

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**CANCER DE MAMA EN EL HOMBRE.
INFORME DE UN CASO.**

Dr. Leonardo Carballosa Espinosa¹, Dr. Rafael Moró Vela.²

RESUMEN

El cáncer de mama es muy poco frecuente en el varón, le corresponde entre el 0,7 al 1 % de todos los cánceres masculinos. En este trabajo se presenta un caso de cáncer de mama en un hombre diagnosticado durante un período de 2 años (2005-2006) en el Hospital Regional Docente de Rundu, Namibia, África. Se analizan los aspectos diagnósticos y terapéuticos en una amplia revisión bibliográfica. Se concluye una neoplasia de características y pronósticos similares en uno u otro sexo, no obstante, se publican resultados más sombríos en el varón debido a la demora en el diagnóstico respecto al femenino.

Palabras clave: NEOPLASMAS DE LA MAMA/diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA MAMA/terapia; MASCULINO

INTRODUCCION

El cáncer de mama no es muy frecuente en el hombre y no es muy conocido ni por el paciente ni por los médicos. Por esta razón su diagnóstico muchas veces es tardío. El tratamiento no ofrece buenos resultados si la enfermedad ya estuviera en estado avanzado. Es preciso divulgar que el cáncer mamario también ocurre en el hombre y que las características generales son iguales a las del cáncer femenino. El tratamiento quirúrgico puede tener buenos resultados cuando el diagnóstico es precoz.¹⁻⁴

Mientras que el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, en el hombre es rara pues no representa más del 0.7 al 1 % de todos los cánceres en los hombres.^{1,3-8}

¹ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

² *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.*

Hay discrepancias en cuanto a considerarlo de similar pronóstico al de la mujer⁹ o más agresivo.^{4,10} Algunos autores defienden la teoría de que el cáncer de mama en el varón se trata de una enfermedad diferente al cáncer de mama en la mujer^{4,8}, e incluso, hay quien trata de demostrar que se trata de un tumor metastásico de un carcinoma de próstata.^{3,10}

Mientras que en la mujer se han hecho infinidad de estudios epidemiológicos y *screening* para el diagnóstico precoz, en el hombre no se conocen estudios de este tipo, lo que hace interesante cualquier aportación de series que estudien los diferentes factores que pueden relacionarse con la incidencia y pronóstico de estos tumores.⁶ Con este objetivo se presenta este caso de cáncer de mama en un varón y la revisión de la literatura médica con grandes series personales y estudios multicéntricos

INFORME DEL CASO

Paciente MTL, masculino, de 60 años de edad, con antecedentes de salud anterior, fumador inveterado, es remitido de su área de salud a consulta especializada de mama porque hace aproximadamente 5 meses comenzó a notar aumento de volumen de la tetilla derecha y posteriormente en la región axilar del mismo lado.

Se realiza examen físico encontrándose tumoración de aproximadamente 2.5 centímetros, dura, de bordes no bien definidos e irregular en la región mamaria derecha, además de varias adenopatías axilares móviles y de consistencia firme en la axila derecha (Figura 1). Se realizó una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) resultando positiva de células neoplásicas (PCN), por lo que se decide intervenir quirúrgicamente y se indica chequeo preoperatorio.

El hemograma, la glicemia, la creatinina, la serología, el análisis de VIH y las pruebas funcionales hepáticas fueron normales. Se practicó ecografía abdominal informándose que no hay evidencia de metástasis hepáticas ni adenomegalias intrabdominales, ni otras alteraciones a nivel de hemiabdomen superior; radiografía de tórax normal.

Con el diagnóstico de neoplasia de mama derecha se intervino quirúrgicamente en mayo de 2006. Se realizó exéresis de la tumoración y durante el acto quirúrgico se realizó biopsia por congelación, informándose como positiva de células neoplásicas. Se decide en el mismo acto realizar mastectomía radical

modificada con vaciamiento ganglionar axilar como proceder definitivo (Figuras 2, 3 y 4).

El estudio anatomopatológico se concluyó como carcinoma ductal infiltrante de 4 centímetros. De los 12 ganglios en el primer nivel se encontraron 4 metástasis, encontrándose 2 más en los 8 ganglios examinados del segundo nivel

La evolución postoperatoria fue normal, remitiéndose a consulta de oncología para tratamiento quimio y radioterapéutico; con seguimiento en consulta de cirugía. Su evolución durante los primeros 6 meses ha sido satisfactoria y el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSION DEL CASO

El carcinoma de mama en el varón es una afección rara; series cortas se registran en la literatura y la más importante es la serie personal publicada por Salvadori con 170 casos; el resto se trata de estudios multicéntricos.^{1,11,12}

La ginecomastia para algunos autores es uno de los principales factores de retraso en la consulta y, por tanto, el peor pronóstico que para algunos tiene el carcinoma de mama en el varón respecto al femenino. Como se aprecia en nuestro estudio el paciente acude a consulta por presentar una ginecomastia, lo cual pudo ser la causa de retraso en el tratamiento quirúrgico como señala la literatura revisada.^{7,13}

El cáncer de mama masculina por las características de su invasión temprana y difusa de ganglios linfáticos tiene peor pronóstico que el de la mujer; en general, ocurre en edades más avanzadas. La edad media en el diagnóstico es 10 años más en el hombre que en mujeres, probablemente porque el tejido mamario es más escaso en estos primeros respecto a las féminas.

Los tumores de mama incluyen más frecuencia el músculo pectoral mayor. La demora en el diagnóstico también debe contribuir para las manifestaciones más avanzadas del cáncer de mama en el hombre.^{5,9,14-17}

El diagnóstico se basa al igual que en el caso femenino principalmente en la mamografía y la BAAF; con menor y similar sensibilidad que en la mujer, respectivamente.¹⁰

Histológicamente los tumores de mama en hombres son más comúnmente carcinomas ductales infiltrantes, de aspecto semejante a sus correspondientes en mujeres. Es curioso que el cáncer de mama en hombres en general contenga receptores de hormonas esteroideas. Nuestro estudio coincide con lo planteado por estudios nacionales y extranjeros referente a la variedad histológica.^{5-8,16,18}

Pozo y colaboradores informan que el 84 % de los tumores que aparecen en las glándulas mamarias de hombres contienen receptores estrogénicos.^{7,8,10,11,14,16}

El tratamiento de carcinoma de mama en hombres depende del estadio y de la extensión local del tumor. En caso que esté incluido el músculo pectoral mayor, la mastectomía radical será el método de elección. Debido a la agresividad local de estos tumores, la mayoría de los autores preconizan la terapia coadyuvante con radioterapia, quimioterapia general o regional u hormonoterapia con tamoxifeno, cuando los receptores estrogénicos son positivos con respuesta del 90 %.^{7,8,10,14,16,21}

La presencia de metástasis ganglionar parece tener el mismo pronóstico en hombres que en mujeres; la enfermedad con ganglios positivos encierra peor pronóstico en hombres que en mujeres.^{8,17,20,21}

Podemos deducir de todo ello, que el peor pronóstico que se le achaca al carcinoma de mama en el varón, no es sino la consecuencia de diagnósticos más tardíos. Es de similar pronóstico al femenino cuando se tratan similares estadios.^{7,9,17-19}

La supervivencia de 5 años en más del 80 % de hombres tratados con terapia adyuvante parece una significativa mejora con relación a controles históricos.^{17,20}

Cuando el paciente tiene cáncer localmente inoperable o recurrente, la castración es muy eficaz. En estudios realizados se produjo una remisión objetiva en el 45 % de los casos.^{18,19}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Staringer JC. Cancer de mama en el hombre. *Rev Argent Cancerol*. 2001; 29(2):89-93.
2. León PO, Souchón E, Dayarnani S, Ayala L, Belloso R, Henriquez L. Cáncer de mama en hombres. *Clín Méd HCC*. 2000; 5(1):14-8.
3. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med*. 2002; 137(8):678-87.
4. Breast cancer in men. *Oncology (Huntingt)*. 2003; 17(10):1361-4.
5. Piekarski JH, Jeziorski A. Breast neoplasm in men and women--prognosis comparison. *Wiad Lek*. 2003; 56(5-6):239-43.
6. France L, Michie S, Barrett-Lee P, Brain K, Harper P, Gray J. Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. *Breast*. 2000; 9(6):343.
7. Ewertz M, Holmberg L, Tretli S, Pedersen BV, Kristensen A. Risk factors for male breast cancer-a case-control study from Scandinavia. *Acta Oncol*. 2001; 40(4):467-71.
8. Medras M, Szczesny M. Male breast cancer. *Pol Merkuriusz Lek*. 2003; 15(86):111-4.
9. Auvinen A, Curtis RE, Ron E. Risk of subsequent cancer following breast cancer in men. *J Natl Cancer Inst*. 2002; 94(17):1330-2.
10. Cimmino VM, Degnim AC, Sabel MS, Diehl KM, Newman LA, Chang AE. Efficacy of sentinel lymph node biopsy in male breast cancer. *J Surg Oncol*. 2004; 86(2):74-7.
11. Olsson H. Estrogen receptor content in malignant breast tumors in men: a review. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2000; 5(3):283-7.
12. Yang WT, Whitman GJ, Yuen EH, Tse GM, Stelling CB. Sonographic features of primary breast cancer in men. *AJR Am J Roentgenol*. 2001; 176(2):413-6.
13. Spigel JJ, Evans WP, Grant MD, Langer TG, Krakos PA, Wise DK. Male inflammatory breast cancer. *Clin Breast Cancer*. 2001; 2(2):153-5.
14. Male breast cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2003; 4(2):159-64.
15. El Omari-Alaoui H, Lahdiri I, Nejjar I, Hadadi K, Ahyoud F, Hachi H, *et al*. Male breast cancer. A report of 71 cases. *Cancer Radiother*. 2002; 6(6):349-51.
16. Gibson TN, Brady-West D, Williams E, Walters J. Male breast cancer. An analysis of four cases and review of the literature. *West Indian Med J*. 2001; 50(2):165-8.

17. Heinig J, Jackisch C, Rody A, Koch O, Buechter D, Schneider HP. Clinical management of breast cancer in males: a report of four cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 102(1):67-73.
18. Chakravarthy A, Kim CR. Post-mastectomy radiation in male breast cancer. *Radiother Oncol.* 2002; 65(2):99-103.
20. Kreusel KM, Heimann H, Wiegel T, Bornfeld N, Foerster MH. Choroidal metastasis in men with metastatic breast cancer. *Am J Ophthalmol.* 1999; 128(2):253-5.



Figura 1. Imagen de la tumoración antes de la intervención quirúrgica.



Figura 2. Incisión de los planos superficiales en la mastectomía.



Figura 3. Mastectomía radical modificada (conservación de los músculos pectorales).



Figura 4. Vaciamiento ganglionar reglado.