

Carcinoma ductal *in situ* em homem apresentando ginecomastia: relato de um caso e revisão da literatura

Ductal carcinoma in situ in men presenting gynecomastia: case report and literature review

Paulo Roberto de Souza
Coelho
Elisvania Rodrigues da Silva
Francisco Valdeci de Almeida
Ferreira
Sérgio Ferreira Juaçaba

Resumo

Carcinoma ductal *in situ* é extremamente raro, com incidência aproximada de 7% de todos os carcinomas de mama, no sexo masculino. Nas mulheres, ao contrário, a frequência do carcinoma ductal *in situ* ocorre em 20% a 25% de todos os casos de câncer de mama feminino. Em comparação com o carcinoma invasivo da mama, o prognóstico associado com o carcinoma *in situ*, em homem, é bastante favorável, não obstante a apresentação clínica ser variável. Os autores relatam um caso de carcinoma ductal *in situ* associado a ginecomastia em paciente de 48 anos, sem outros fatores de risco. Submetido a uma adenomastectomia à esquerda, o exame histopatológico revelou carcinoma ductal *in situ*, com provável infiltração incipiente. Posteriormente submeteu-se a mastectomia mais linfadenectomia axilar. O exame anatomo-patológico, seguido de painel de imunoistoquímica da peça, mostrou tratar-se de ginecomastia associada a carcinoma ductal micropapilar *in situ*, sem comprometimento axilar.

Unitermos

Carcinoma da mama
In situ
Homem

Abstract

Ductal carcinoma in situ, an extremely rare occurrence in male patients, accounts for approximately 7% of all breast carcinomas. In contrast, in women ductal carcinoma in situ occurs in 20% to 25% of all cases of female breast cancer. Compared to invasive breast carcinoma, the prognosis associated with carcinoma in situ in men is relatively favorable, in spite of variations in clinical presentation. The authors report a case of histopathologically confirmed ductal carcinoma ductal in situ, with early signs of infiltration, associated with gynecomastia in an otherwise healthy 48-year-old patient submitted to a left-sided adenomastectomy. The patient was subsequently submitted to mastectomy and lymphadenectomy of the axilla. An anatomic pathology examination followed by an immunohistochemical panel revealed gynecomastia associated with micropapillary ductal carcinoma in situ without involvement of the axilla.

Key words

Breast carcinoma
In situ
Men

Aceito para publicação em setembro de 2002.

Hospital do Câncer, Instituto do Câncer do Ceará.

Introdução

O câncer de mama masculino é de ocorrência pouco freqüente, correspondendo aproximadamente a 1% de todas as neoplasias em homem. Quando comparado ao câncer de mama feminino, apresenta uma proporção de 1:100. A incidência de câncer de mama masculino em toda a população tem variação aproximada de um caso para 100.000 pessoas/ano ou até menos do que isso⁽⁶⁾. O carcinoma *in situ*, no homem, representa 0-17% (média de 7%) de todas as neoplasias mamárias, enquanto nas mulheres, devido ao *screening* mamográfico, essa representação é de 22%-30%. Quando comparado ao carcinoma ductal invasivo, o prognóstico é bem mais favorável⁽¹⁾. Relata-se um caso de paciente com ginecomastia submetido a uma adenomastectomia, durante a qual o exame histopatológico realizado, por congelação, identificou carcinoma micropapilar *in situ*.

Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 48 anos, casado, genitor de três filhos, compareceu a clínica privada para consulta médica em fevereiro de 2000, apresentando histórico de nodularidade mamária à esquerda, dolorosa, com evolução de dois meses. Ao exame físico, apresentava área nodular de 2cm x 2cm, algo endurecida, justa areolar esquerda, dolorosa e ausência de adenomegalias em axila ou fossas, sendo o exame sugestivo de ginecomastia bilateral, mais acentuada à esquerda. A mamografia evidenciou abundante tecido glandular e distorção arquitetural em mama esquerda, não definindo nódulos, tendo sido sugerida investigação anatomopatológica (**Figura 1**). A ultra-sonografia evidenciou área de 1,5cm x 1cm, de limites imprecisos, retroareolar à esquerda (**Figura 2**). O paciente negava antecedentes familiares para neoplasia mamária, hepatopatias ou uso regular de medicamentos. Diante do quadro foi proposta abordagem cirúrgica da área, com exame anatomopatológico de congelação intra-operatória. Na abordagem cirúrgica não foram evidenciados

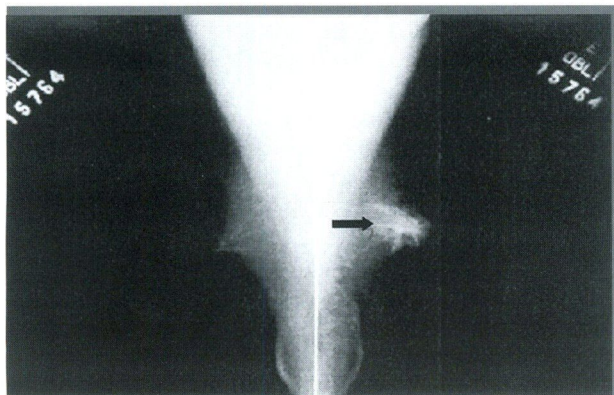


Figura 1: Mamografia: presença de parênquima mamário bilateralmente e distorção arquitetural à esquerda

nódulos ou áreas suspeitas. Não obstante, no exame anatomopatológico evidenciou-se ginecomastia com áreas de hiperplasia intraductal atípica e de carcinoma micropapilar *in situ*, em fragmento submamilar, com suspeita de infiltração incipiente (**Figura 3**). Pela alta probabilidade de invasão, optou-se pela mastectomia e linfadenectomia axilar. O exame anatomopatológico da peça, após inclusão de parafina, confirmou ginecomastia com áreas de hiperplasia ductal atípica e de carcinoma micropapilar, não sendo observada infiltração estromática conspícua, em 33 cortes histológicos avaliados. Todos os 20 linfonodos investigados encontravam-se sem comprometimento. O painel de imunoistoquímica mostrou receptor de estrogênio (RE) 1/50 positivo (+), receptor de progesterona (RP) 1/50 positivo (++) em cerca de 25%, c-erbB2 (oncogene) 1/100 positivo (+++) > 70% e p53 (proteína p53) 1/50 negativo. Diante destes resultados, decidiu-se pela não-adjuvância. Em janeiro de 2001, o paciente realizou adenomastectomia na mama contralateral, com vista a corrigir a ginecomastia e proceder a avaliação anatomopatológica, bem como a efetuar procedimento para redução de risco. Na ocasião, procedeu-se também à reconstrução do complexo areolomamilar (**Figura 4**). O exame anatomopatológico revelou ginecomastia, não tendo sido necessário propor qualquer tipo de quimioprevenção ao paciente, o qual, presentemente, se encontra assintomático.

Discussão

Cammus *et al.* registraram uma idade mediana de 56 e 66 anos para o carcinoma ductal *in situ* e invasivo, respectivamente. Sasco *et al.*, em uma metanálise de estudo caso-controle, encontraram fatores de risco elevado para o desenvolvimento de neoplasia de mama, em homem, nas seguintes características: solteiro, descendente de judeu, doença benigna prévia da mama, história de patologia testicular ou doença hepática, ginecomastia, história familiar para câncer de mama e irradiação prévia da parede torácica. Alguns casos também podem resultar do excesso de estrogênio ou da falta de androgênio. A

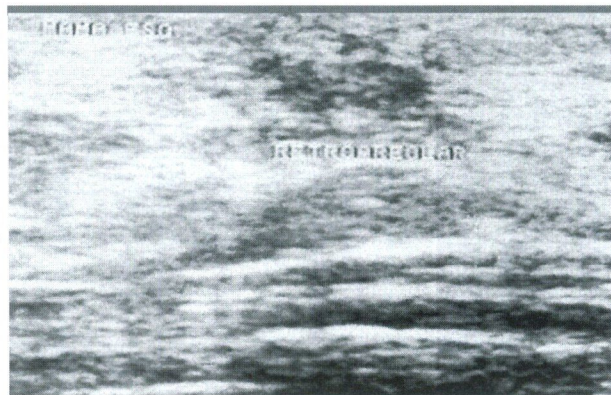


Figura 2: Ultra-sonografia: imagem nodular na mama esquerda

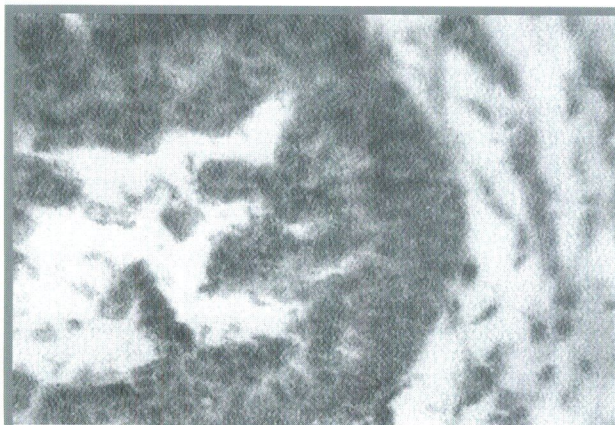


Figura 3: Imunoistoquímica: superexpressão de c-erbB2 nas células ductais

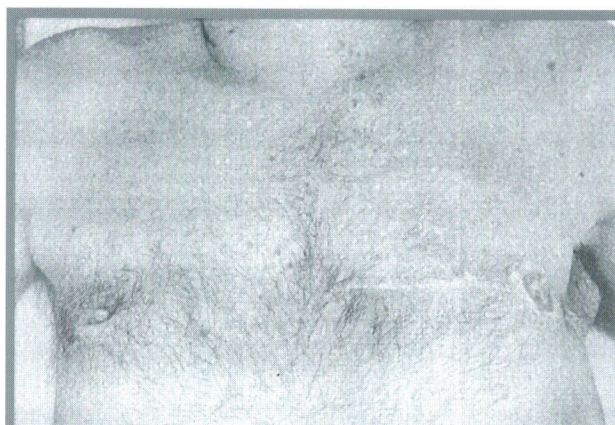


Figura 4: Notar mastectomia mais reconstrução do complexo areolomamilar à esquerda e adenomastectomia à direita

ginecomastia é comum, ocorrendo em mais de 40% dos homens sem câncer de mama, e em uma igual fração das espécimes de tumor de mama masculino⁽⁶⁾. Gill *et al.* relatam uma associação de ginecomastia com câncer de mama em 58,6% dos 150 pacientes que participaram do seu estudo, e o tipo histológico mais freqüente foi o carcinoma ductal invasivo. A ginecomastia, tipicamente, apresenta-se como área arredondada ou triangular posicionada simetricamente em região retroareolar, aumento de volume da mama uni ou bilateral com bordas pouco definidas⁽⁶⁾. A mamografia pode usualmente distinguir ginecomastia de neoplasia mamária. Embora algumas séries tenham mostrado que a mamografia pode detectar anormalidades em 80% a 90% das pacientes, os tumores podem ser obscurecidos pela associação com ginecomastia⁽²⁾. Na suspeita de massa mamária é mandatória a confirmação histopatológica. Willsher *et al.* relatam que o tipo histológico mais comum é o carcinoma ductal invasivo, correspondendo a 85% dos casos, enquanto o carcinoma ductal *in situ* varia de 0%-17%, com média de 7%. Menos de 90 casos de carcinoma ductal *in situ* em homem foram publicados na literatura⁽¹⁾.

Os cinco tipos histológicos descritos para carcinoma ductal *in situ* são: comedo (34%-58%), cribriforme (10%-26%), sólido (9%-15%), micropapilar (14%-42%), papilar (6%-27%) e misto (29%-58%)⁽³⁾. Cammus *et al.* recomendam, para tumores menores que 2,5cm com doença

não-invasiva, a mastectomia total sem esvaziamento axilar. Também não indica tratamento adjuvante, seja quimioterapia ou tamoxifeno, visto que, no paciente tratado com mastectomia, o risco de recorrência local ou de carcinoma na mama contralateral é mínimo. A cirurgia conservadora não tem sido indicada, devido à falta de tecido mamário e pela localização central dos tumores no homem⁽⁶⁾. O caso relatado trata de paciente submetido a adenomastectomia na mama contralateral, para corrigir a ginecomastia, que se apresentou, então, com fator de risco para neoplasia da mama. Por analogia, também não houve indicação de quimioprevenção ou tratamento adjuvante, face, principalmente, aos resultados obtidos com o procedimento cirúrgico. Pesou também nessa decisão o fato de não terem sido encontrados, na literatura, dados que indicassem a quimioprevenção para carcinoma *in situ* em homem.

Infelizmente, o câncer de mama masculino só é diagnosticado em estágios avançados da doença, à conta, certamente, da pouca sintomatologia referida pelo paciente. O fato concorre para retardar a busca por assistência médica especializada, pelo que o prognóstico se mostra reservado. É importante que, com fatores de riscos associados à massa mamária no homem, o especialista procure sempre fazer um diagnóstico diferencial com carcinoma de mama, haja vista nos estágios iniciais o prognóstico ser mais favorável para os carcinomas não-invasivos, especificamente.

Referências bibliográficas

1. CAMMUS MG *et al.* Ductal carcinoma *in situ* of the male breast. Cancer 1994; 74: 1289.
2. DERSHAW DD, BORG PI, DEUTCH BM, LIBERMAN L. Mammographic findings in men with breast cancer. Am J Roentgenol 1993; 160: 267.
3. FISHER ER, SASS R, FISHER B, WICKERHAM L, PAIK SM, COLLABORATING NSABP INVESTIGATORS. Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol 6): intraductal carcinoma (DCIS). Cancer 1986; 57: 197-208.
4. GILL MS, KAYANI N, KHAN MN, HASSAN SH. Breast diseases in males: a morphological review of 150 cases. J Pak Med Assoc 2000; 50(6): 177-9.
5. SASCO AJ, LOWENFELS AB, PASKER-DE JONG P. Review article: epidemiology of male breast cancer. A meta-analysis of published case-control studies and discussion of selected etiological factors. Int J Cancer 1993; 53: 538.
6. WILLIAM J. GRADISHAR. Special therapeutic problems: male breast cancer. In.: Harris R. Diseases of the breast. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000; 661-7.

Endereço para correspondência

Paulo Roberto de Souza Coelho
Av. Dom Luís 1.233/1.607 - Meireles
CEP 60160-230 - Fortaleza-CE
Tel: (85) 486-6070
Fax: (85) 486-6081
e-mail: prcoelho@secrel.com.br