

CÂNCER DE MAMA EM HOMEM: UM RELATO DE CASO

LUNARDELLI, A. L.¹; DA SILVA, J. A. N.¹; TOMASI, M.²

¹ Graduando da 12^a fase do curso de Medicina, da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

² Docente do curso de Medicina, da Área das Ciências da Vida, da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Médico Ginecologista e Obstetra e Mastologista.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença rara no homem e representa menos de 1% de todos os cânceres de mama e menos de 1% de todos os tumores masculinos, mas sua incidência tem aumentado nos últimos anos (MEGUERDITCHIAN et al., 2002). O INCA estima que no ano 2016 houve 57.960 novos casos de câncer de mama, sendo destes 1% na população masculina. Além disso, no ano 2013, das 14.388 mortes por câncer de mama, 181 delas ocorreram em homens (BRASIL, 2017). No Brasil, não se verificou redução nas taxas de mortalidade nos últimos anos, e a maior incidência dessa neoplasia foi encontrada nos estados do Sul do País, destacando-se o Rio Grande do Sul (SAVI; HAAS, 2008). É possível que os aumentos percebidos na incidência de câncer de mama em homens possam simplesmente refletir o aumento da detecção de doenças (FL, 2015). A idade, o maior fator de risco para o câncer de mama, também deve ser considerada, pois houve um envelhecimento da população com o aumento da longevidade. A taxa de sobrevivência global é mais baixa, em razão do diagnóstico mais tardio e, conseqüentemente, em estágio mais avançado da doença (GIORDANO et al., 2004). Os principais fatores de risco identificados são: antecedente familiar, insuficiência hepática por causas diversas (incluindo alcoolismo e doenças endêmicas), tratamentos hormonais prolongados, tumores de folículo, orquite, traumas testiculares, tumores de próstata, obesidade, alterações de cariótipo (Síndrome de Klinefelter), bem como a presença de ginecomastia. As alterações genéticas, como mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (herança autossômica dominante), estão também envolvidas, e a mais comum é a que acomete o gene BRCA2, estando associada a pacientes mais jovens e com pior prognóstico (RAVANDI-KASHANI; HAYES, 1998). Semelhante às mulheres, o consumo superior a 10 g/dia de álcool aumenta em 16% o risco de câncer de mama masculino (SORENSEN et al., 1998). Qualquer lesão suspeita necessita de biópsia para confirmação do diagnóstico (IUANOW et al., 2011). A imunohistoquímica auxilia na avaliação preditiva à resposta ao Tamoxifeno nos casos de receptores estrogênicos e progestogênicos positivos (ENGLISH et al., 2000). Cerca de 90% dos casos são do tipo carcinoma ductal invasivo e apresentam receptores hormonais (DONEGAN; REDLICH, 1996). Pela 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 (ENGLISH et al., 2000). Por isso, muitas das atuais modalidades de tratamento são baseadas na experiência com câncer de mama feminino (DONEGAN; REDLICH, 1996).

RELATO DE CASO

Indivíduo do sexo masculino, 42 anos, buscou a Unidade Básica de Saúde de seu município após passados alguns meses de traumatismo torácico leve na região mamilar direita, que revelou a presença de nodulação retroareolar com crescimento progressivo e dor ao contato, porém sem derrame papilar e linfonodomegalias. Paciente sem doenças crônicas e necessidade de medicações contínuas, sem história prévia de câncer e de patologias mamárias, bem como história familiar de câncer. Negou etilismo, tabagismo e exposição à radiação. Relatava prática irregular de atividade física. O médico do serviço solicitou exames laboratoriais, prescreveu medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos e levantou a hipótese diagnóstica de cisto sebáceo. Como não apresentou melhora do quadro após o uso das medicações propostas, o paciente buscou atendimento com médico ginecologista, o qual solicitou uma ultrassonografia de mamas e axilas. A ultrassonografia mostrou um nódulo sólido, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos na região retroareolar inferior da mama direita, contendo focos de calcificações internas, medindo 3,3 x 3,0 x 2,4 cm, indicando BIRADS IV A. A partir desse resultado, o médico ginecologista procedeu à mastectomia radical direita. O estudo anatomopatológico da peça revelou carcinoma ductal invasivo, de grau histológico pouco diferenciado (grau 3), medindo 4,0 x 3,8 cm, com presença de êmbolos vasculares, ausência de invasão neural, pele e mamilo invadidos pela neoplasia, margem profunda comprometida e margens laterais livres, indicando estadiamento patológico pT4 pNx pMx. O paciente foi encaminhado ao Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), onde foi solicitada imunohistoquímica, a qual revelou positividade para os receptores de estrogênio e progesterona, expressão de Her-2 negativa e índice de proliferação celular (Ki-67) de 40%. O tumor foi classificado como Luminal B. O Serviço de Oncologia do HUST sugeriu a realização de linfonodo sentinela, que demonstrou dois linfonodos dentro da normalidade e ausência de neoplasia metastática, e solicitou tomografias de tórax e abdome, que se mostraram negativas para doença metastática. Dessa forma, o estadiamento estabelecido foi pT4 N0 M0. Apesar de haver comprometimento da margem profunda, durante o procedimento de mastectomia foi realizada exérese até o limite da fáscia peitoral, portanto o Serviço de Oncologia sugeriu quimioterapia seguida de hormonioterapia. Foram realizados seis ciclos de quimioterapia com intervalo de 21 dias entre cada ciclo. Um mês após, foi iniciado Tamoxifeno 20mg um comprimido uma vez ao dia, com plano de uso por cinco anos. O paciente também foi encaminhado ao Serviço de Radioterapia, onde realizou 14 sessões com dose de 2/50 Gy com *boost* no leito tumoral de 2/64 Gy. Atualmente, o paciente continua realizando acompanhamento no Serviço de Oncologia do HUST a cada seis meses e ainda está em uso do Tamoxifeno (3º ano).

DISCUSSÃO

Ao contrário do encontrado na literatura, a qual indica que o câncer de mama em homens apresenta pico de incidência aos 60 anos (FENTIMAN et al., 2006), o paciente analisado recebeu o diagnóstico aos 42 anos. Na maioria das vezes, como apresentado neste relato de caso, o quadro clínico inicia-se de forma insidiosa, com espessamento do tecido glandular mamário, normalmente na região retroareolar (VETTO et al., 1999). Embora de grande impor-

tância, a mamografia ainda tem utilidade diagnóstica limitada no câncer de mama masculino, pela própria condição anatômica do homem, que não permite um campo de imagem preciso (GIORDANO et al., 2002). Ainda que a mamografia seja um exame importante, a investigação do nódulo no paciente em questão foi iniciada por meio da ultrassonografia, a qual foi capaz de evidenciar lesão suspeita digna de investigação. Qualquer lesão suspeita necessita de biópsia para confirmação do diagnóstico (IUANOW et al., 2011). Contudo, o médico assistente procedeu com mastectomia radical como método diagnóstico e terapêutico. A partir do estudo anatomo-patológico e imunohistoquímico da peça cirúrgica, foi diagnosticado subtipo histológico ductal invasivo associado à presença de receptores de estrogênio e progesterona, o que concorda com o apresentado pela literatura, em que cerca de 90% dos casos são do tipo carcinoma ductal invasivo e apresentam receptores hormonais (TAVASSOLI, 1999). O diagnóstico, em cerca de 40% dos casos, é feito em pacientes com tumores avançados (estágios III e IV) (IUANOW et al., 2011), da mesma forma que o encontrado no caso, pois apresentou estágio IIIB (pT4 N0 M0). Em razão da raridade da doença, muitas das atuais modalidades de tratamento são baseadas na experiência com câncer feminino (DONEGAN; REDLICH, 1996). A mastectomia radical modificada é o tratamento cirúrgico de escolha, sendo a linfadenectomia axilar obrigatória (ENGLISH et al., 2000). No paciente analisado, foram realizadas mastectomia radical e abordagem axilar com realização de linfonodo sentinela. A quimioterapia é indicada quando há comprometimento dos linfonodos axilares e segue as mesmas dosagens preconizadas para o sexo feminino (ARAÚJO et al., 2003). Apesar de não haver comprometimento linfonodal no caso descrito, o paciente recebeu quimioterapia adjuvante para complementar o tratamento cirúrgico, uma vez que foi diagnosticado em estágio III (T >1 cm) e tumor com pouca diferenciação celular. A radioterapia adjuvante, com o objetivo de diminuir risco de recidiva local, tem a mesma indicação que para o sexo feminino (ARAÚJO et al., 2003). No caso relatado, a radioterapia teve indicação pela extensão da doença com comprometimento de margem profunda e pelo tamanho do tumor (4 cm). A hormonioterapia com Tamoxifeno 10 mg/dia é utilizada quando receptores de estrogênio e progesterona são positivos (SAVI; HAAS, 2008), o que ocorre em 85% dos casos de câncer de mama masculino (ENGLISH et al., 2000), assim como ocorreu com o paciente em questão.

CONCLUSÃO

O câncer de mama em homem é uma patologia relativamente incomum, portanto, o conhecimento da existência e da importância da doença, tanto por parte do meio científico quanto da população, faz-se importante. Além de ocasionar uma procura rápida ao atendimento médico por parte dos pacientes, proporcionaria uma conduta segura e efetiva por parte dos médicos, de forma a sempre beneficiar o paciente.

Palavras-chave: Câncer. Mama. Homem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. R. F. et al. Male breast cancer: a study of 13 cases. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 13, n. 3, p. 115-121, 2003.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Mama**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama>. Acesso em: 19 jun. 2017.

DONEGAN, W. L.; REDLICH, P. N. Breast cancer in men. **Surgical Clinics Of North America**, v. 76, i. 1, p. 343-358, 1996.

ENGLISH, J. C. et al. Cancer of the male breast. **International Journal Of Dermatology**, v. 39, i. 1, p. 881-886, 2000.

FENTIMAN, I. S.; FOURQUET, A.; HORTOBAGYI, G. N. Male breast cancer. **The Lancet**, v. 367, i. 9510, p. 595-604, Feb. 2006.

GIORDANO, S. H.; BUZDAR, A. U.; HORTOBAGYI, G. N. Breast cancer in men. **Annals Of Internal Medicine**, v. 137, i. 8, p. 678-687, 15 out. 2002.

IUANOW, E.; KETTLER, M.; SLANETZ, P. J. Spectrum of Disease in the Male Breast. **American Journal Of Roentgenology**, v. 196, i. 3, p. 247-259, Mar. 2011.

MEGUERDITCHIAN, A.-N.; FALARDEAU, M.; MARTIN, G. Male breast carcinoma. **Canadian Journal Of Surgery**, v. 45, i. 4, p. 296-302, Aug. 2002.

RAVANDI-KASHANI, F.; HAYES, T. G. Male breast cancer: a review of the literature. **European Journal Of Cancer**, v. 34, i. 9, p. 1341-1347, Aug. 1998.

SAVI, L. A.; HAAS, P. **Ocorrência de câncer de mama em homens no Brasil**. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

FL, S. **John W. Nick Foundation**. 2015. Disponível em: <<https://www.malebreastcancer.org/>>. Acesso em: 14 maio 2015.

GIORDANO, S. H. et al. Breast carcinoma in men. **Cancer**, v. 101, n. 1, p. 51-57, 2004.

SORENSEN, H. T. et al. Risk of Breast Cancer in Men With Liver Cirrhosis. **The American Journal Of Gastroenterology**, v. 93, i. 2, p. 231-233, Feb. 1998.

TAVASSOLI, F. A. **Pathology of the breast**. 2. ed. Nova York: Mc Graw-hill, 1999.

VETTO, J. et al. Stages at presentation, prognostic factors, and outcome of breast cancer in males. **The American Journal Of Surgery**, v. 177, i. 5, p. 379-383, May 1999.