

Carcinoma intraductal bilateral em adolescente de 17 anos com ginecomastia: relato de caso

Bilateral intraductal carcinoma in a 17-year-old boy with gynecomastia: case report

José Roberto Figaro Caldeira¹, Ailton Joioso², João Ricardo Auler Paloschi³, Fernando Vequi Martins⁴, André Augusto Curty Romero Veloso⁵

Descritores

Ginecomastia
Carcinoma intraductal não infiltrante
Mastectomia
Mama
Relatos de casos

RESUMO

Ginecomastia é uma alteração mamária comum na adolescência, que é, geralmente, tratada como problema estético. O carcinoma intraductal é uma proliferação anormal de células do revestimento do epitélio ductal da glândula mamária, não invasiva, com potencial de desenvolver invasão. Apresentou-se o caso de um jovem de 17 anos, que se encontrava em acompanhamento há sete anos por ginecomastia puberal bilateral idiopática. Foi submetido à exérese de glândulas mamárias bilaterais, com resultado anatomopatológico de carcinoma intraductal dos tipos sólido e cribiforme, de baixo grau, multifocal, com margens comprometidas, em ambas as mamas. Foi encaminhado ao Serviço de Mastologia do Hospital Amaral Carvalho, em Jaú, no estado de São Paulo, para tratamento adicional, realizando-se mastectomia simples bilateral, sem terapia adjuvante. Após 22 meses, encontrou-se em seguimento ambulatorial sem evidência de doença ativa. Concluiu-se que o carcinoma intraductal em homens é uma patologia rara, especialmente quando bilateral e associado à ginecomastia puberal. Por essa razão, a ginecomastia não deve ser subestimada, especialmente quando a regressão espontânea não ocorrer, fazendo-se sempre necessário que o cirurgião envie a glândula mamária excisada à avaliação histológica.

Keywords

Gynecomastia
Carcinoma, intraductal, noninfiltrating
Mastectomy
Breast
Case reports

ABSTRACT

Gynecomastia is a common breast change during adolescence, which is generally treated as an esthetic problem. Intraductal carcinoma is an abnormal proliferation of cells lining the ductal epithelium of the noninvasive, mammary gland, with potential to develop invasion. A case of a 17-year-old boy who was monitored for seven years for bilateral idiopathic pubertal gynecomastia was presented. He underwent an excision of bilateral mammary glands with pathological results of intraductal carcinoma of solid and cribriform types, low-grade, multifocal, with positive margins in both breasts. He was referred to Serviço de Mastologia from Hospital Amaral Carvalho, in Jaú, São Paulo, for further treatment, a bilateral mastectomy was performed, without adjuvant therapy. After 22 months, he was in follow-up without evidence of active disease. We concluded that intraductal carcinoma in men is a rare condition, especially when bilateral and associated with pubertal gynecomastia. Therefore, gynecomastia should not be underestimated, especially when spontaneous regression does not occur, making it is always necessary for the surgeon to send the excised mammary gland to the histological evaluation.

Trabalho realizado no Serviço de Mastologia do Hospital Amaral Carvalho – Jaú (SP), Brasil.

¹Doutor em Ciências Biológicas em Genética de Câncer de Mama pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu; Diretor do Serviço de Mastologia do Hospital Amaral Carvalho – Jaú (SP), Brasil.

²Médico Mastologista Preceptor da Residência Médica em Mastologia do Hospital Amaral Carvalho – Jaú (SP), Brasil.

³Médico Mastologista do Hospital Amaral Carvalho – Jaú (SP), Brasil.

⁴Médico Residente do segundo ano em Mastologia do Hospital Amaral Carvalho – Jaú (SP), Brasil.

⁵Médico Residente do primeiro ano em Mastologia do Hospital Amaral Carvalho – Jaú (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Fernando Vequi Martins – Hospital Amaral Carvalho – Departamento de Mastologia – Rua Dona Silvéria, 150 – CEP: 17210-080 – Jaú (SP), Brasil – E-mail: fvequi@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 06/07/2011 Aceito em: 19/06/2012

Introdução

A ginecomastia é uma alteração mamária comum (incidência entre 60 a 70%) na adolescência e, geralmente, tratada como problema estético. É considerada como um processo benigno que regride sem nenhum tratamento em um período de um a dois anos, na maioria dos casos^{1,2}.

O carcinoma intraductal é um crescimento neoplásico circunscrito ao ducto, em que as células epiteliais malignas proliferam-se, e, à microscopia óptica, não são vistos sinais de ruptura da membrana basal e invasão do estroma periductal³. Entretanto, há potencial de desenvolver invasão^{4,5}. É uma lesão extremamente rara em homens, especialmente quando associada à ginecomastia⁴; de fato, a literatura reporta poucos casos em adultos e somente dois na adolescência^{1,6}.

O presente trabalho teve como objetivo relatar o caso de um adolescente de 17 anos de idade com carcinoma intraductal bilateral e ginecomastia associada, seu tratamento e evolução, além de ressaltar que a ginecomastia nunca deve ser subestimada, especialmente quando a regressão espontânea não ocorrer.

Relato do caso

Paciente de 17 anos, sexo masculino, branco, solteiro, natural de Curitiba, Paraná, e procedente de Penápolis, São Paulo, que se encontrava em acompanhamento há sete anos por ginecomastia puberal bilateral idiopática em sua cidade de origem, sem resolução espontânea. A história familiar era negativa para câncer de mama.

Em julho de 2009, foi submetido à exérese estética de glândulas mamárias bilaterais, com resultado anatomopatológico (AP) de carcinoma intraductal dos tipos sólido e cribiforme, de baixo grau, multifocal, com margens comprometidas, em ambas as mamas (Figuras 1 e 2). Não foi realizado exame de imunoistoquímica.

O paciente foi encaminhado ao Serviço de Mastologia do Hospital Amaral Carvalho, em Jaú, no estado de São Paulo, para tratamento adicional. As investigações laboratorial (hormônio folículo estimulante com 4,1 mU/mL – referência: 1 a 10,5 mU/mL; hormônio luteinizante com 7,0 mU/mL – referência: 1,7 a 8,6 mU/mL; prolactina com 9,2 ng/mL – referência: 4,04 a 15,2 ng/mL; testosterona total com 661,7 ng/dL – referência: 280 a 880 ng/dL; hormônio tireoestimulante com 0,965 uUI/mL – referência: 0,5 a 4,4 uUI/mL; hemograma e coagulograma normais) e clínica afastaram quaisquer patologias associadas, como hiperprolactinemia, hiperestrogenismo, síndrome de Klinefelter, e o uso de esteroides anabolizantes e de drogas ilícitas, como a maconha. O rastreamento oncológico pré-operatório não mostrou alterações, realizando-se mastectomia simples bilateral, com AP bilateral de ausência de neoplasia residual, processo inflamatório crônico com fibrose,

granulomas tipo corpo estranho e lipofágicos. Não foi realizada terapia adjuvante.

Após 22 meses, o paciente encontra-se em seguimento ambulatorial sem evidência de doença ativa.

Discussão

O carcinoma intraductal é considerado como um precursor para câncer de mama⁶⁻⁸. É extremamente raro em homens e representa aproximadamente 5% dos casos de câncer de mama masculino⁹. Há um risco de 30 a 50% de os carcinomas *in situ* evoluírem para as formas invasivas de câncer da glândula mamária ipsilateral em até 20 anos após o diagnóstico inicial^{5,7,10}.

Torna-se importante, na presença de ginecomastia, excluir a possibilidade de presença de malignidade, por meio do exame clínico de ambas as glândulas mamárias e testículos, procurando por qualquer hipoplasia testicular que possa estar correlacionada com a síndrome de Klinefelter, com os níveis séricos de hormônio luteinizante, hormônio folículo-estimulante, prolactina e cariótipo do sangue periférico^{2,11}.

O carcinoma intraductal normalmente é visto na mamografia como uma área de microcalcificações. Entretanto, microcalcificação na mama é uma alteração extremamente comum e geralmente benigna. As calcificações no carcinoma intraductal podem, porém, estar associadas com uma massa ou alteração morfológica da glândula, e sua presença aumenta o risco de malignidade¹.

O uso da mamografia, quando se estuda paciente com ginecomastia, é recomendado por muitos autores devido à possibilidade de se distinguir tecido adiposo do epitélio glandular e identificar massas suspeitas. Outros autores, todavia, acreditam que o estudo mamográfico não é tão útil como nas mulheres, devido à naturalidade densa e ao tamanho reduzido da mama masculina^{12,13}.

A ultrassonografia (US) mamária pode não mostrar as microcalcificações e, conseqüentemente, não contribuir por não fornecer informações adicionais, mas pode ser útil caso as microcalcificações estejam associadas à massa mamária. Ainda, é possível destacar achados tipicamente malignos, como nódulos com margens irregulares, heterogêneos e sombras acústicas posteriores, o que incrementa o diagnóstico de malignidade e doença invasiva. A US pode mostrar, também, a presença e as características dos linfonodos axilares¹.

A importância da ressonância nuclear magnética (RNM) das mamas, no diagnóstico, no estadiamento e na avaliação da extensão do carcinoma intraductal em homens, é limitada pela falta de disponibilidade e apenas moderada especificidade, além de pouco influenciar no planejamento cirúrgico; portanto, nesses casos, o uso desse método diagnóstico não é considerado uma prática padrão¹⁴.

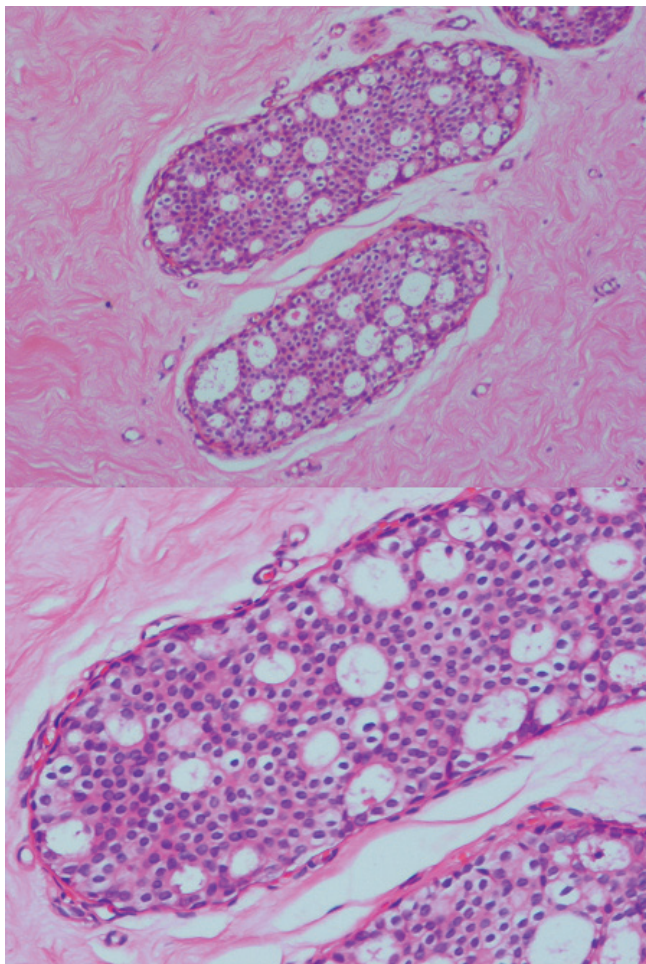


Figura 1. Mama direita: fotomicrografia mostrando corte histológico de carcinoma intraductal de baixo grau dos tipos sólido e cribiforme, corada pela hematoxilina-eosina (459 x)

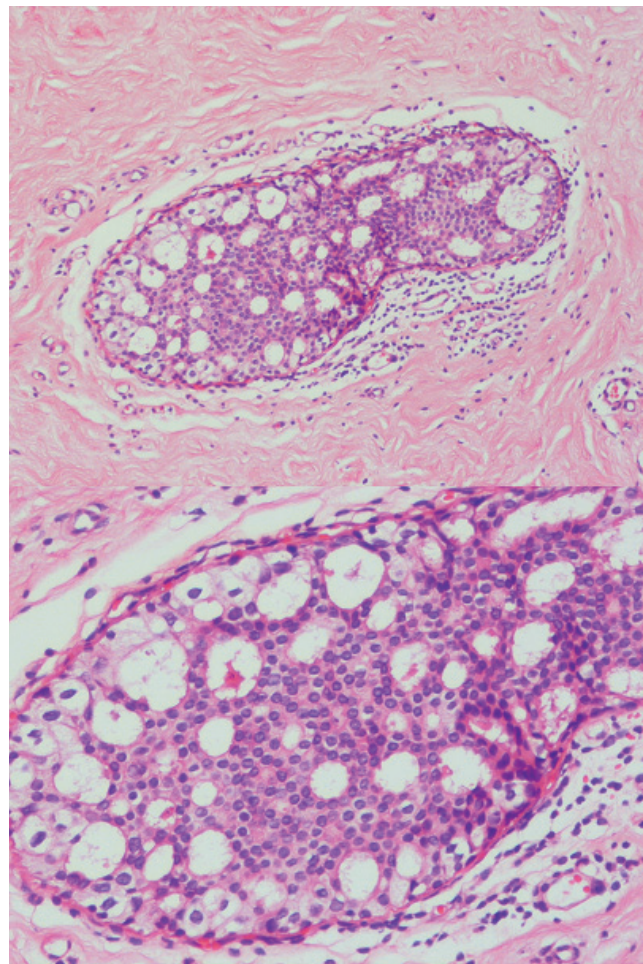


Figura 2. Mama esquerda: fotomicrografia mostrando corte histológico de carcinoma intraductal de baixo grau dos tipos sólido e cribiforme, corada pela hematoxilina-eosina (459 x)

O manejo do carcinoma intraductal da mama em homens ainda não é consensual. No entanto, a mastectomia total com excisão do complexo areolopapilar, sem dissecação axilar, permanece sendo a conduta preferencial^{13,15-20}. A avaliação axilar cirúrgica por meio da biópsia do linfonodo sentinela é reservada aos pacientes com tumores diagnosticados no pré-operatório, como carcinomas intraductais por biópsia de fragmentos, e que apresentam um alto risco de coexistirem com doença invasiva²¹. A tumorectomia ou a excisão local não são consideradas tratamentos seguros. A radioterapia e a quimioterapia são, também, não aplicáveis^{13,15-18}.

Conclusões

Permite-se concluir que o carcinoma intraductal em homens é uma patologia rara, especialmente quando bilateral e associado à ginecomastia puberal. Por essa razão, a ginecomastia não deve ser subestimada, especialmente quando a regressão espontânea

não ocorrer, fazendo-se sempre necessário que o cirurgião envie a glândula mamária excisada à avaliação histológica.

Referências

1. Corroppo M, Erculiani E, Zampieri N, Gobbato M, Camoglio FS, Giacomello L. Ductal carcinoma in situ in a 15-year-old boy with gynaecomastia: a case report. *Pediatr Surg Int.* 2008;24(8):943-5.
2. Luanow E, Kettler M, Slanetz PJ. Spectrum of Disease in the Male Breast. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;196(3):W247-59.
3. Oliveira C, Luna M, Chagas CR. Carcinoma ductal *in situ*. In: Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA, organizadores. *Tratado de Mastologia da SBM.* Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p. 710-26.
4. Crichlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet.* 1972;134(6):1011-9.
5. Cohen AL, Ward JH. Risk reduction strategies for ductal carcinoma in situ. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010;8(10):1211-7.
6. Qureshi K, Athwal R, Cropp G, Basit A, Adjogtse J, Bhogal RH. Bilateral synchronous ductal carcinoma in situ in a young man: case report and review of the literature. *Clin Breast Cancer.* 2007;7(9):710-2.

7. Page DL, Dupont WD, Rogers LW, Jemnsen RA, Schuyler PA. Continued local recurrence of carcinoma 15–25 years after a diagnosis of low grade ductal carcinoma in situ of the breast treated only by biopsy. *Cancer*. 1995;76(7):1187-200.
8. Virnig BA, Tuttle TM, Shamliyan T, Kane RL. Ductal Carcinoma In Situ of the Breast: A Systematic Review of Incidence, Treatment, and Outcomes. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(3):170-8.
9. Hittmaier AP, Lininger RA, Tavassoli SA. Ductal carcinoma in situ (DCIS) in the male breast: a morphologic study of 84 cases of pure DCIS and 30 cases of DCIS associated with invasive carcinoma – a preliminary report. *Cancer*. 1998;83(10):2139-49.
10. Tunon-de-Lara C, André G, Macgrogan G, Dilhuydy JM, Bussièrès JE, Debled M, et al. Ductal carcinoma in situ of the breast: influence of age on diagnostic, therapeutic, and prognostic features. Retrospective study of 812 patients. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(5):1372-99.
11. Wilkins L. *The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*. 3rd ed. Springfield: Charles C. Thomas; 1995. p. 207-8.
12. Cooper RA, Gunter BA, Ramamurthy L. Mammography in men. *Radiology*. 1994;191(3):651-6.
13. Bland KI, Copeland III EM, editors. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 1416-20.
14. Sakorafas GH, Farley DR. Optimal management of ductal carcinoma in situ of the breast. *Surg Oncol*. 2003;12(4):221-40.
15. Camus MG, Joshi MG, Mackarem G, Lee AK, Rossi RL, Munson JL, et al. Ductal carcinoma in situ of the male breast. *Cancer*. 1994;74(4):1289-93.
16. Armstrong J, Saunders C, Metcalf C. Male breast ductal carcinoma in situ. *ANZ J Surg*. 2003;73(9):774-5.
17. Cutuli B, Dilhuydy JM, De Lafontan B, Berlie J, Lacronze M, Lesaunier F, et al. Ductal carcinoma in situ of the male breast. Analysis of 31 cases. *Eur J Cancer*. 1997;33(1):35-8.
18. Cutuli BF, Florentz P, Lacroze M, Dilhuydy JM, Allavena C, De Lafontan B, et al. Breast cancer in males: a study of 15 cases of pure ductal carcinoma in situ. *Bull Cancer*. 1992;79(11):1045-53.
19. Hwang ES. The impact of surgery on ductal carcinoma in situ outcomes: the use of mastectomy. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010;(41):197-9.
20. Kane RL, Virnig BA, Shamliyan T, Wang SY, Tuttle TM, Wilt TJ. The impact of surgery, radiation, and systemic treatment on outcomes in patients with ductal carcinoma in situ. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010;(41):130-3.
21. Miyake T, Shimazu K, Ohashi H, Taguchi T, Ueda S, Nakayama T, et al. Indication for sentinel lymph node biopsy for breast cancer when core biopsy shows ductal carcinoma in situ. *Am J Surg*. 2011;202(1):59-65.