

## **A IMPORTÂNCIA DA MAMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA EM HOMENS**

### **THE IMPORTANCE OF MAMMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF BREAST CANCER IN MEN**

Doraci Borges da Silva<sup>1</sup>  
Matheus Pantoja Moraes<sup>2</sup>  
Karla Samila Gomes Silva<sup>3</sup>  
Josilene Cristina Monteiro Rodrigues<sup>4</sup>

**RESUMO:** Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a ocorrência de câncer de mama em homens soma 1% do total de cânceres de mama. Por apresentar o maior número de casos em mulheres, o exame diagnóstico nos homens é menos estimulado. Ainda de acordo com o INCA, as chances de cura são de 95% quando o câncer de mama é detectado precocemente. Dessa forma, faz-se necessário implantar ações na área de prevenção, com estímulo do autoexame das mamas para detecção precoce e também diagnóstica, com a realização de mamografias. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama. Com o objetivo de apresentar uma reflexão quanto à importância da mamografia para o diagnóstico do câncer de mama nos homens, o artigo foi desenvolvido através de revisão integrativa com busca online das produções científicas a respeito do referido tema.

**Palavras-chave:** Mama. Homem. Mamografia. Câncer.

**ABSTRACT:** According to the National Cancer Institute (INCA), one occurrence of breast cancer in men amounts to 1% of all breast cancers. Because it presents the highest number of cases in women, the diagnostic test in men is less stimulated. Still according to INCA, as chances of cure are 95% when breast cancer is detected early. Thus, it is necessary to implement actions in the area of prevention, with stimulation of self-examination of the breasts for early detection and also diagnostic, with mammography. Mammography is the only screening exam in screening programs that has proven effectiveness in reducing breast cancer mortality. With the objective of presenting a reflection on the importance of mammography for the diagnosis of breast cancer in men, the article was developed through the review to integrate online research of the scientific productions on the subject.

**Keywords:** Male breast cancer. Early detection. Prevention. Breast lump. Mammography.

## **1 INTRODUÇÃO**

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Tecnólogo em Radiologia da Faculdade de Tecnologia de Macapá – META; E-mail: [doraci2315@hotmail.com](mailto:doraci2315@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Tecnólogo em Radiologia da Faculdade de Tecnologia de Macapá – META; E-mail: [matheusmoraes2315@bol.com.br](mailto:matheusmoraes2315@bol.com.br)

<sup>3</sup> Professora Orientadora; E-mail: [karla@meta.edu.br](mailto:karla@meta.edu.br)

<sup>4</sup> Professora Orientadora; E-mail: [josilene@meta.edu.br](mailto:josilene@meta.edu.br)

A história mamografia no Brasil está intimamente associada ao Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), Hospital Oncológico localizado na zona Leste de São Paulo (SP), e aos seus fundadores, prof. Dr. João Sampaio Góes. (IBCC, 2017) Foram eles que em 1971 trouxeram o primeiro mamógrafo para o Brasil, equipamento que protagonizou uma das maiores conquistas da Mastologia no País (PORTAL EDUCAÇÃO, 2008).

Em 1991, o Professor Hilton Koch foi eleito presidente do Colégio Brasileiro de Radiologia. Um dos seus primeiros atos foi criar um programa de controle e manutenção de qualidade em mamografia. Fez convênio com o Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD) da Comissão Nacional de Energia Nuclear, que designou um físico doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, João Emilio Peixoto, e convidou um grupo de Radiologistas reconhecidos com experiência pessoal em mamografia (DUARTE, 2006).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão específico singular do Ministério da Saúde, conforme o Decreto Presidencial nº 8.065, de 7 de agosto de 2013, assume a designação formal para participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (INCA, 2015).

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos (BRASIL, 2013). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, tais alterações podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, o que leva ao surgimento do tumor.

Considerado problema de saúde pública, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e consequente variação nas respostas terapêuticas (Brasil, 2013).

A mamografia é o exame mais confiável para detectar o início de qualquer alteração das mamas, antes que o paciente ou o médico possam notá-las. Dado a frequência do câncer de mama a mamografia deve ser incluída como exame preventivo

de rotina para todos os pacientes principalmente mulheres que façam parte do grupo de risco (GERÓTICA, AZEVEDO, & SANCHES, 2015).

A detecção precoce do tumor pode se dar por meio das seguintes medidas preventivas: autoexame mensal das mamas; exame clínico anual das mamas realizado por profissional de saúde; e a mamografia, que consiste em um exame radiológico das mamas. (Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Saúde (INCA, 2004).

Estima-se que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, sendo estimado para 2020, 15 milhões de casos novos anuais, dos quais 60% ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer de mama representa o principal tipo de câncer entre as mulheres, e o segundo tumor mais frequente na população feminina quer pela sua frequência, quer pela sua mortalidade (LOURENÇO, MAUAD, & VIEIRA, 2013).

Segundo MOURÃO E OLIVEIRA (2009), a mamografia é um exame radiológico que permite o estudo das mamas por radiografias. O papel fundamental na mamografia está na identificação precoce de tumores malignos, melhorando o prognóstico, geralmente os mamógrafos são capazes de identificar tumores que levariam de um a dois anos para serem detectados à palpação. Os autores afirmam que a mamografia ainda é utilizada como diagnóstico pré-cirúrgico na localização de áreas suspeitas, como guia de agulha na coleta de material para a biopsia, e para avaliar massa da mama, palpáveis ou não palpáveis.

Apesar de ser o melhor exame para triagem de câncer de mama na população, já que permite a identificação precoce de tumores pela detecção de micro calcificações suspeitas, cerca de 10% dos cânceres de mama não podem ser diagnosticados através dos mamogramas, tornando-se necessário o uso de outros meios de diagnósticos, principalmente a ultrassonografia, segundo MOURÃO E OLIVEIRA (2009).

O exame padrão exige geração de quatro imagens sendo duas de cada mama, embora algumas situações, como em pacientes portadores de próteses mamárias, passam ser necessárias incidências complementarias MOURÃO E OLIVEIRA (2009), Seguindo a ideia do autor, trata-se de um exame rápido que deve ser realizado por um profissional das técnicas radiológicas habilitado e interpretado pelo médico especialista, devendo sempre ser procedido pelo o exame físico do médico assistente.

O mesmo autor explica que o diagnóstico por mamografia é feito por comparação das imagens radiográficas das duas mamas. De imagens radiográficas à comparação de imagens geradas em épocas distintas permite verificar alterações ocorridas no transcorrer desse período de tempo, como aparecimento de nódulos. Parafraseando sabe-se que a mamografia ganhou importância nas últimas décadas e isso se deve ao fato de que a prevenção está ligada à descoberta precoce da doença, uma vez que não existe um método de prevenção de seu aparecimento, sendo essa a melhor forma de curá-la MOURÃO E OLIVEIRA (2009).

## **2 METODOLOGIA**

O estudo bibliográfico foi desenvolvido com base em livros, artigos científicos já elaborados, em sites, incluindo revistas eletrônicas, ao qual fala de pacientes portadores de neoplasia mamária, em Língua Portuguesa e Brasileira.

Soares (2011). cita que é de suma importância lembrar que os exames de mamografia devem ser realizados por profissionais habilitados e com conhecimento de proteção radiológica, seus benefícios e malefícios, pois assim podem ser evitadas exposições desnecessárias

A seleção das publicações deste artigo foi realizada através de uma leitura criteriosa através de pesquisas, visando e consultando o conteúdo de livros e artigos científicos e uma revista científica, mais tendo a utilização de alguns artigos científico diretamente para nível de conhecimento do tema, pesquisas bibliográficas disponíveis na biblioteca da Faculdade de Tecnologia do Amapá (META), e buscamos conteúdos relacionados com o tema sugerido neste trabalho de conclusão de curso, foi feito pesquisas em artigos científicos, como Scielo, Portaria 453 e Google acadêmico.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 MAMOGRAFIA**

Dentro do diagnóstico por imagem há uma área chamada mamografia (grifo do autor). Esse exame é responsável pelo estudo da anatomia do tecido mamário através de raios X. A mamografia é considerada como o método mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama, pois está diretamente associado à redução da mortalidade causada por esse câncer. Porém, o programa para o rastreamento do câncer mamário através da mamografia no Brasil tem caráter oportunista, pois somente a procura espontânea por qualquer consulta médica motiva a solicitação desse exame (Ohl ICB, et al, 2016).

A mamografia é principal técnica de screening<sup>7</sup> que consiste em se obter uma imagem usando as diferenças de coeficiente de atenuação linear dos diversos tipos de tecidos e materiais, detectando corpos de diferentes densidades e formas (PORTAL EDUCAÇÃO, 2008).

No Brasil, o surgimento da mamografia está intimamente associado ao Instituto Brasileiro de controle de Câncer (IBCC) que, em 1971, trouxe o primeiro mamógrafo para o país equipamento que protagonizou uma das maiores conquistas da Mastologia no país (COSTA, 2016).

### 3.2 ANATOMIA MAMÁRIA

Nos homens e mulheres, as mamas são idênticas até a puberdade e localizam-se ventralmente a músculos da região peitoral, no estrato areolar da tela subcutânea. Nas mulheres alguns hormônios, entre eles o estrogênio, iniciam o desenvolvimento das mamas em torno dos 10 anos de idade e continua em média até os 16 anos. Esta se constitui por uma porção glandular, tecido conjuntivo, adiposo e pele. A forma da mama é geralmente cônica, através da papila mamária desembocam os quinze a vinte ductos lactíferos (DÂNGELO & FATTINI, 2007).

### 3.3 GLÂNDULA MAMARIA

A mama consiste a 15 a 20 lobos ou seguimentos, cada um com um ducto lactífero. Dois ou três ductos lactíferos se unem para forma um total de cinco

a oito seios lactíferos, que desembocam no mamilo. Nas mamografias, os ductos lactíferos aparecem como densidades lineares ou levemente nodulares, se irradiando do mamilo para a mama. Os ductos possuem um diâmetro de 1 a 2 mm. Ampolas e ductos lactíferos são dilatações locais de até 4mm destes ductos, logo atrás dos mamilos. Os ductos lactíferos são formados pela união de ductos lactíferos. O tecido glandular secretor encontra-se localizado na periferia da mama (DRONKERS, (2003, p. 42).

O corpo glandular é envolvido pelas camadas superficial e profunda da fáscia superficial. Uma fina camada de tecido adiposo frouxo e tecido conjuntivo, atrás da camada profunda, fornece uma conexão dentro da fáscia do músculo peitoral. O tecido conjuntivo da mama consiste de componente da interlobulares e intralobulares. Os ligamentos do Cooper são septos delicados da camada superficial e passam pela mama para agir como ligamentos suspensores do tecido mamário. Junto à camada superficial, os ligamentos de Cooper seguem um formato em leque e são ancorados no tecido fibroso-gorduroso subcutâneo e na pele (DRONKERS, 2003).

São estas numerosas vias de drenagem alternativas que respondem pela disseminação de células cancerosas, a partir de um câncer da mama. Compreende-se assim, que o prognóstico da cirurgia nos casos de câncer mamário depende essencialmente de um diagnóstico precoce da doença (DÂNGELO & FATTINI, 2007).

O tecido glandular da mama se altera não somente durante a gravidez e no período de lactação, mas também, em grau menor, durante o ciclo menstrual. Além disso, o tecido mamário sofre alterações durante a vida da mulher. A anatomia normal da mama, portanto, exhibe uma grande variação, que também é refletida nas mamografias (DRONKERS, 2003).

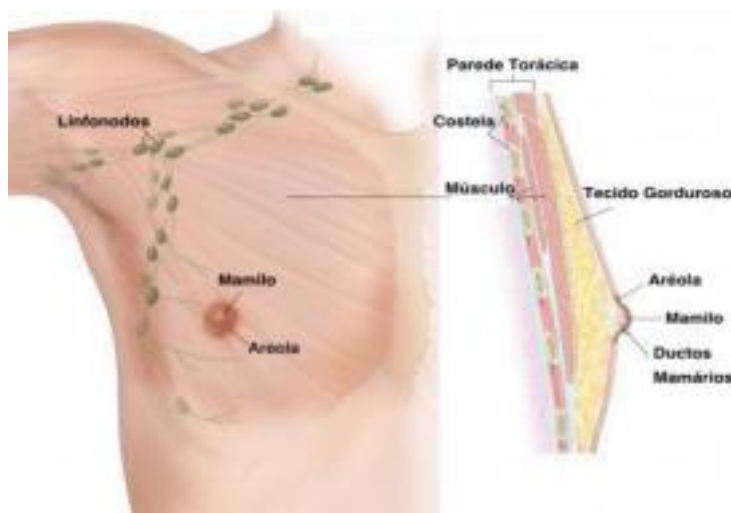
as mamas existem com a mesma estrutura nos dois sexos (Fig. 1 e 2). A única diferença é que, na mulher, estímulos hormonais determinam um grande desenvolvimento glandular, além de maior deposição de gordura local. Uma alteração patológica das mamas masculinas, a ginecomastia, confere a elas um aspecto tipicamente feminino (Função, importância e anatomia das Mamas, 2017).

**Figura 1-** Anatomia da Mama feminina



**Fonte:** (ENTENDENDO A MAMA, 2012).

**Figura 2–** Anatomia da Mama Masculina



**Fonte:** (ENTENDENDO A MAMA, 2012).

### 3.4 CÂNCER DE MAMA

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético (INUMARU, SILVEIRA, & NAVES, 2011). De acordo com o autor, esse crescimento desordenado atinge tecidos e órgãos que não conseguem desempenhar as funções normais inerentes a esses órgãos e tecidos, disseminando-se para várias regiões do organismo.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2017).

O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Esse processo apresenta os seguintes estágios: iniciação, fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção, fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula (BRASIL, 2013).

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma (INCA, 1996).

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação de células anormais da mama, que formam um tumor. Há vários tipos de câncer de mama. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido enquanto outros são mais lentos (INCA, 2016)

### 3.5 CÂNCER DE MAMA EM HOMENS

O câncer de mama em homens é uma condição rara que compreende menos de 1% de todos os cânceres masculinos. De todos os cânceres de mama, 0,5 a 1% ocorre em homens. O início da doença é 10 anos antes que em mulheres, com uma média de idade

de 60 anos (DRONKERS, 2003).

O câncer de mama é cerca de 100 vezes menos comum entre os homens do que entre as mulheres. Para os homens, o risco vital de contrair câncer de mama é de aproximadamente 1 em cada 1.000. O número de casos de câncer de mama em homens em relação à população tem sido bastante estável nos últimos 30 anos (Instituto Oncoguia, 2017).

Segundo NARDINI (2017). Cerca de 350 homens são diagnosticados a cada ano no Reino Unido, em comparação com cerca de 55 mil mulheres. O autor considera que talvez por causa desta raridade que muitos homens podem erroneamente ignorar os sintomas do câncer de mama. Cerca de 75 homens morrem a cada ano da doença no Reino Unido.

#### **Figura 2– Câncer de mama masculino**



Fonte: (MORAES,2008).

DRONKERS, (2003) considera que apesar da ginecomastia ser encontrada em 40% dos casos, parece ser improvável uma relação casual e a ginecomastia não é considerada como uma condição pré-maligna.

A ocorrência familiar é rara, mas, se encontrada, tem o mesmo perfil de risco observado nas mulheres. Foi estabelecida uma relação importante entre uma mutação no gene BRCA 2 e o câncer de mama masculina<sup>8</sup>. Em 10% dos homens com câncer de mama, será descoberto um segundo tumor maligno em outro órgão do corpo durante sua vida (DRONKERS, (2003).

### 3.6 GINECOMASTIA

Desenvolvimento de glândulas mamárias excessivamente grandes em homens, resultando no aumento do peito, que algumas vezes pode provocar a secreção de leite (galactorreia) (GALVÃO, 2015).

Dronkers (2003), define Ginecomastia como um aumento da mama masculina que pode ocorrer unilateralmente ou bilateralmente. Ele explica ainda que há distinção entre ginecomastiaspuria e ginecomastiavera. A ginecomastiaspuria se refere a um aumento causado por tecido adiposo e é frequentemente observada em homens obesos, enquanto que a ginecomastia vera se refere a um aumento do tecido mamário glandular. A ginecomastia vera é comumente vista em rapazes durante a puberdade (de 30 a 60%) de todos os rapazes e em homens mais velho (de 50 a 80 anos) como ginecomastia senescentes. Em ambos os grupos etários, a ginecomastia é considerada fisiológica. Nos garotos, geralmente desaparece espontaneamente após a puberdade (DRONKERS, 2003).

Segundo GALVAO (2015), a distribuição de frequência da patologia mamária masculina segue a seguinte porcentagem:

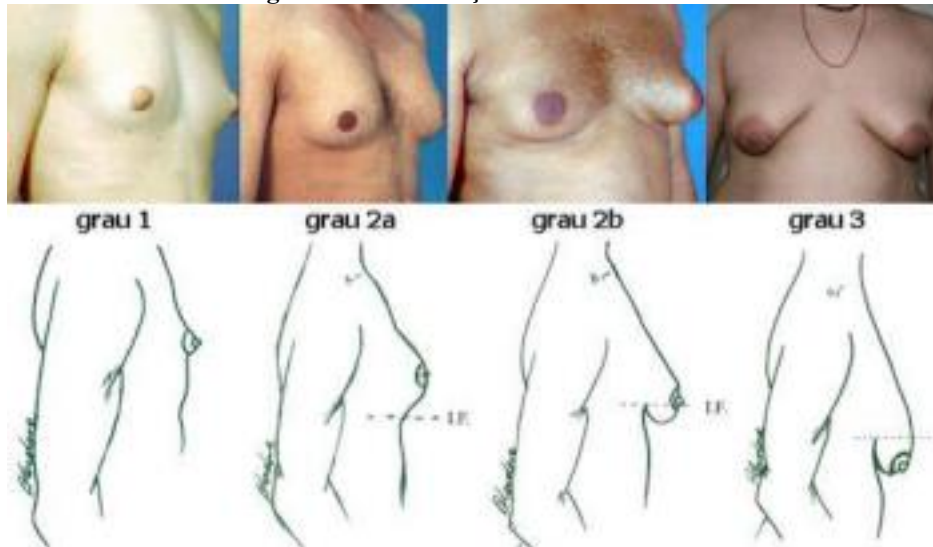
**Tabela 1– Frequência da Patologia Mamária Masculina**

| HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS | %  |
|------------------------|----|
| GINECOMASTIA           | 65 |
| CÂNCER                 | 25 |
| LESÕES BENIGNAS        | 10 |

**Fonte:** (GALVÃO, 2015).

Os diferentes graus de Ginecomastia são classificados com base no tamanho do desenvolvimento do tecido mamário, gravidade da condição e feminização da mama. Como vemos na Figura 4:

**Figura 4– Classificação da Ginecomastia**



Fonte:(CHAVES, 2015).

É DRONKERS (2003), quem alerta para o fato de que a ginecomastia pode ser um sinal de diversas condições patológicas de origem endócrina e não-endócrina, como:

- Síndrome de klinefelter.
- Tumores da glândula adrenal.
- Tumores de células germinativas não-seminomatosos do testículo, produtores de HCG (cariogonadotrofina humana).
- Tumores ectópicos produtores de HCG (isto e, carcinoma brônquico).

### 3.7 CARACTERÍSTICA CLÍNICA DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO

DRONKERS (2003) expõe que assim como com as mulheres, a apresentação clínica do câncer de mama masculino é uma tumoração indolor atrás ou adjacente à aréola (70 a 80%). São encontradas retração mamilar ou infiltração em 10% dos casos. Segundo o autor, pode ocorrer até mesmo ulceração da pele sobrejacente.

A maioria dos tumores são cânceres ductais invasivos, e o carcinoma ductal in situ é encontrado em menos de 10% dos pacientes. Um carcinoma lobular invasiva ocorrência rara uma vez que não são formados lóbulos na mama masculina. Também foi descrita a bilateralidade em homens (DRONKERS, 2003).

O comportamento clínico do câncer de mama masculino não é diferente do feminino. Os estudos clínicos demonstraram que o prognóstico depende do tamanho do tumor primário e do estado dos linfonodos, assim como com as mulheres (DRONKERS, 2003).

### 3.9 TIPOS DE CÂNCER DE MAMA

Existem muitos tipos de câncer de mama. Os tipos mais comuns são carcinoma ductal in situ, carcinoma ductal invasivo e carcinoma lobular invasivo (American Cancer Society, 2016) Em alguns casos, um único tumor na mama pode ser uma combinação destes tipos ou ser uma mistura de câncer de mama in situ e invasivo.<sup>9</sup>

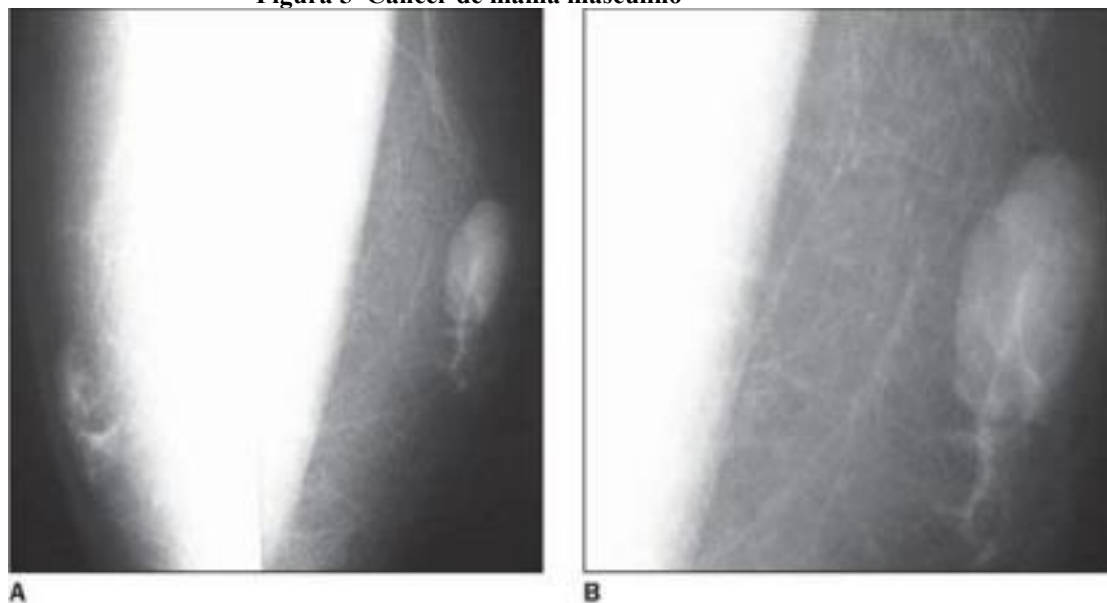
Conforme a American Cancer Society (2016). Dependendo das células específicas afetadas é que se pode identificar o tipo de câncer. A maioria dos cânceres de mama são **carcinomas**. Os carcinomas são tumores que começam nas células epiteliais que reúnem órgãos e tecidos em todo o corpo. Existem outros tipos de câncer de mama menos comuns, como **sarcomas**, **phyllodes**, **doença de Paget** e **angiossarcomas** que começam nas células do músculo, gordura ou tecido conjuntivo.

### 3.8 MAMOGRAFIA DA MAMA MASCULINA

Uma vez que a apresentação clínica do câncer de mama é menos pronunciada nos homens do que nas mulheres, o tratamento primário é retardado em alguns meses. Na prática clínica, isto significa que a maioria dos homens se apresentam em um estágio relativamente avançado da doença (T3b e T4)<sup>10</sup> e um percentual relativamente alto de envolvimento ganglionar (45 a 65%) (DRONKERS, (2003).

Segundo (DRONKERS, 2003), a representação por imagens da mama masculina é usualmente restrita a uma mama aumentada, lesão palpável (dolorosa) ou descarga mamilar.

**Figura 5–Câncer de mama masculino**



Fonte: (CALDAS, et al., 2005).

Normalmente, os homens são encaminhados para mamografia por causa de outros achados, como um nódulo, aumento de mama ou sensibilidade. O papel primário da mamografia é determinar que a ginecomastia aparente de mamografia parece (em tamanho e localização) a uma anormalidade palpável, economizando alguns pacientes de biópsia desnecessária. O objetivo secundário é excluir a malignidade coexistente com a ginecomastia, embora o carcinoma também possa ser obscurecido na mamografia por ginecomastia. (MUNN, 2002).

### 3.9. REGISTRO DE PACIENTES

Na atualidade, por mais entusiasmo que possamos ter com modernos aparelhos e modalidades diagnósticas, os pilares da prática médica continuam os mesmos de outrora: a anamnese e o exame físico (BARRIOS et al, 2005).

Informações essenciais prestadas os pacientes ajudando a ganhar seu entendimento e cooperação. Os registros semióticos são, inclusive, essenciais para separar pacientes assintomáticos, em quem usualmente são programadas duas incidências de cada mama, daquelas que necessitam de uma investigação diagnóstica. Constituem

também o ponto de partida auditoria medica. E recomendável utilização de um formulário disponível que possa ser preenchido pelo próprio paciente, revisado e complementado pela técnica ou pelo médico, para que nem um detalhe essencial seja omitido (DUARTE, 2006).

### 3.10 ANAMNESE

Duarte (2006), coloca que a anamnese tem sua importância fundamentada, uma vez que pode identificar grupos de risco elevado.

Duarte (2006), afirma que a importância da identificação de pacientes com risco aumentado para o câncer de mama reside no fato de que a maioria deles não tem a correta percepção do verdadeiro risco que apresentam para a ocorrência dessa doença. Descreve ainda que a melhor compreensão do seu risco representa melhores condições de tomar decisão quanto à profilaxia, evitando que os pacientes sejam colocados em situação éticas controversas.

### 3.11 TRATAMENTO DO TUMOR PRIMÁRIO E DOS LIFONODOS AXILARES

Segundo NOGUEIRA et al. (2014), os tratamentos baseiam-se, frequentemente, nas mesmas recomendações utilizadas para as mulheres. Assim, o estadiamento da doença é um fator importante na tomada de decisões sobre as opções de tratamento. Em geral, quanto mais disseminada está a doença, mais tratamento será necessário.

O tratamento padrão é a mastectomia radical modificada. Em algumas instituições, entretanto, é indicada a mastectomia radical (Halsted) em função do envolvimento relativamente frequente do músculo peitoral subjacente. Para enfrentar mutilação desnecessária, é suficiente uma excisão local ampla do tumor com músculo circundante com uma margem de dois centímetros, a ser seguida por radiação pós operatória. No caso de envolvimento ganglionar, é indicada a quimioterapia adjuvante (DRONKERS, 2003).

Não há experiência com biópsia do linfonodo sentinela em homens. Teoricamente, este procedimento pode ser útil em homens. Assim como nas mulheres, a

biopsia pode evitar a dissecação ganglionar axilar completa no caso de linfonodos histologicamente negativos (DRONKERS, 2003).

Em paciente com tumor T4, somente pode ser oferecido tratamento paliativo. Tratamento de escolha é excisão local ampla do tumor, seguida de radiação da parede torácica e axila, contanto que não sejam encontradas metástases à distância. Um tratamento alternativo, assim com as mulheres, é a combinação de quimioterapia indutiva, cirurgia e radioterapia para obter o controle local máximo (DRONKERS, 2003).

### 3.12 TRATAMENTO PALIATIVO

Cuidados paliativos são cuidados ativos totais prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelece que o doente já não se beneficiará de tratamento anti tumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos (SILVA, 2015).

O término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que "muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo" e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente (INCA, 2016).

Com metástases à distância, a doença segue o mesmo curso encontrado nas mulheres. Os homens apresentam uma alta chance de responder ao tratamento hormona. Em 80% dos pacientes, o tumor possui atividade do receptor de estrogênio (DRONKERS, 2003).

O tratamento hormonal (orquidectomia, antiandrógenos, análogos do LHRH, antiestrógenos, inibidores da aromatase) leva a uma resposta objetiva em 50 por cento dos pacientes. Os tumores independentes de hormônios devem ser

tratados com quimioterapia. As metástases ósseas líticas devem ser consideradas para o tratamento adicional com bifosfonados (DRONKERS, 2003).

### 3.13 METÁSTASES

Quando o câncer se espalha além do local onde começou (sítio primário) para outras partes do corpo é denominado metástase. A metástase pode ocorrer quando as células cancerosas viajam através da corrente sanguínea ou dos vasos linfáticos para outras áreas do corpo (Instituto Oncoguia, 2015).

Em alguns casos nenhuma metástase é encontrada no momento do diagnóstico inicial. Outras vezes, elas são encontradas após o término do tratamento. Quando o câncer volta após o tratamento, é denominado de recidiva. A recidiva não é a mesma coisa que a metástase. Quando o câncer volta como metástase, é denominado de recidiva à distância e pode ser devido a que algumas células cancerosas que haviam se desprendido do tumor primário sobreviveram ao tratamento inicial do câncer. Estas células viajaram através dos vasos sanguíneos ou linfáticos do corpo e começaram a crescer em novos locais (Instituto Oncoguia, 015).

Múltiplas densidades bem definidas na mama masculina devem fazer surgir a suspeita de metástase de um câncer primário fora da mama, como melanoma maligno, câncer brônquico e câncer de próstata. Estas lesões estão preferencialmente localizadas no tecido subcutâneo (DRONKERS, 2003).

De acordo com o Instituto Oncoguia (2015), tipos de câncer diferentes tendem a se espalhar para locais diferentes, mas, os locais mais comuns incluem os ossos, fígado, cérebro e pulmões.

### 3.14 PREVENÇÃO E AUTOEXAME

Para SANTOS (2015), apesar de não haver uma forma definitivamente efetiva para prevenir o câncer de mama, acredita-se que uma vida saudável possa ser a chave para que os riscos sejam diminuídos. Já segundo o Ministério da Saúde (2013), para o controle do câncer de mama, é importante ter ações intersetoriais que promovam acesso

à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física.

Estimular a detecção precoce a fim de diminuir os óbitos relacionados à doença tem sido um fator problemático, já que há poucas ações voltadas para esse objetivo, bem como a percepção tardia de nódulos nas mamas masculinas. Em geral, isso faz com que os homens sejam diagnosticados com câncer de mama em estágios mais avançados do que as mulheres.

Conforme a American Cancer Society (2014), alguns homens ignoram os nódulos no peito ou pensam que são causados por uma infecção ou algum outro motivo, e eles não recebem tratamento médico até que a massa tenha tido a chance de crescer.<sup>11</sup> Alguns homens podem inclusive evitar procurar ajuda por medo ou vergonha de que duvidem da sua masculinidade.

Procurar, no exame físico, características do câncer de mama: nódulo ou placa amorfa e densa na região subareolar, assim como retrações do mamilo e da pele e o adelgaçamento dessa. A presença de ginecomastia caracteriza-se por massa ou rigidez uni – ou bilateral ao exame físico, apresentando alterações bilateralmente na mamografia, porém assimétricas (DUARTE, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora o câncer de mama seja amplamente abordado nos vários trabalhos acadêmicos, revistas e órgãos de saúde, o tópico específico quanto ao câncer de mama masculino ainda é pouco divulgado, pelo menos em comparação ao câncer de mama feminino. Seja pela sua raridade do câncer de mama nos homens ou pela falta de políticas públicas voltadas para o assunto, faz-se necessário salientar o quanto o diagnóstico precoce é importante.

Para manter a estratégia de diagnóstico precoce, utilizar-se da mamografia em conjunto com o autoexame, maximiza as chances de prognóstico favorável da doença. AUSTA (2016) afirma que a mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de

mama.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esta neoplasia vem apresentando tendência de redução.

O resultado favorável com relação ao câncer de mama masculino se dará a partir do desígnio de ações públicas de saúde e a melhor conscientização da importância do auto exame e da mamografia para a detecção precoce da doença. Essa deve ser ação prioritária de todos os profissionais de saúde, nos diversos níveis de atendimento, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

ANDRESSA SÉFORA QUEIROGA. **Perfil dos requerimentos de mamografia das usuárias da atenção básica da cidade de Pombal-PB.** Disponível: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA> 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Can Breast Cancer in Men Be Found Early?** Acesso em 2017, disponível em American Cancer Society: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer-in-men/detection-diagnosis-staging/detection.html> (10 de Outubro de 2014).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BARRIOS, C., SILVA, V., PINHEIRO, R., OLIVEIRA, R., & GASNIER, R. **Avaliação do registro do exame físico realizado por doutorandos e residentes no Serviço de Medicina Interna do Hospital São Lucas – PUCRS.** Acesso em 2017, disponível em Revista Eletrônica Scientia Medica PUCRS: Julho Setembro de 2005.

CALDAS, F., NEVES, W., THOMÉ, J., MARTINEZ, E., & TAJARA, L. **Hamartoma folículo-sebáceo cístico simulando nódulo mamário: relato de caso.** Acesso em 2017, disponível em Radiografia Brasileira (Novembro-Dezembro de 2005).

COSTA, N. de Oliveira. **Mamografia: Posicionamentos Radiológicos.** Instituto Brasileiro de controle do câncer (IBCC). São Paulo: Corposeditora outubro, 2015.

**Controle do câncer de mama: documento de consenso.** Disponível. <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra> Instituto Nacional de Câncer..pdf. Inca, INCA, 2012.

DHONKERS, J.D, HENDRIKS, JON. H.C. L. HOLLAND, R. ROSE NBUCH, G. **Mamografia pratica**, patologia, técnicas, interpretação, métodos complementares. Ed. Rio de Janeiro, revinte, 2003.

DUART, Darkir Lourenço. **A Mama em Imagens**: Rio de Janeiro Ed. Guanabara Koogan, 2006.

ENTENDENDO A MAMA.**Imagens da Anatomia Mamaria**. Acesso em 2017, disponível em Atendimento Médico: <http://atendimentomedico.com.br/materias-clinica-geral/entendendo-a-mama/>(05 de Outubro de 2012).

FENELON, S. **Imaginologia em A Evolução da Radiologia - Os Avanços da Imagiologia e Radiologia Diagnóstica**: Acesso em 2017, disponível <http://www.imaginologia.com.br/dow/A-evolucao-da-Radiologia.pdf>, (2008).

GALVÃO, C. N. Ginecomastia. Acesso em 2017. Disponível: em [http://slideplayer.com.br/slide/6062264/\(2015\)](http://slideplayer.com.br/slide/6062264/(2015)).

GERÓTICA, R. G., AZEVEDO, R., & SANCHES, T. **A importância da Mamografia no Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama**. Acesso em 2017. Disponível: Em UNILUS Ensino e Pesquisa: [http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/598/u2016v13n30e598\(26](http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/598/u2016v13n30e598(26) de Outubro de 2015).

INCA, **Cuidados paliativos e Oncológico controle de sintomas**, Rio de Janeiro. Ministerio da saúde, instituto do câncer. 2002.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

LOURENÇO, T. S; MAUAD, E. C; VIEIRA, R.A.C. **Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem**: revisão integrativa. RevBrasEnferm. Brasília, 2013.

METCALF KA, NAROD SA. **Breast cancer risk perception among women who have undergoing prophylactic bilateral mastectomy**. Journal of national Cancer Institute, 2002.

MOURÃO, A. P., & OLIVEIRA, F. A. **Fundamentos de Radiologia e Imagem**. Difusão Editora. (2009).

NARDINE, R. **Câncer de Mama Masculino**. Disponível: em Huffpost Brasil, Janeiro(2017).

NOGUEIRA SP, MENDONÇA JV, PASCALETTE HAP. Cancer de Mama em Homens, Faculdade de Medicina da Universidade Feswral do Rio de Janeiro (UFRJ) Botafogo (RJ) Brasil, (27/01/2015).

Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. **Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa**. RevBrasEnferm, 2016.

PARKE, M; LUCASSEN, A. **working towards ethical management of genetic testing**.; 360:1685-1688. Lancet, (2002).

SANTOS, V. S. **Câncer de Mama Masculino**. Acesso em 2017, disponível em Mundo Educação: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/doencas/cancer-mama-masculino.htm>. (2015).