

# Capítulo 1

## CÂNCER DE MAMA NO SEXO MASCULINO

SARA NASSER GERÔNIMO KOZAN<sup>1</sup>  
AMANDA GERÔNIMO CONDE<sup>2</sup>  
GISELA PUGA DE SOUZA GERÔNIMO<sup>2</sup>  
RENAN FERNANDES KOZAN<sup>3</sup>

1. *Discente – Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH).*
2. *Discentes – Medicina da Faculdade de Dracena, Fundação Dracenense de Educação e Cultura (UNIFADRA)*
3. *Docente – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*

*Palavras Chave: Depressão; Neoplasia de mama; Neoplasia mamária masculina.*



10.29327/5137629.2-1

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença rara no homem, atinge um homem para cada mil mulheres, representa menos de 1%, de todas as neoplasias no sexo masculino, e menos de 0,1% da mortalidade em homens (SALOMON *et al.*, 2015)

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Brasil, estimam-se 66.280 novos casos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. O INCA também revela, de acordo com os seus últimos dados disponíveis referentes ao ano de 2018, que no referido ano houveram 17.763 óbitos por câncer de mama, sendo 189 casos relacionados a homens, e 3.694 óbitos por câncer de mama no sexo masculino no período entre 1979 e 2020 (INCA 2017; INCA 2020).

Cerca de 90% dos casos de câncer de mama no sexo masculino, é do tipo carcinoma ductal invasivo com receptores hormonais (estrógeno e progesterona) positivos e cerca de 10% dos casos apresentam doença *in situ*, sendo a grande maioria do tipo invasor. O carcinoma lobular invasivo é raro em homens devido à falta de lóbulos mamários terminais. Os tumores estão tipicamente localizados na região subareolar central da mama masculina e geralmente envolvem o mamilo (SILVA *et al.*, 2008; SALOMON *et al.*, 2015; THOMAS, 2010; OTTINI, 2010).

Alguns estudos recentes demonstram que a incidência do câncer de mama no homem vem aumentando gradualmente, sua incidência aumenta com a idade e apresenta um pico na década dos 60 anos (SALOMON *et al.*, 2015; BONFIM *et al.*, 2013).

O objetivo deste estudo foi buscar informações atualizadas sobre o câncer de mama no sexo masculino, afim de conscientizar a popula-

ção sobre a existência da doença, as manifestações clínicas e tratamentos oferecidos auxiliando no diagnóstico precoce.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada através da análise de artigos obtidos nas bases de dados Scielo, Pubmed, Dimensions, ScienceDirect e Embase. Utilizou-se como descritores termos relacionados a câncer de mama no sexo masculino. Foram aceitos apenas estudos em humanos, publicados em revistas e periódicos. Foram considerados artigos nos idiomas: inglês e português. Listas de referências de artigos aceitos foram pesquisadas a fim de buscar artigos adicionais que atendessem aos critérios de elegibilidade. Após a realização das buscas nas bases de dados, utilizando as palavras-chaves com termos MESH, Emtree, termos gerais, e busca por título e abstract, utilizou-se o software Mendeley para realizar o gerenciamento das referências e excluir as duplicadas. As análises por títulos, resumos e artigos na íntegra foram realizadas pelos autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Etiologia

Por ser rara, sabe-se pouco sobre a sua etiologia. No entanto, há relatos de fatores hormonais, ambientais e genéticos estarem envolvidos na sua patogênese (SALOMON *et al.*, 2015).

A quantidade de estrogênio, testosterona, prolactina e o desequilíbrio desses hormônios aumentam o risco de câncer de mama. Relatos afirmam que o uso de estrogênio exógeno aumenta o risco de tumores em situações como, por exemplo, o tratamento hormonal do câncer de próstata e seu uso por transexuais, existem evidências até do desenvolvimento de cânceres

de mamas bilaterais nesta situação, a obesidade é outro fator importante e uma das causas mais frequentes de hiperestrogenismo em homens e têm sido implicadas como fator de risco de carcinoma de mama em homens. Na Síndrome de Klinefelter (disgenesia testicular, ginecomastia, redução dos níveis de testosterona e aumento das gonadotrofinas), existe um aumento do risco de câncer de mama em 20 a 50 vezes em relação aos homens normais (SALOMON *et al.*, 2015).

A exposição ocupacional à altas temperaturas, produtos químicos, tabaco, radiação ionizante, bem como o consumo superior a 10 g/dia de álcool aumenta também o risco de câncer de mama no sexo masculino (SALOMON *et al.*, 2015).

A história familiar em parentes de primeiro grau está presente em 20% dos homens com câncer de mama. As alterações genéticas, como mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (herança autossômica dominante), estão também envolvidas no câncer de mama masculino. A mutação que acomete o gene BRCA2 é a mais comum, e os tumores associados a estas mutações tendem a acometer pacientes mais jovens e com pior prognóstico (SALOMON *et al.*, 2015).

### **Quadro Clínico, Diagnóstico e Estadiamento**

O câncer de mama em homens raramente é diagnosticado em fase assintomática ou na ausência de sinais clínicos, o que se justifica a ausência de qualquer tipo de rastreamento, como ocorre com as mulheres (SILVA *et al.*, 2008).

Na maioria das vezes, o quadro clínico inicia-se de forma insidiosa, com espessamento do tecido glandular mamário, o nódulo está presente em 80 a 98% dos casos, sua localização é central e com limites imprecisos à palpação, firme, indolor e com mobilidade reduzida e com o avanço da doença, podem surgir alterações mamilares, tais como retração da pele, derrames

papilares habitualmente sanguinolento e ulcerações (SALOMON *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2008; MENKE *et al.*, 2007).

A maioria dos autores recomenda que massas mamárias, em homens acima de 40 anos, devem ser investigadas. O diagnóstico da neoplasia mamária em homens requer a utilização de métodos de imagem, como mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética. A mamografia é realizada quando há sinais e sintomas locais, como dor, massa palpável e/ou descarga papilar. O exame inclui as incidências cranio-caudal e mediolateral-obliqua. Quando as lesões palpáveis são ocultas à mamografia, ou são visualizadas de maneira incompleta ou suspeitas, faz-se necessária a complementação com a ultrassonografia das mamas (SILVA *et al.*, 2008; SALOMON *et al.*, 2015).

Qualquer lesão suspeita vista em uma ou duas modalidades de imagens, é necessário que se prossiga a investigação através do estudo cito-histológico, realizado por biópsia com agulha fina (PAAF) ou agulha grossa (“*Core biopsy*”) sendo essa na maioria das vezes a preferência em relação a PAAF por ser um procedimento diagnóstico mais definitivo, podendo-se caracterizar a presença ou não de invasão (SALOMON *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2008).

O diagnóstico diferencial inclui doenças, tais como: ginecomastia, abscessos, hematomas, lipomas, necrose gordurosa, ectasia ductal, papiloma intraductal, sarcomas, cistos e doença metastática (SILVA *et al.*, 2008).

O estadiamento do câncer de mama no sexo masculino é o mesmo que o realizado nas mulheres, o sistema TNM (tamanho do tumor, comprometimento dos linfonodos e metástase). Tumor maior que 5cm indica prognóstico ruim, homens com linfonodos positivos têm risco de morte 50% maior em relação aos linfonodos negativos e a mutação do gene BRCA2 associado

ao câncer de mama no homem também é indicativo de mau prognóstico (SALOMON *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2008; HAAS *et al.*, 2009).

As taxas de sobrevida geral, estimadas para o câncer de mama masculino, são de aproximadamente 40% a 65% em cinco anos e de 17% a 50% em 10 anos. Estas se modificam quando os pacientes são agrupados pelo estadiamento, sendo de 75% a 100% para o estágio I, de 50% a 80% para o II e de 30% a 60% para o estágio III. O estadiamento da doença pode prever a sobrevida. Os homens apresentam as piores taxas de sobrevida global em relação às mulheres, mas esta é provavelmente devido à maior idade no momento do diagnóstico, mais avançada fase de apresentação, e maiores taxas de morte por outras comorbidades, mas não devido à biologia da doença (SILVA *et al.*, 2008; HAAS *et al.*, 2009).

Homens com diagnóstico de câncer de mama têm risco aumentado de uma segunda neoplasia primária. Em uma revisão que incluiu 4.873 homens com câncer de mama diagnosticados entre 1973 e 2003, houve uma incidência de 1,9% de segundo câncer de mama masculino primário e 21% desenvolveram uma segunda neoplasia maligna não mamária; as segundas malignidades mais comumente relatadas foram os cânceres de próstata, cólon e geniturinário (KORDE *et al.*, 2010).

## Tratamento

O tratamento preconizado, na falta de protocolos próprios, segue o estabelecido para as neoplasias de mama feminina, compreendendo, inicialmente, o tratamento cirúrgico, seguido ou não, de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. A mastectomia radical modificada é o principal procedimento cirúrgico realizado em homens, engloba ressecção completa do tecido mamário, incluindo mamilo e esvaziamento axilar (linfadenectomia axilar) devido a altas taxas

de metástase. Em tumores avançados, pode haver a necessidade de enxertos cutâneos em decorrência das dificuldades de fechamento primário após a cirurgia (SALOMON *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2008; BONFIM *et al.*, 2013; HAAS *et al.*, 2009).

Apesar de uma lei federal exigir que os planos de saúde cubram a reconstrução pós-mastectomia em homens e mulheres, os cirurgiões não oferecem regularmente essa opção aos pacientes do sexo masculino, isso provavelmente se deve à suposição do cirurgião de que os homens não se preocupam com a aparência do peito após a cirurgia, no entanto, essa generalização pode ser prejudicial e levar a impactos psicossociais negativos para homens com câncer de mama (DELDAR, 2022).

A lipoenxertia é uma técnica simples de reconstrução, associada a baixas complicações e mínima morbidade da área doadora em comparação com outras técnicas, ela permite que o cirurgião personalize a abordagem cirúrgica para abordar o defeito característico do tórax masculino. Devido às demandas de baixo volume, a reconstrução da mama masculina intuitivamente pode exigir pequenos volumes de enxerto e menos sessões operatórias, além disso, a gordura representa um material de preenchimento com propriedades ideais, barato, biocompatível e não apresenta toxicidade, podendo proporcionar uma sensação natural e se necessário, podendo ser facilmente removido (AL-KALLA, 2014).

A radioterapia é recomendada para homens com envolvimento axilar linfonodal, tumor maior que 5,0 cm, margens positivas, envolvimento da pele, mamilo e/ou músculos. É demonstrado que a radioterapia diminui os índices de recidiva da doença. Esse procedimento terapêutico tem sido utilizado mais em homens do que em mulheres pelo fato de que os tumores masculinos possuem maior proximidade à pele

e ao plano muscular, devido a sua menor quantidade de tecido mamário, que somados propiciam uma invasão de estruturas adjacentes, além de favorecer precocemente a disseminação vascular e linfática (SALOMON *et al.*, 2015; BONFIM *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2008).

Como cerca de 90% dos casos os tumores são do tipo ductal e apresentam receptores hormonais positivos, a hormonioterapia é essencial no tratamento desta doença. Um estudo sobre o uso do Tamoxifeno, agente antiestrogênico, como terapêutica provou grande benefício na diminuição da recidiva local e da mortalidade, sendo recomendado para homens com receptores hormonais positivos, após tratamento cirúrgico ou com doença metastática (SALOMON *et al.*, 2015).

Outra opção no tratamento de câncer de mama metastático em homens é a ablação gonadal por meio de procedimentos como a orquiectomia, adrenalectomia e até mesmo a hipofisectomia ou por bloqueio hormonal com o seguinte esquema: levodopa (1.500 mg/dia), acetato de ciproterona (200 mg/dia) e acetato de medroxi-progesterona (100 mg intramuscular, a cada 3 dias). As revisões são trimestrais, por dois a três anos, período de maior risco de recidiva local ou de metástases. Depois, a consulta será semestral. Atualmente essas opções são consideradas de segunda linha em razão dos riscos dos procedimentos e dos efeitos negativos para os pacientes (MENKE *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008).

Apesar dos estudos serem limitados, a quimioterapia sistêmica parece melhorar a sobrevida dos pacientes com doença metastática, principalmente naqueles que não respondem ao tratamento hormonal. Essa opção terapêutica pode ser sugerida a pacientes com grande risco

de recorrência (tumor primário com mais de 1 cm e linfonodos positivos). O protocolo quimioterápico envolve taxanos (docetaxel e paclitaxel), vinorelbina, gencitabina e capecitabina, esses fármacos são utilizados em regimes de mono ou poliquimioterapia, de acordo com a evolução da doença e as taxas de resposta clínica e tumoral. Nos casos de doença metastática, primeiramente inicia-se o tratamento hormonal com tamoxifeno, se ocorrer insucesso pela não presença de receptores hormonais, substitui-se por quimioterapia (SALOMON *et al.*, 2015; HAAS *et al.*, 2009).

Em relação ao uso do trastuzumab, os dados são escassos, mas parece haver benefícios quando utilizados especificamente em tumores que apresentam super expressão de HER2 (SILVA *et al.*, 2008).

## CONCLUSÃO

Apesar de incomum, observa-se que alguns estudos vêm demonstrando um aumento na incidência do câncer de mama no sexo masculino, por isso, o esclarecimento da população sobre a doença e sobre as manifestações clínicas são importantes meios de ocasionarem a procura mais rápida por atendimento médico, auxiliando no diagnóstico precoce e conseqüentemente aumentando as chances de sobrevida desses indivíduos, com melhora do prognóstico da doença. Mais estudos devem ser realizados afim de obterem protocolos específicos para o diagnóstico e tratamentos das neoplasias de mama na população masculina. Além disso, a reconstrução da mama pós mastectomia em homens, é um assunto que deve ser mais abordado nas consultas pelos cirurgiões, afins de minimizar os impactos psicossociais negativos no sexo masculino.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-KALLA, T. & KOMOROWSKA-TIMEK, E. Breast total male breast reconstruction with fat grafting. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, v. 2, n. 11, 2014.

BONFIM, R.J.A. *et al.* Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. *Ver Bras Onc Clin.*, 10(37): 90-6, 2013.

DELDAR, R. *et al.* Postmastectomy Reconstruction in Male Breast Cancer. *The Breast Journal*, v. 2022, 2022.

HAAS, P. *et al.* Epidemiologia do câncer de mama em homens. *Rev Inst Adolfo Lutz*, 68(3): 476-81, 2009.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 28 out. 2020.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Atlas de Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro (RJ); 2020.

Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade-Web/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em: 28 out. 2020.

KORDE, L.A. *et al.* Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. *Journal of clinical oncology*, v. 28, n. 12, p. 2114, 2010.

MENKE, C.H. *et al.* Rotinas em mastologia. 2ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2007.

OTTINI, L. *et al.* Male breast cancer. Critical reviews in oncology/hematology, v. 73, n. 2, p. 141-155, 2010.

SALOMON, M.F.B. *et al.* Câncer de mama no homem. *Rev Bras Mastologia*, 25 (4): 141-45, 2015.

SILVA, L.L.M. *et al.* Câncer de mama masculino: uma doença diferente. *Rev Bras Mastologia*, 18(4): 166-70, 2008.

THOMAS, E. Men's awareness and knowledge of male breast cancer. *AJN The American Journal of Nursing*, v. 110, n. 10, p. 32-37,