

CARCINOMA PAPILAR DA MAMA MASCULINA

PEDRO MELVILL DE ARAÚJO, M. CELESTE A. DIAS

Instituto de Anatomia Patológica. Hospital de Santa Maria. Lisboa

RESUMO

Os autores descrevem um caso de carcinoma papilar intraducto da mama. Num homem de 73 anos de idade, com uma apresentação clínica de doença de Paget do mamilo. Foram discutidos os critérios anatomopatológicos de diagnóstico diferencial e enunciados alguns factores etiológicos e de prognóstico referidos na literatura.

SUMMARY

Male Breast Papilar Carcinoma

The authors described a breast intraductal papilar carcinoma, of a 73 year old man, with a Paget disease presentation. The pathological features of differential diagnosis were discussed and enunciated the literary review of the etiology and prognosis.

INTRODUÇÃO

De todas as neoplasias malignas da mama, somente 1 a 10% ocorrem no sexo masculino, e, embora com algumas particularidades próprias, apresentam clínica e macroscópicamente aspectos semelhantes aos encontrados na glândula mamária feminina¹⁻³. Tivemos oportunidade recentemente de estudar, num homem, um caso de neoplasia da mama, cujo diagnóstico clínico foi de Doença de Paget.

Caso Clínico:

Trata-se de um doente de 73 anos de idade, referindo o aparecimento de exsudado hemorrágico no mamilo direito, que foi medicado pelo seu médico assistente com uma pomada; logo após a aplicação desta, surge uma lesão eczematosa na região mamilar que foi interpretada como reacção de hipersensibilidade à pomada. Cerca de 3 meses antes do internamento para intervenção cirúrgica foi novamente observado e medicado com Nerisona, melhorando a lesão eczematosa, mas mantendo o corrimento hemorrágico. Recorreu então ao Serviço de Cirurgia Plástica onde, com o diagnóstico de Doença de Paget do mamilo, foi-lhe feita uma mastectomia simples. Não foram efectuados outros estudos, nomeadamente a pesquisa de gânglios regionais ou de metástases à distância, quer antes da intervenção, por não haver suspeita clínica de lesão neoplásica, quer após, por o doente não ter recorrido a alguma consulta posterior. Nos antecedentes pessoais há somente uma herniorrafia há cerca de 10 anos. Nega qualquer traumatismo da região mamária, ingestão de estrogéneos e não aparentava ginecomastia. Não foram feitos estudos da função testicular. Nos antecedentes familiares há a referir dois irmãos falecidos com neoplasia da mama.

Para exame anatomopatológico foi enviada uma peça de mastectomia com 8×6×5 cm com retalho cutâneo e glândula mamária subjacente. Macroscopicamente, o mamilo ocupa uma posição mediana na peça e tem uma ulceração central com cerca de 0,5 cm de diâmetro, com bordos de consistência de borracha mole e cor cinzento-acastanhada.

Tanto a aréola como a restante pele não apresentam particularidades. Em superfície de secção, na área do mamilo, observa-se um nódulo com cerca de 1 cm de diâmetro, de cor cinzento-avermelhada. Este é bem limitado, não se identificando no entanto qualquer cápsula (Fig. 1). A restante glândula mamária e os quadrantes da peça não apresentam alterações.



Fig. 1 — Montagem de um corte na zona do mamilo com ulceração (→). Vemos um grande ducto dilatado contendo o tumor.

Após fixação em formol a 10%, foram colhidos fragmentos da zona do mamilo, abrangendo glândula mamária e pele e, dos vários quadrantes da peça, que foram processados com a técnica de rotina e incluídos em parafina; os cortes foram corados pela hemotoxilina-eosina.

Foram efectuadas múltiplas secções abrangendo todo o mamilo e áreas adjacentes.

Nas secções sobre a zona ulcerada do mamilo, observou-se histologicamente e subjacente à faixa de necrose e hemorragia da úlcera, um grande ducto alargado com numerosas formações papilares projectadas intramuralmente. Estas papilas partindo da própria parede do ducto, projectavam-se intralu-

minalmente, sendo este o aspecto em quase todos os fragmentos examinados. Num único corte notou-se uma pequena zona suspeita de micro-invasão do tumor (Fig. 2).

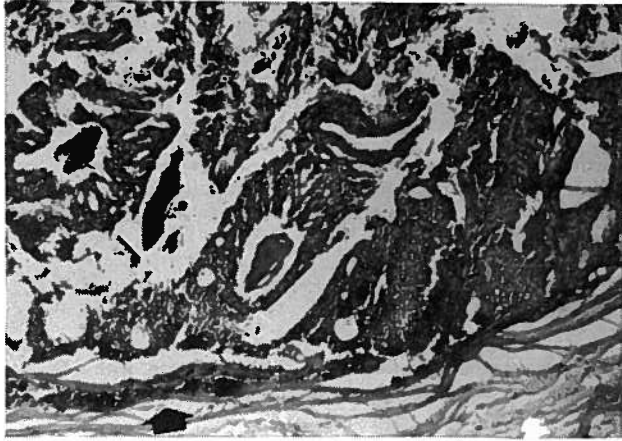


Fig. 2 — Zona de provável micro-invasão (→) HE×250.

Em maior ampliação verifica-se que as papilas são constituídas por um eixo conjuntivo e revestidas por uma única fiada de células epiteliais, volumosas, colunares, por vezes com contorno pouco nítido e irregular e onde é evidente a hiperchromasia e pseudo-estratificação nuclear (Fig. 3). O ducto onde se inserem as papilas é constituído por uma dupla fiada de células: as internas epiteliais cúbicas e as externas mioepiteliais.



Fig. 3 — Formações papilares com células volumosas, de contornos irregulares com hiperchromasia e pseudoestratificação nuclear HE×250.

Não se observaram células de Paget em qualquer dos cortes examinados.

O diagnóstico anatomo-patológico efectuado foi o de Carcinoma papilar com suspeita de micro-invasão focal.

DISCUSSÃO

Os carcinomas da mama do homem são raros. São cerca de 1 a 10% dos carcinomas da mama e cerca de 0,7% de

todos os tumores do homem^{1,2,3}. É uma doença rara nos jovens e tem tendência a desenvolver-se em idade mais avançada nos homens do que nas mulheres¹. O sintoma inicial é habitualmente uma tumoração, mas pode ser somente um corrimento mamilar, como no nosso caso, ou uma retracção do mamilo^{4,5}. A infiltração da pele e a doença de Paget são mais frequentes no homem do que na mulher^{1,2} provavelmente devido ao menor tamanho da glândula; na literatura consultada são referidos como raros os casos descritos de doença de Paget no homem. Tal como nas lesões da mama feminina, um corrimento mamilar, principalmente se for hemorrágico, deverá fazer pensar em papiloma intraducto, papilomatose ou eventualmente num carcinoma intraducto.

O diagnóstico diferencial dos tumores papilares (adenoma papilar intraducto, carcinoma ductal invasivo com imagens papilares) deverá ter em linha de conta a arquitectura geral do tumor, as características das células que revestem tanto as papilas como o ducto onde a lesão está incluída^{6,3,5}. Foi excluída a hipótese de adenoma papilar porque no presente caso, além de não se observarem células mioepiteliais, havia aumento de volume das células epiteliais, com hiperchromasia e pseudoestratificação nucleares, características que não aparecem no adenoma. O facto de o tumor estar limitado dentro de um ducto, embora com uma pequena projecção papilar para fora da parede do ducto (observada num único dos vários cortes efectuados) e que pôs a dúvida de micro-invasão, permitiu-nos concluir tratar-se de um carcinoma papilar intraducto. Excluimos a hipótese de carcinoma ductal invasivo com aspectos papilares.

No presente caso a ulceração do mamilo e a presença de um tumor com cerca de 1 cm de diâmetro, sub-mamilar, pode fazer pensar em doença de Paget, mas a história de corrimento hemorrágico do mamilo com mais de 3 meses de evolução, levantaria a hipótese de neoformação papilar. Não estão descritas associações familiares no carcinoma da mama do homem, mas o facto deste doente ter dois irmãos falecidos com patologia semelhante deveria ter levantado a suspeita de patologia maligna *ab initio*.

A etiologia do carcinoma da mama do sexo masculino é ainda desconhecida, mas associações com ginecomastia, terapêutica estrogénica, níveis altos de estrogénios endógenos, síndrome de Klinefelter, traumatismos e radiações têm sido referidas. A terapêutica mais favorável é a mastectomia simples, se o tumor for ressecável. Se o tumor for pequeno (menor que 1 cm de diâmetro) e não houver evidência de metástases, poder-se-á fazer tumorectomia seguida de radioterapia^{1,2}.

O prognóstico dos carcinomas da mama masculina depende dos mesmos factores que na mama feminina: multicentricidade, tamanho do tumor, envolvimento de gânglios linfáticos axilares. Neste caso o prognóstico é bom, visto ser um tumor único, pequeno e não haver evidência de metástases. A hipótese de invasão da parede do ducto e a história familiar do doente fazem-nos pôr algumas reservas num prognóstico definitivo.

BIBLIOGRAFIA

1. AZZOPARDI, J.G.; Problems in Breast Pathology. W.B. Saunders Company Ltd, 1979.
2. SLOANE, J.P.: Biopsy Pathology of the Breast. Chepman and Hall, 1985.
3. AJAYI, D.O.S.; OSEGBE, D.N.; ADEMILUYI, S.A.; Carcinoma of the male breast in West Africa and a review of World literature. Cancer 1982; 50: 1664-1667.
4. RAMOS, C.V.; BOESHART, C.; RESTREPO, G.; Intracystic papillary carcinoma of male breast. Arch. Pathol. Lab. Med. 1985; 109: 858-861.
5. KLINE, T.S.; KANNAN, V.; Papillary carcinoma of the breast. A cytomorphologic analysis. Arch. Pathol. Lab. Med. 1986; 110: 189-191.

6. PANETTIERE, F.J.: Cancer in the male breast. *Cancer* 1974; 34: 1324-1327.
7. AZZOPARDI, J.G.; MURERTO, P.; GODDEERIS, P.; EUSEBI, V.; LAUWRYNS, J.M.: *Carcinoid* tumours of the breast: the morphological spectrum of argyrophil carcinomas. *Histopathology* 1982; 6: 549-569.

Pedidos de Separatas:
M. Celeste Dias
Instituto de Anatomia Patológica
Hospital de Santa Maria
1600 Lisboa