

Caso #70

CÂNCER DE MAMA MASCULINO

Mama

Dados do Caso

Data submissão:	23/03/2020
Data publicação:	15/04/2020
Seção :	Selecionado
Tipo de Caso :	Tipo Caso 1
Autor:	JORGE GILBERTO CASTRO DO VALLE FILHO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUCRS - HOSPITAL SÃO LUCAS
Autor correspondente:	-
Dados do paciente :	Masculino , 45 anos
Palavras-Chave :	Neoplasias da Mama Masculina, Carcinoma Ductal de Mama, Ultrassonografia Mamária, Ultrassonografia Doppler em Cores, Mamografia
URL:	http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/70
Link do Abstract no PUBMED:	
DOI :	Ahead of DOI

Resumo

O câncer de mama masculino é uma doença rara com morbimortalidade significativa. Apesar de ser incomum, alguns estudos vêm demonstrando um aumento na incidência destes tumores. A mamografia e a ultrassonografia são métodos bastante úteis na sua investigação. O estudo com doppler complementar pode trazer maiores subsídios diagnósticos. Linfoma e metástase, principalmente prostática, são os principais diagnósticos diferenciais.

Histórico Clínico

Paciente R.R.B., masculino, branco, 45 anos, procurou a Emergência relatando desconforto em parede torácica anterior direita há 2 meses, que evoluiu para nódulo palpável e doloroso em topografia periareolar ipsilateral há 1 mês. Exame físico: Mama direita com nódulo palpável periareolar, endurecido e fixo. Foi solicitada ultrassonografia das mamas masculinas.

Achados Radiológicos

A ultrassonografia das mamas masculinas evidenciou ginecomastia discreta bilateralmente na fase quiescente. Em mama direita, observou-se imagem nodular, em topografia periareolar, hipoecóica, não circunscrita, ovalada, paralela à pele, sem efeito acústico posterior, não compressível, com margens anfractuosas, algumas formando ângulos retos, bem como áreas imprecisas e outras com insinuação subareolar, medindo 3,2 x 1,8 x 2,8 cm e a cerca de 0,4 cm da pele. Destacou-se, ainda, halo hiperecótico espesso circunjacente. O estudo complementar com Doppler pulsado e de amplitude demonstrou vasos situados na periferia e no interior da substância tumoral, com evidente diferença nos padrões de formato da onda espectral nestas duas regiões. A biópsia com agulha grossa (core biópsia) confirmou carcinoma ductal infiltrante.

Discussão

O câncer de mama masculino (CMM), embora raro, pode causar morbimortalidade significativa [1], com prognóstico pior em relação ao câncer de mama feminino, tanto por uma agressividade intrínseca mais alta, como pelo fato da mama masculina ser menor, de forma que mesmo pequenas lesões podem invadir a pele, o mamilo e a parede torácica [2,7]. Ele vêm demonstrando um discreto aumento na sua incidência [3,4], representando, contudo, ainda menos de 1% de todos os processos malignos nos homens e também menos de 1% dos cânceres de mama no mundo [2]. Os principais fatores de risco são: antecedente familiar, insuficiência hepática por causas diversas (incluindo alcoolismo e doenças endêmicas), tratamentos hormonais prolongados, orquite, traumas testiculares, tumores de próstata, obesidade, Síndrome de Klinefelter, assim como a presença de ginecomastia. Cerca de 90% dos tumores são ductais invasivos, 80% apresentam receptores de estrógeno e 80 a 90% receptores de progesterona positivos. O tratamento segue os guidelines femininos [4]. Não há um protocolo definido para a avaliação da mama masculina. A Mamografia (MMG) e a Ultrassonografia (US) são métodos bastante úteis, sendo que qualquer lesão, via de regra, poderá ser vista em uma ou nas duas modalidades de imagem descritas. Em casos suspeitos, o primeiro exame a ser realizado é a MMG [5]. A sua sensibilidade e especificidade são de 92 e 90%, respectivamente [6]. O aspecto mamográfico do CMM é semelhante ao do carcinoma ductal invasivo sem outra especificação (CDISOE) nas mulheres, na maioria dos casos. Apresentam-se como massas angulares ou espiculadas, geralmente subareolares, ou discretamente excêntricas ao mamilo. A presença de microcalcificações é menos comum. Deve-se lembrar que, como o percentual de tumores masculinos que são papilares invasivos e intracísticos é mais alto do que nas mulheres, uma porcentagem discretamente maior dos cânceres masculinos parecerá circunscrito. Os achados ultrassonográficos dos carcinomas de mama masculina têm, frequentemente, características semelhantes àquelas do mesmo tipo celular da mama feminina, como marcada hipoecogenicidade, maior eixo perpendicular à pele, margens angulares e halo ecogênico espesso [2,7,8]. Além disso, ao estudo doppler, podemos observar vasos situados na periferia e no interior da substância tumoral, apresentando evidente diferença nos padrões de formato da onda espectral nestas duas regiões, sendo este um dos fatores de previsão positivos mais confiáveis de neoplasia maligna, no que se refere ao estudo doppler [2].

Lista de Diferenciais

- - Linfoma (sobretudo em pacientes com infecção pelo HIV)
- - Metástase (mais frequentemente originando-se da próstata)
- - Fascite Nodular na Mama
- - Paracoccidiodomicose Mamária

- - Cisto complexo com nódulo mural

Diagnóstico

- Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI)

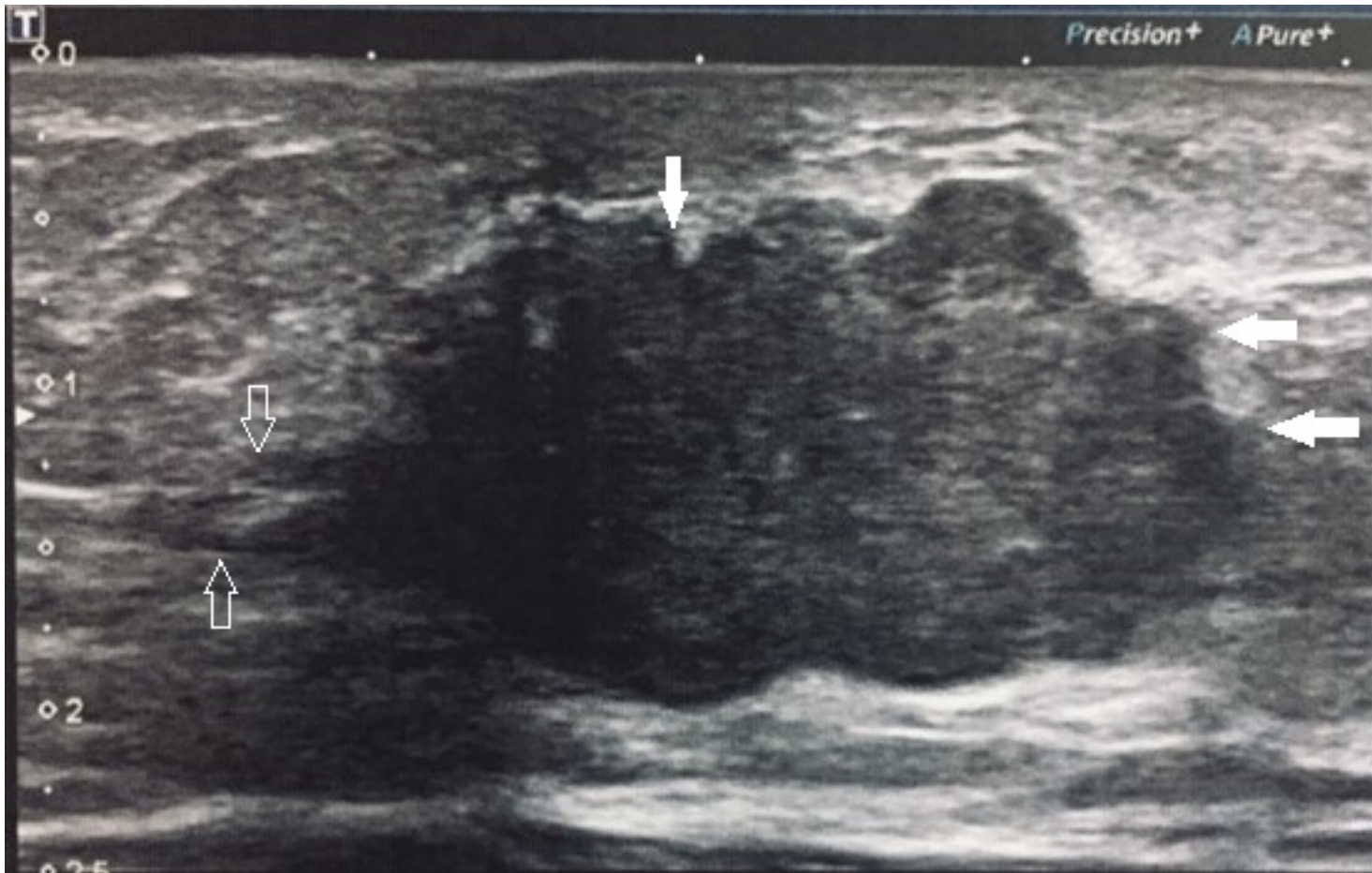
Aprendizado

O câncer de mama masculino, embora ainda raro, vem apresentado discreto crescimento de sua incidência nas últimas décadas. Com muita frequência, no momento do diagnóstico, acaba apresentando-se mais agressivo tanto histológica como clinicamente do que nas mulheres. A desinformação e a demora na busca por ajuda especializada pioram, ainda mais, o prognóstico desta patologia.

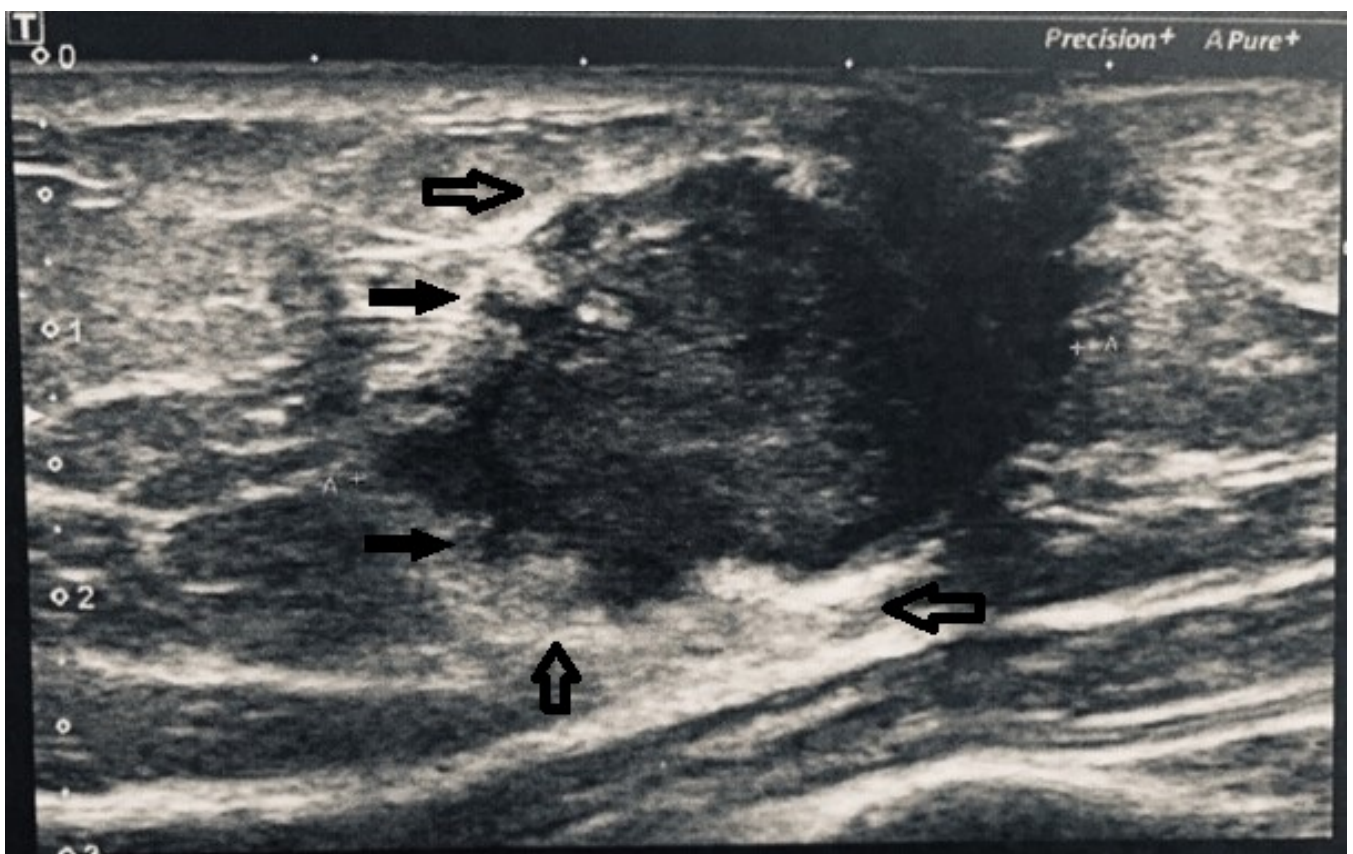
Referências

1. Ravandi-Kashani F, Hayes TG. Male breast cancer: a review of the literature. *Eur J Cancer*. 1998;34(9):1341-7.
2. Stavros, AT. Ultrassonografia da mama. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 683-9.
3. Meguerditchian AN, Falardeau M, Martim G. Male breast carcinoma. *Can J Surg*. 2002;45(4):296-302.
4. Salomon MFB, Mendonca JV, Pasqualette HAP, Pereira PMS, Sondermman VRM. Câncer de mama no homem. *Revista Brasileira de Mastologia*. 2015;25(4):141-5.
5. Nguyen C, Kettler MD, Swirsky ME, Miller VI, Scott C, Krause R, et al. Male breast disease: pictorial review with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2013;33(3):763-79.
6. Goss PE, Reid C, Pintilie M, Lim R, Miller N. Male breast carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years. 1995-1996. *Cancer*. 1999;85(3):629-39.
7. Ciatto S, Iossa A, Bonardi R, Pacini P. Male breast carcinoma: review of a multicenter series of 150 cases. Coordinating Center and Writing Committee of FONCAM (National Task Force for Breast Cancer), Italy. *Tumori*. 1990;76:555-558.
8. Conduas do INCA - Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2001, 47(1): 9-19.

Imagens



Câncer de mama invasivo em homem com ginecomastia de longa data. Notam-se alterações muito sugestivas de invasão, como margens angulares ao longo das bordas superior e lateral (setas sólidas), bem como espiculações (setas vazadas).

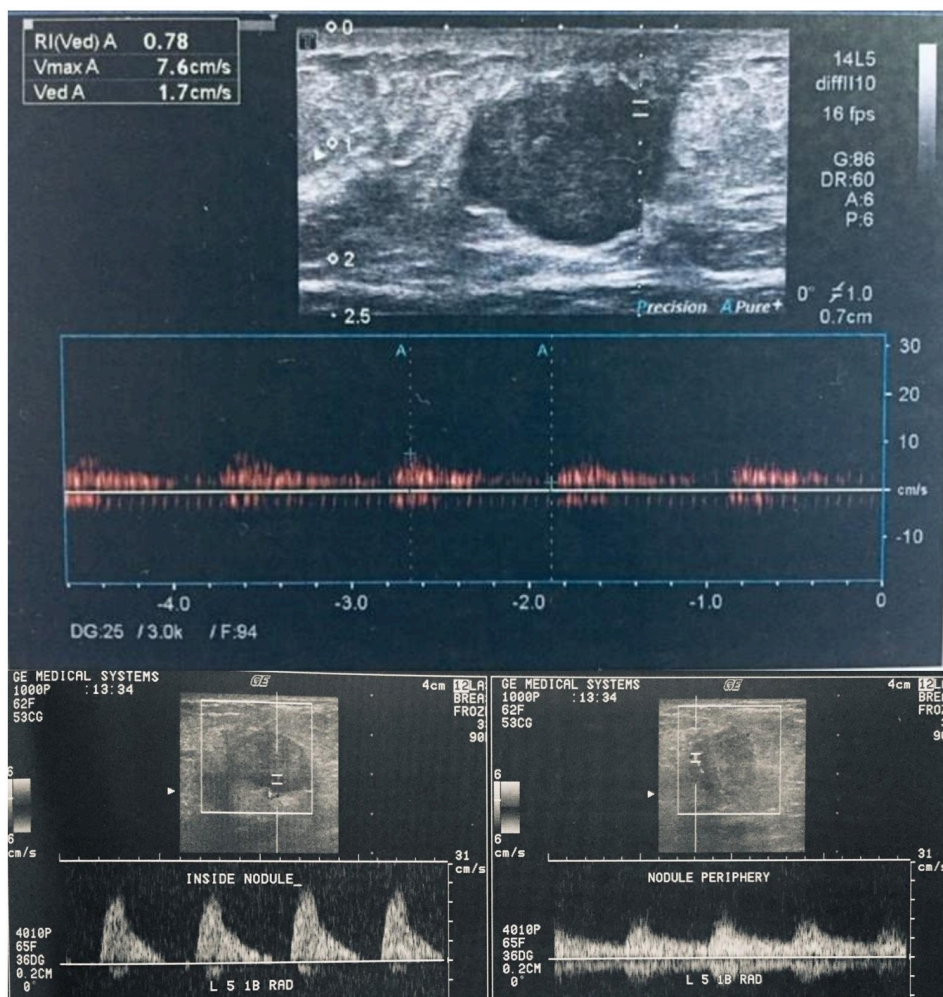


A mesma lesão da figura 1. Observe as margens microlobuladas (setas sólidas), sugestivas de lesão invasiva, e o halo ecogênico espesso (setas vazadas), representando diminutas

espículas hiperecóicas não exibidas pelo equipamento.



A hipervascularização de carcinomas mamários invasivos, especialmente os de alto grau, tende a ficar muito evidente na avaliação pelo Doppler.



Os formatos de onda no Doppler pulsado em muitos carcinomas mamários invasivos variam de acordo com a sua localização. Os vasos da superfície do nódulo tendem a apresentar velocidades de pico sistólico relativamente baixas, picos sistólicos arredondados e velocidades peridiastólicas relativamente altas, com baixos índices de resistência (imagens superior e inferior à direita). Por outro lado, vasos situados profundamente no nódulo tendem a apresentar velocidades elevadas de pico sistólico, picos sistólicos abruptos e velocidades peridiastólicas relativamente baixas, com altos índices de resistência (imagem inferior à esquerda). Fonte: Stavros, AT. Ultrassonografia da mama. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 829.

Vídeos

Nenhum resultado encontrado