

Câncer de mama em homens: estudo de 13 casos

Male breast cancer: a study of 13 cases

Rossano Robério Fernandes
Araújo
Antônio Simão dos Santos
Figueira Filho
Laura O. Costa
Ana Leide Guerra dos Santos
Elísio Brito Galvão
Libelina Motta Simplicio

Resumo

Os autores realizaram um levantamento estatístico sobre a incidência do câncer de mama masculino no período de agosto de 1989 a julho de 2002 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz e no Instituto de Mama do Recife, Recife-PE. Foram analisados 430 pacientes, sendo 13 com câncer de mama. A idade média foi de 65 anos, sendo que a maioria dos casos se encontrava no estágio II. O tratamento administrado foi, em linhas gerais, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, tal como para o câncer da mama feminina, com bons resultados. Neste trabalho vê-se a necessidade de sempre investigar a possibilidade de câncer nas lesões de mama masculina, a fim de se conseguir um diagnóstico mais precoce.

Unitermos

Câncer de mama
Câncer de mama em homens
Câncer de mama masculina

Abstract

The authors have done a review of cases of male breast cancer from August 1989 to July 2002 at Hospital Universitário Oswaldo Cruz and Instituto de Mama do Recife, Recife-PE. There were 430 male patients analyzed, 13 of them with breast cancer. The average age was 65 years and most patients were on stage II. The treatment was, in general, surgery, chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy, as used for female breast cancer, obtaining good results. This study shows how important it is to search breast cancer in all male breast diseases, in order to reach earlier diagnoses.

Key words

Breast cancer
Breast cancer in men
Male breast cancer

Introdução

O câncer de mama é uma doença muito comum, sendo, no Brasil, o segundo tumor maligno mais freqüente na mulher. No homem, entretanto, este tumor é de ocorrência rara, representando cerca de 1% de todos os casos de câncer de mama e de 0,17% a 1% do total de cânceres do sexo masculino^(1, 2) e 0,1% dos óbitos por câncer⁽¹⁾.

A média etária dos pacientes à época do diagnóstico do câncer de mama foi de 60 anos, seis a 11 anos mais tarde que em mulheres⁽¹⁻³⁾. Apenas 7% das neoplasias mamárias em homens ocorrem antes dos 40 anos.

A etiologia dos tumores malignos da mama masculina, assim como das demais neoplasias malignas, ainda é desconhecida. No entanto alguns fatores etiológicos estudados parecem aumentar o risco em homens, tais como estrogenoterapia, trauma mamário, história familiar, exposição a radiações ionizantes, síndrome de Klinefelter, esquistossomose mansônica, trabalho em altas temperaturas, além do manuseio de resinas, óleos e solventes^(1, 2, 4-8).

Alguns estudos associam o câncer de mama no homem às anormalidades testiculares, entre elas a orquite^(1, 5, 6, 7). Os raros casos de câncer mamário diagnosticados em indivíduos submetidos a estrogenoterapia por neoplasia maligna da próstata foram metastáticos⁽⁷⁾.

Aceito para publicação em setembro de 2002.

Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

Alguns autores^(4, 9, 10) encontraram, em estudos distintos, associação entre câncer de mama masculino e trauma. Outros autores^(1, 6) foram de opinião que o trauma representa apenas o fator desencadeante da neoplasia preexistente.

Olsson e Ranstam⁽⁷⁾ e Johnson *et al.*⁽²⁾ sugeriram haver risco aumentado da doença entre homens com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau.

Os portadores da síndrome de Klinefelter, patologia caracterizada por ginecomastia, hipoplasia testicular e azoospermia, apresentam um risco de câncer mamário 20 vezes maior que os homens não-portadores e cinco vezes menor que as mulheres^(2, 4, 8).

A esquistossomose também é descrita como fator etiológico. Tem alta incidência no Egito, onde o câncer de mama no homem é mais comum. El Gazayerli *et al.*⁽¹¹⁾ levantaram a hipótese de que esta incidência elevada poderia ser secundária a um hiperestrogenismo, devido à não-metabolização deste hormônio, conseqüente à fibrose hepática causada pela esquistossomose⁽¹⁾.

Na intenção de avaliar a influência dos fatores ocupacionais para câncer de mama, Mabuchi *et al.*⁽¹²⁾ chamaram a atenção para homens que trabalhavam em altas temperaturas, e McLanghlin *et al.*⁽¹³⁾, na Suécia, observaram maior incidência entre homens empregados na indústria de impressão de jornais, que lidavam com tintas, resinas, óleos e solventes. Estes dados indicaram que os fatores ocupacionais merecem estudos adicionais.

O diagnóstico clínico do câncer de mama nos homens tem sofrido incremento nos últimos anos em virtude de uma maior preocupação da comunidade médica em divulgar a real incidência desta neoplasia no sexo masculino. Embora, ainda em comparação com o câncer de mama feminino, ocupe um percentual menor de incidência, numa razão homem/mulher de aproximadamente 1:1.000, os homens têm procurado os especialistas numa proporção maior e, por conseguinte, as mamas masculinas têm sido mais examinadas e um maior número de sinais clínicos encontrados⁽⁴⁾.

A duração dos sintomas prévios na apresentação clínica da neoplasia vem declinando. Em virtude do fato de antes as mamas masculinas quase nunca terem sido examinadas, o diagnóstico era retardado, com um intervalo de aproximadamente 12 meses, desde o início dos sintomas até os achados de comprovação da doença⁽⁵⁾. Estudos mais antigos evidenciaram o diagnóstico em torno de 14 a 21 meses^(14, 15), enquanto relatos mais recentes apontam uma média de oito meses⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Devido à reduzida incidência do câncer de mama em homens, a literatura é carente em dados que reforcem as evidências científicas, para que se definam protocolos e normas de conduta individualizadas para a abordagem do câncer de mama masculino. Em função disso, o objetivo deste trabalho foi avaliar, em uma série de 13 casos, os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de maior relevância do câncer de mama em homens, para contribuir com o estudo desta rara neoplasia.

Método

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo relato de casos, no qual foram avaliados 430 pacientes do sexo masculino atendidos com queixas mamárias nos serviços de mastologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Huoc) e do Instituto de Mama do Recife (IMR), no período de agosto de 1989 a julho de 2002, tendo sido diagnosticados 13 casos de câncer de mama, sujeitos da presente pesquisa.

Os 13 pacientes com câncer de mama foram tratados pela equipe de mastologia do Huoc e do IMR, de acordo com a normatização das referidas instituições. Foram avaliados quanto a faixa etária, cor, queixa principal, tempo decorrido entre descoberta da doença e procura ao médico, estadiamento clínico/cirúrgico de acordo com a classificação de TNM e PTNM⁽¹⁹⁾, tipo histológico, tratamento e sobrevida após tratamento.

Os dados foram obtidos retrospectivamente, a partir dos prontuários médicos dos pacientes arquivados no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (Same) das referidas instituições, coletados em protocolo previamente elaborado e armazenados em banco de dados criado especificamente para este fim através do programa EPI-Info versão 6.04d, de janeiro de 2001, do Centers for Disease Control and Prevention⁽²⁰⁾. Os resultados foram organizados em forma de tabelas e, para a análise, utilizaram-se distribuição percentual, média e desvio padrão.

Resultados

Entre os 430 homens investigados, com idades variando entre dez e 95 anos, houve maior incidência de doenças mamárias na faixa de dez a 20 anos (40%) (**Tabela 1**).

Os principais sintomas ou doenças encontrados nos 430 homens estão apresentados na **Tabela 2**. A ginecomastia foi a principal patologia mamária apresentada pelos homens (67%), seguida pelo sintoma de mastalgia (7,7%) ou adenomas (10,7%), ficando o câncer mamário em quarto lugar, representado por 3% dos casos.

Avaliando isoladamente o câncer mamário, observou-se a ocorrência em homens a partir de 40 anos de idade, com predomínio entre 50 e 70 anos (61,3%) (**Tabela 3**).

Em relação à raça, nove (69,2%) homens portadores de câncer mamário eram brancos e quatro (30,8%), não-brancos.

As principais queixas referidas pelos pacientes portadores de câncer de mama foram a presença de nódulo indolor (61,5%) e doloroso (23,1%), a alteração na pele (7,7%) e mastalgia (7,7%) (**Tabela 4**).

O tempo decorrido desde a descoberta do nódulo até a procura pelo médico variou de um mês a dois anos, sendo que 53,9% dos pacientes procuraram o serviço após os primeiros três meses (**Tabela 5**).

Tabela 1 – Distribuição das faixas etárias dos 430 homens atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Faixa etária (anos)	Frequência	Percentual
10-20	172	40
21-30	84	19,5
31-40	65	15,1
41-50	27	6,3
51-60	33	7,7
61-70	20	4,6
71-80	16	3,7
81-90	8	1,9
> 90	5	1,2
Total	430	100

Tabela 2 – Distribuição de doenças mamárias diagnosticadas ou sintomas de 430 homens atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Doença ou sintoma	Número de casos	Percentual
Ginecomastia	288	67
Adenoma	46	10,7
Mastalgia	33	7,7
Câncer	13	3
Trauma	11	2,6
Cisto	6	1,4
Lipoma	6	1,4
Úlcera de pele	4	0,9
Mastite	4	0,9
Doença fibrocística	4	0,9
Cisto sebáceo	4	0,9
Fístula	3	0,7
<i>Nevus</i>	3	0,7
Hipertrofia areolar	3	0,7
Lipoma axilar	2	0,5
Total	430	100

Tabela 3 – Distribuição etária dos 13 homens com câncer de mama atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Faixa etária (anos)	Frequência	Percentual
41-50	2	15,4
51-60	3	23,1
61-70	5	38,4
71-80	2	15,4
81-90	1	7,7
Total	13	100

Tabela 4 – Distribuição das queixas principais dos 13 homens com câncer de mama atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Queixa principal	Número de casos	Percentual
Nódulo indolor	8	61,5
Nódulo doloroso	3	23,1
Alteração na pele	1	7,7
Dor mamária	1	7,7
Total	13	100

Tabela 5 – Distribuição do tempo decorrido entre a descoberta do nódulo e a procura do médico pelos 13 homens com câncer de mama atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Tempo decorrido	Número de casos	Percentual
1 mês	1	7,7
2 meses	3	23,1
3 meses	3	23,1
4 meses	2	15,4
5 meses	1	7,7
11 meses	1	7,7
2 anos	2	15,4
Total	13	100

Os métodos complementares utilizados para o diagnóstico foram principalmente os de imagem: a mamografia empregada em cinco pacientes (38,5%) e a ultrasonografia em quatro (30,8%). Quatro pacientes (30,8%) foram submetidos exclusivamente a biópsia diagnóstica.

O câncer de mama foi diagnosticado principalmente no estágio II (69,2%), sendo IIA em 30,8% e IIB em 38,5% (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Distribuição dos estadiamentos clínicos dos 13 homens com câncer de mama atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Estadiamento clínico	Número de casos	Percentual
I	1	7,7
IIA	4	30,8
IIB	5	38,4
IIIB	2	15,4
IV	1	7,7
Total	13	100

O tipo histológico encontrado com mais frequência foi o carcinoma ductal infiltrante em 84,6% dos casos. Houve um caso de carcinoma papilífero e um caso de carcinoma mucinoso, correspondendo, cada um, a 7,7% dos pacientes analisados.

Os linfonodos axilares se mostraram comprometidos em 63,6% dos casos e livres em 36,4%, excluídos dois pacientes não-submetidos a esvaziamento axilar.

A distribuição dos pacientes de acordo com o tratamento instituído pode ser vista na **Tabela 7**, onde se observa que 100% dos pacientes foram submetidos a radioterapia e 84,6%, a mastectomia. Entre os dois pacientes que não se submeteram a mastectomia, um o fez por vontade própria e o outro, por falta de condições cirúrgicas em virtude da idade avançada.

Quanto à quimioterapia, cinco pacientes (38,4%) foram tratados com FAC, dois (15,4%) com CMF e um (7,7%) com esquema misto. A hormonoterapia foi indicada a seis pacientes (46,2%), sendo que um deles realizou apenas radioterapia associada a hormonoterapia com bons resultados. A tumorectomia associada à radioterapia foi realizada em um (7,7%) paciente.

Analisando a sobrevida após o tratamento, 50% dos pacientes já tinham sobrevida de cinco anos ou mais, três haviam sido diagnosticados há menos de cinco anos e um paciente faleceu por outras causas.

Tabela 7 – Distribuição do câncer mamário conforme o tratamento instituído para os 13 homens atendidos nos serviços de mastologia do Huoc e do IMR, no Recife, de agosto de 1989 a julho de 2002

Paciente	Mastectomia	Radioterapia	Quimioterapia	Hormonoterapia	Tumorectomia
1	X	X	FAC	-	-
2	X	X	FAC	-	-
3	X	X	FAC + CMF	Novald	-
4	X	X	FAC	-	-
5	X	X	-	X (papilífero)	-
6	X	X	-	-	-
7	X	X	-	-	-
8	-	X	-	-	X
9	X	X	CMF	-	-
10	-	X	-	X	-
11	X	X	FAC	X	-
12	X	X	FAC	X	-
13	X	X	CMF	X	-

Discussão

A prevalência de ginecomastia nos pacientes atendidos no Huoc e no IMR se assemelhou à referida na literatura mundial, na qual esta é a patologia mamária mais freqüente no homem⁽¹⁾. Vale relatar, no entanto, que alguns trabalhos^(4, 21) mostraram que em lâminas ditas de ginecomastia, após uma acurada revisão, foram diagnosticadas mamas gordurosas.

A incidência do câncer de mama em homem é muito baixa⁽¹⁾. A incidência de 3% de câncer de mama no homem, encontrada neste trabalho, pode corresponder a um dado distorcido, pois os casos de câncer foram diagnosticados em meio a uma população de homens com queixas mamárias e que, por isso, procuraram o serviço, não representando a população geral. Além disso, sendo o Huoc um serviço de referência para câncer no estado de Pernambuco, diferentes centros médicos encaminham os casos suspeitos diretamente para o Centro de Oncologia deste hospital, o que gerou um viés que pode ter comprometido a real incidência do câncer de mama masculino.

A faixa etária dos pacientes estudados pode ser considerada tardia quando comparada à encontrada nas mulheres, cujo perfil epidemiológico se modificou nos últimos dez anos⁽⁵⁾.

Os autores^(1, 4, 5) referem que a queixa principal de 80% a 90% dos homens com câncer de mama é a presença de uma massa indolor embaixo da aréola, mas 2% a 4% dos pacientes relatam tumoração dolorosa. Outros sintomas ou sinais, como anormalidade na aréola (20%) ou secreção mamilar (14%), podem estar presentes, bem como sinais de doença localmente avançados são freqüentemente encontrados.

Aproximadamente 75% dos homens com secreção papilar sanguinolenta são portadores de carcinoma de mama, daí a descarga hemática ser muito mais indicativa de neoplasia maligna no homem do que na mulher⁽¹⁶⁾.

O diagnóstico clínico de metástase axilar varia em torno de 40% a 55% dos pacientes no momento da apresentação, embora a acurácia da avaliação axilar ainda seja pobre, com valores falsos positivos de 8% a 50% e falsos negativos de 18% a 40%. A linfadenopatia supraclavicular pode ser encontrada nos estádios clínicos avançados⁽⁵⁾.

As queixas principais, nos casos estudados, foram condizentes com as da literatura consultada.

Giordano *et al.*⁽⁴⁾ e Basegio *et al.*⁽⁵⁾ alertaram para o fato de que o retardo no diagnóstico de câncer de mama masculino da ordem de 12 meses, desde os primeiros sintomas até o diagnóstico, devido ao fato de as mamas masculinas quase nunca serem examinadas clinicamente, pode contribuir para um pior prognóstico na evolução da doença.

Embora este período tenha sido muito menor no presente estudo, corroborando os dados de Digenis *et al.*⁽¹⁷⁾ e Sandler *et al.*⁽¹⁸⁾, a demora na procura médica possivelmente contribuiu para o estadiamento avançado da doença, já que, à época do diagnóstico, 84,6% dos pacientes se encontravam com tumores no estágio II ou III, cujo tamanho ultrapassava 5cm na época da cirurgia.

A mamografia, embora de grande importância, ainda tem uma utilidade diagnóstica limitada no câncer de mama masculino, pela própria condição anatômica da mama do homem, que não permite muitas vezes um campo de imagem preciso^(4, 22).

Os achados radiológicos primários no câncer de mama no homem são uma massa bem definida, excêntrica em relação ao mamilo, com margens espiculadas, na qual microcalcificações são encontradas em menor freqüência. Sinais radiológicos secundários de malignidade, como distorções arquiteturais, retrações do mamilo e da pele, bem como aumento dos linfonodos axilares de aspecto denso, podem ser encontrados na mamografia. Os raros carcinomas ductais *in situ* podem se apresentar como depósitos de microcalcificações à mamografia, mas devem ser diferenciados das calcificações de pele, que são de ocorrência comum nos homens⁽²³⁾. Estes achados mamográficos são diferentes dos encontrados na ginecomastia, a qual se apresenta à mamografia por uma área triangular ou circular de aumento de densidade, freqüentemente com margens definidas, posicionada simetricamente na região retroareolar^(4, 16).

A ultra-sonografia (USG) representa uma estratégia complementar ao exame mamográfico. As neoplasias malignas da mama masculina produzem lesões hipoecogênicas que, como na mulher, refletem o tamanho e a composição do tumor⁽²³⁾.

O diagnóstico definitivo é realizado por biópsia com comprovação histopatológica. Nos casos de tumores grandes, a *core biopsy* é bem indicada e a biópsia excisional, para os tumores menores. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ainda é limitada como exame citológico para o diagnóstico de câncer de mama em homens⁽²¹⁾.

A imunoistoquímica auxilia na avaliação preditiva à resposta ao tamoxifeno nos casos de receptores estrogênicos e progestogênicos positivos^(4, 5). Os receptores de estrógeno e progesterona estão mais presentes nos homens do que nas mulheres, com prevalência de 83%⁽¹⁶⁾ em uma série de casos e de 86% para homens e 76% para mulheres em outra⁽²⁴⁾.

Avaliações retrospectivas da expressão do gene supressor P₅₃ e do oncogene Her2-neu em 46 homens com neoplasias mamárias concluíram que o papel prognóstico do Her2-neu foi evidente nos pacientes com axila positiva, sem correlação com a expressão do P₅₃, especialmente em tumores localmente avançados⁽²⁵⁾.

Conforme recomendado, a mamografia e a ultra-sonografia foram os métodos de imagem mais utilizados na investigação diagnóstica do presente estudo. Quatro pacientes (30,8%) não realizaram os exames de imagem como diagnóstico, uma vez que seus sinais clínicos dispensaram tais exames, colocando a biópsia como abordagem diagnóstica inicial e definitiva.

O tratamento conservador do câncer de mama no homem não está indicado, em virtude das diferenças anatômicas entre homens e mulheres. Assim sendo, a mastectomia radical modificada é o tratamento cirúrgico de escolha, sendo a linfadenectomia axilar obrigatória^(5, 26, 27), devido ao elevado percentual de metástase axilar. Quan-

to ao carcinoma ductal *in situ* no homem, o tratamento proposto é a mastectomia total sem tratamento complementar⁽⁵⁾.

A quimioterapia está indicada a todos os pacientes com comprometimento dos linfonodos axilares, sendo utilizados os esquemas nas mesmas dosagens preconizadas para o sexo feminino^(5,26-28).

Dos tratamentos sistêmicos realizados, a quimioterapia contendo esquemas com antraciclinas (adriplastina – FAC) foi prescrita para 38,4%. Este esquema é indicado como escolha quimioterápica aos pacientes jovens, com comprometimento dos linfonodos axilares, e a pacientes selecionados com linfonodos negativos, porém julgados serem de alto risco para maior recorrência. Os esquemas com doxorubicina parecem ser mais efetivos que os regimes com CMF⁽²⁹⁾.

Um paciente realizou esquema misto, permutando FAC por CMF, porque apresentou diminuição na fração de ejeção cardíaca, contra-indicando o uso de adriplastina.

A radioterapia adjuvante tem a mesma indicação que na mulher, isto é, diminuir os riscos de recidiva local no plastrão. Em virtude da grande maioria dos tumores ser da área central, respeitando as devidas contra-indicações, realiza-se radioterapia na cadeia de linfonodos de mama interna. No entanto, em pacientes cardiopatas, a radioterapia de mama interna deve ser cuidadosamente avaliada quanto à relação risco/benefício, já que este campo direto coincide com a área cardíaca. Nestes casos, procura-se desviar o campo direto para tangenciar o plastrão mamário^(1, 5, 7, 22, 26).

Em relação ao tratamento instituído, 100% dos pacientes foram submetidos a radioterapia, já que a grande maioria se encontrava em estádios clínicos indicadores de realização de radioterapia e, para o único paciente submetido a tumorectomia, a radioterapia foi o único tratamento complementar. A mastectomia foi realizada na maioria dos casos (84,6%).

A hormonoterapia, nos casos de positividade dos receptores, tem propiciado importantes taxas de sobrevida livre da doença e de sobrevida global, configurando-se como importante escolha no tratamento da doença avançada⁽⁴⁾.

A hormonoterapia com tamoxifeno 20mg/dia foi indicada a seis pacientes, que tiveram confirmação pela imunoistoquímica de positividade dos receptores de estrogênio e progesterona.

Cutuli *et al.*⁽²⁶⁾ demonstraram que 85% dos casos de câncer de mama masculino são receptores positivos de estrogênio, o que faz crer que o tamoxifeno esteja indicado como hormonoterapia adjuvante. A buserelina, análogo do LH-RH, representa uma alternativa para reduzir a função testicular, embora possam ocorrer efeitos colaterais, como fogachos, ganho de peso, perda da libido e impotência sexual⁽⁵⁾.

O comportamento metastático do câncer de mama em homens é semelhante ao das mulheres no que se refere ao acometimento de sítios metastáticos (pleura, pulmões, ossos, fígado, cérebro e linfonodos)⁽⁴⁾.

O tratamento sistêmico, envolvendo quimioterapia e hormonoterapia, é considerado de primeira e segunda linhas no tratamento de metástase de câncer de mama do homem, seguindo o uso de protocolos quimioterápicos envolvendo taxanos (docetaxel e paclitaxel), vinorelbina, gencitabina e capecitabina em regimes de mono ou poliquimioterapia, de acordo a evolução da doença e as taxas de resposta clínica e tumoral. Os índices de resposta global são em torno de 30% a 40%, podendo ser superiores a 50% em pacientes com doença menos avançada^(4, 18, 30).

Estudos de observação na utilização de anticorpos monoclonais (herceptin) em pacientes com câncer de mama masculino, que expressam ou amplificam o oncogene Her2-neu, bem como a utilização de terapia hormonal envolvendo inibidores e ativadores da aromatase, estão em andamento⁽⁴⁾.

Os elevados índices de receptores de estrogênio e progesterona positivos encontrados nos tumores de mama masculina aumentam a probabilidade de resposta ao tamoxifeno e a moduladores seletivos dos receptores estrogênicos em geral^(1, 5, 25). A incorporação de Serms/ tamoxifeno no protocolo de tratamento dos homens com câncer de mama das instituições estudadas e a pesquisa de positividade dos receptores de estrogênio e progesterona ocorreram a partir de 1995. Este fato justificou a não-realização de tamoxifeno em sete pacientes diagnosticados antes deste período.

O carcinoma ductal infiltrante em homens, tal como em mulheres, representa cerca de 80% a 85% dos casos⁽¹⁾. Em nosso estudo, este foi o tipo histológico mais encontrado, concordando com a literatura médica^(1, 4). Como era esperado, devido à raridade no sexo masculino, não houve caso de carcinoma lobular no presente estudo.

Em virtude da pequena casuística, os resultados terapêuticos e o prognóstico do câncer de mama masculino foram de difícil avaliação, contudo os estudos mostram sobrevida de cinco a dez anos após tratamento, aproximadamente de 60%^(1, 4, 5).

Conclusão

Os dados do presente estudo sugeriram que há necessidade do exame clínico sistemático da mama masculina para diagnóstico precoce do câncer, assim como em outras neoplasias malignas. Isto contribui imensamente para a cura nos casos iniciais, aumento de intervalo livre de doença e sobrevida global, já que o prognóstico declina com o tamanho do tumor e com o crescimento da probabilidade de metástase axilares e à distância⁽⁴⁾.

Devido à raridade dessa patologia, o tratamento segue a abordagem feminina, pois não há ainda uma base científica firmada para se estabelecer protocolo de tratamento individualizado para os homens. Desta forma, o tratamento preconizado em nosso serviço parece ser adequado, sendo o mesmo utilizado para o câncer de mama na mulher.

Referências bibliográficas

- DIAS EN, FONSECA MCA, AZARO MGA. Câncer de mama no homem. *In*: DIAS EN, CALEFFI M, SILVA HMS, FIGUEIRA FILHO ASS. Mastologia atual. Rio de Janeiro: Revinter. 1994; cap 36, p. 343-9.
- JOHSON HC, PAN S, MAO Y. Risk factors for male breast cancer in Canada, 1994-1998. *Eur J Cancer Prev Jun 2002*; 11(3): 253-63.
- MEGUERDITCHIAN AN, FALADEAU M, MARTIN G. Male breast carcinoma. *Can J Surg Aug 2002*; 45(4): 296-302.
- GIORDANO SH, BUZDAR AU, HORTOBAGYI GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med.* 2002. 137(8): 678-87.
- BASEGIO DL, TESSER AP, PORTELA SN. Câncer de mama no homem. *In*: BASEGIO DL. Câncer de mama. 1999; cap. 36, p. 307-16.
- LENFANT-PEJOVIC MH, MLIKA-CABANNE N, BOUCHARDY C, AUQUIER A. Risk factors for male breast cancer: a franco-swiss case-control study. *Apr 1990*; 45(4): 661-5.
- OLSSON H, RANSTAM J. Head trauma and exposure to prolactin-elevating drugs as risk factors for male breast cancer. *J Natl Cancer Inst 1998*; 80(9): 679-83.
- EVANS DB, ERICHLow RN. Carcinoma of the male breast and Klinefelter syndrome: is there no association? *Cancer 1987*; 37: 246-57.
- RIGBY JE, MORRIS JA, LAVELLE J, STEWART M, GATRELL AC. Can physical trauma cause breast cancer? *Eur J Cancer Prev 2002*; 11(3): 307-11.
- VAN NETTEN JP, MOGENTALE T, SMITH MJ, FLETCHER C, COY P. Physical trauma and breast cancer. *Lancet 1994*; 343(8903): 978-9.
- EL-GAZAYERLI M, KHALIL HA, ABDEL AZIZ A, RIAH W, EL-ZAWAHRY MM. Cancer of the alimentary tract in Egyptians. *Natl Cancer Inst Monogr 1967*; 25: 7-15.
- MABUCHI K, BROSS DS, KESSLER JJ. Risk factors for male breast cancer. *J Natl Cancer Inst 1995*; 74: 371.
- MC LANGHLIN JK, MAUKER HSR, BLOT W JR *et al.* Occupation risks for male breast cancer in Sweden. *Br J Indust Med 1988*; 45: 275-6.
- HODSON GR, URDANETA LF, AL-JURF AS *et al.* Male breast carcinoma. *Am Surg 1985*; 51: 47-9.
- SCHEIKE O. Male breast cancer: 5 clinical manifestations in 257 cases in Denmark. *Br J Cancer 1973*; 28: 552-61.
- BORGEN PI, WONG GY, VLAMIS V *et al.* Current management of male breast cancer. A review of 104 cases. *Ann Surg 1992*; 215: 451-59.
- DIGENIS AG, ROSS CB, MORRISON JG *et al.* Carcinoma of the male breast: a review of 41 cases. *South Med J 1990*; 83: 1162-7.
- SANDLER B, CARMAN C, PERRY RR. Cancer of the male breast. *Am Surg 1994*; 60: 816-20.
- STRNAD P. The 5th edition of the TNM classification - malign tumors of the breast. *Geska Gynekol 1999*; 64(1): 54-7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. CDC - Centers for Disease Control & Prevention - Epi-Info versão 6.04d. Jan. 2001.
- GIPTA RK, NORAM S, SIMPSON J. The role of fine needle aspiration cytology (FNAC) in the diagnosis of breast masses in males. *Eur J Oncol 1998*; 13: 317-20.
- SILVA OE, ZURRIDA S. Câncer de mama: um guia para médicos. São Paulo: Atlântica. 2000, p. 246-8.
- ROSEN PP. Breast Pathology. Lippincott-Raven: Philadelphia. 1996, cap. 18, p. 497-509.
- MARIMOTO T, KAMAKI K, YAMAKAWA T *et al.* Cancer of the male breast. *J Surg Oncol 1990*; 44: 18-84.
- MOURÃO NETTO M. Câncer de mama no homem. *In*: BARROS ACS, SILVA HNS, DIAS EM, NAZARIO ACP, FIGUEIRA FILHO ASS. Mastologia: condutas. Rio de Janeiro: Revinter. 1999, cap. 36, p. 182-5.
- CUTULI B, LACROSE M, DILHUYDY JM, VELTEN M *et al.* Male breast cancer: results of the treatments and prognostic factors in 397 cases. *Eur J Cancer 1995*; 31A(12): 1960-4.
- YILDIRIM E, BERBEROGLU U. Male breast cancer: a 22-year experience. *Eur J Surg Oncol 1998*; 24(6): 548-52.
- PATEL KZ 2ND, BUZDAR AU, HORTOBAGYI GN. Role of adjuvant chemotherapy in male breast cancer. *Cancer Oct 1989*; 64(8): 1583-5.
- NABHOLTZ JM, REESE DM, LINDSAY MA, RIVA A. Docetaxel in the treatment of breast cancer: An update on recent studies. *Semin Oncol 2002*; 29(3 Supplement 12): 28-34.
- BEZWODA WR, HESDOFLER C, DANSEY R *et al.* Breast cancer in men: clinical features, hormon receptor status and response to therapy. *Cancer 1987*; 60: 1337-40.

Endereço para correspondência

Rossano Robério Fernandes Araújo
Rua Nicarágua 99 - Espinheiro
CEP 52020-190 - Recife-PE
Tel.: (81) 3413-1363