.

A orquiectomia fica reservada para os carcinomas avançados, metastáticos ou que não responderam ao tamoxifênio.

O retardo do diagnóstico, a localização central, a maior frequência de acometimento da pele e a rápida invasão de músculo, fáscia e axila tornam o prognóstico do câncer mamário masculino pior que o do feminino. O prognóstico piora principalmente nas axilas positivas e as sobrevidas em 5 e 10 anos são, respectivamente, 38% e 17%. Nas axilas negativas, as sobrevidas em 5 e 10 anos, nos carcinomas homônimos feminino e masculino, são idênticas.

As recidivas loco-regionais geralmente ocorrem nos dois primeiros anos após a cirurgia e são de 25% no estágio I e de 71% no estágio II⁵.

As metástases à distância chegam a 50% nos três primeiros anos e são frequentes nos ossos, pulmões, fígado e SNC.

KEY WORDS

Breast cancer;
Male breast cancer.

ABSTRACT

MALE BREAST CANCER

Male breast cancer is rare and its incidence occurs between 0,3 and 1,5%. In this paper it is presented the case of a 46-year-old man who developed breast cancer diagnosed in stage I. The anatomopathological exam showed infiltrative carcinoma of small cells. The patient was treated by modified radical mastectomy and is receiving tamoxifen, being asymptomatic until this moment. The authors present a literature review about the matter and discuss the treatment of male breast cancer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GIFFLER ER, KAY S. Small-cell carcinoma of the male mammary gland. *Am J Clin Pathol* 1976; 66:715-722.
2. GOUGH DB, DONOHUE JH, EVANS MM et al. A 50-year experience of male breast carcinoma: is outcome changing? *Surg Oncol* 1993; 2:325-333.
3. LIPPMAN ME, LICHTER AS, DANFORTH DN. Diagnosis and management of breast cancer. Philadelphia: W.B. Saunders. 1988; 425-438.
4. RIBEIRO G. Male breast carcinoma. A review of 301 cases from the Christie Hospital and Holt Radium Institute, Manchester. *Br J Cancer* 1985; 51:115-119.
5. TAVASSOLI SA. Pathology of the breast. Norwalk: Appleton & Lange. 1992; 645-659.

Endereço para correspondência:

Múcio Diniz Pontes
Av. Juriti, 541 apto. 151
Moema
04520-001 - São Paulo - SP