

ARTÍCULOS EXTRANJEROS

Hospital «U. de Valme». Servicio de Cirugía General y Digestiva, Sevilla, España

CARCINOMA DE MAMA EN EL VARÓN. ANÁLISIS DE 5 CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dr. José Aguilar Luque,¹ Dr. Custodio Sarmiento Robles,¹ Dra. Esther Merino de la Torre² y Dr. Pablo Martínez García¹

RESUMEN

El carcinoma de mama es muy poco frecuente en el varón (0,1 a 0,2 % de todos los cánceres masculinos), lo que condiciona diagnósticos más tardíos que ensombrecen el pronóstico. Se presenta una serie de 7 carcinomas de mama en 6 varones con edad media de 60 años (47 a 72 años) y tiempo medio primer síntoma-intervención de 14,3 meses (5 a 30 meses). Los estadios fueron: I(1), II(3), III(1) y IV(1). El estudio histopatológico evidenció 6 carcinomas ductales infiltrantes: 1 multicéntrico y 1 intraductal (multicéntrico). Se trataron 5 de ellos con mastectomía radical modificada (3 con la de tipo Patey y 2 con la de Madden). En el que presentaba el carcinoma bilateral, se practicó mastectomía radical de Halsted en la mama izquierda y tumorrectomía simple más linfadenectomía axilar en la derecha. Recibieron tratamiento coadyuvante 5 pacientes: 2, quimioterapia; 1, radioterapia; 1, quimioterapia más radioterapia y 1, hormonoterapia. Fallece el sexto paciente al 9no. día del posoperatorio por enfermedad diseminada en estadio terminal y otro a los 3,5 años de enfermedad metastásica; sobreviven los 4 restantes libres de enfermedad a los 7,5,5 y 5 años. Se analizan los aspectos diagnósticos y terapéuticos en una amplia revisión bibliográfica y se concluye en que es una neoplasia de unas características y pronósticos similar en uno y otro sexos, no obstante, se publican peores resultados en el varón debido a la mayor demora en el diagnóstico respecto al femenino.

Descriptor DeCS: NEOPLASMAS DE LA MAMA MASCULINA/diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA MAMA MASCULINA/cirugía.

¹ Facultativo Especialista de Área.

² Médico Residente.

Siendo el cáncer de mama la neoplasia más frecuente en la mujer, en el hombre es rara pues no representa más del 1 % de los cánceres mamarios¹⁻⁶ y el 0,2 % de todos los cánceres del varón.⁷ Hay discrepancias en cuanto a considerarlo de similar pronóstico al de la mujer⁸⁻¹⁵ o más agresivo.^{7,16-19} 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,^{20,21} e incluso hay quien trata de demostrar que se trata de un tumor metastásico de un carcinoma de próstata.²²

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. Con este objetivo presentamos 7 cánceres de mama en 6 varones (1 bilateral) y la revisión de la literatura médica con gran-

des series personales y estudios multicéntricos.

MÉTODOS

Entre 1988 y 1994 han sido intervenidos 7 carcinomas de mama correspondientes a 6 varones (1 bilateral) en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital « U. de Valme » de Sevilla.

En el mismo período se han tratado 610 carcinomas de mama femeninos entre nuestro Servicio y el de Obstetricia y Ginecología, para representar el carcinoma de mama en el varón el 1,16 % de todos los cánceres de mama tratados en nuestro Hospital.

Los datos epidemiológicos se recogen en la tabla 1, donde se observa una edad media de 60 años (47 a 72 años) frente a los 52 de las mujeres. El motivo de consulta más frecuente fue nódulo más retracción del pezón en 3 ocasiones, sólo nódulo en 2 y en 1 caso fue un síndrome paraneo-

TABLA 1.

Pacientes	1	2	3	4	5	6
Edad	47a.	63a.	72a.	63a.	53a.	62a.
Intervalo del 1er. síntoma-intervención	5 meses	9 meses	30 meses	24 meses	9 meses	12 meses
Motivo de consulta	Tumor + retracción	Síndrome ciático + tumor de mama	Tumor + retracción	Tumor	Tumor + retracción	Tumor + retracción + prurito
Antecedentes personales	Polipectomía en cuerdas vocales	Fimosis Hemorroidectomía Apendicectomía. FOD*	Dupuytren intervenido	Sin interés	Traumatismo de mama. Tratamiento con omeprazol	HTA*** en tratamiento
Antecedentes familiares	No	No	No	No	No	No
Localización	Retroareolar mama	Bilateral en toda la mama	CS** mama derecha	2 hermanas con cáncer de mama	Retroareolar mama derecha	Cuadrante super externo mama derecha

*FOD: Fiebre de origen desconocido.

**CSI: cuadrante superointerno.

***HTA: Hipertensión arterial.

plásico, con una masa que ocupaba toda la mama izquierda y un nódulo en la derecha.

El intervalo de tiempo transcurrido entre la aparición del primer síntoma y la intervención fue de 14,3 meses (5-30) superior al de la mujer (3,2 meses). Como antecedentes de interés registramos un traumatismo en la mama 1 año antes en un paciente al que se le indicó tratamiento antiulceroso, uno intervenido de pólipo de cuerdas vocales, otro paciente con tratamiento de hipertensión arterial, un paciente tratado de enfermedad de Dupuytren palmar, otro con cuadros febriles no filiados de 2 meses de evolución y solo 1 no presentaba antecedentes de interés. Sólo un enfermo refería antecedentes familiares de 2 hermanas fallecidas por cáncer de mama.

La lesión se localizó en el cuadrante superoexterno en 3 casos: retroareolar en 2; en el cuadrante superointerno, 1 y en toda la mama, 1. La punción aspirativa con aguja fina (PAAF) se realizó a 5 enfermos y en todos ellos fue diagnóstica, lo mismo ocurrió con la biopsia excisional realizada en un paciente.

RESULTADOS

Tres enfermos se trataron con mastectomía radical modificada tipo Patey y 2 con Madden y en el que presentaba el carcinoma bilateral, se practicó mastectomía radical de Halsted en la mama izquierda y tumorrectomía simple más linfadenectomía axiliar en la derecha (tabla 2). La linforragia fue superior a 100 cc en 4 casos, lo que hizo aumentar el tiempo de hospitalización media a 5,6 días, con seguimiento posterior en consulta. Dos pacientes recibieron quimioterapia, uno radioterapia, otro quimioterapia más radioterapia, uno hormonoterapia y el sexto falleció al 9no. día del posoperatorio por enfermedad metastásica en fase terminal; otro paciente falleció a los 3,5 años de enfermedad metastásica y los 4 pacientes restantes viven libres de enfermedad a los 7, 5, 5 y 5 años respectivamente de la intervención.

Las características histopatológicas de la serie se recogen en la tabla 3, donde se observa que en 4 pacientes se evidencia carcinoma ductal infiltrante (incluido el carcinoma bilateral), en uno carcinoma

TABLA 2.

Pacientes	1	2	3	4	5	6
Intervención	Madden	Der: Halsted Isq: T + VA*	Patey	Madden	Patey	Patey
Linforragia	50cc/1 día	No	200 cc/12 días	150 cc/14 días	100 cc/7 días	150 cc/15 días
Hospitalización	1 día	9 días (†)	5 días	6 días	3 días	9 días
Tratamiento adyuvante	CAF*	No	Tamoxifeno	Radioterapia + CMF	Radioterapia	CMF***
Estado actual	<i>Exitus</i> a los 3,5 años	<i>Exitus</i> en posoperatorio	Sin enfermedad (7 años)	Sin enfermedad (5 años)	Sin enfermedad (5 años)	Sin enfermedad (5 años)

* CAF: Ciclofosfamida, adriamicina, 5-fluoracilo.

** T + VA: Tumorrectomía y vaciamiento axilar.

***CMF: Ciclofosfamida, metotrexate, 5-fluoracilo.

(†):*Exitus*.

TABLA 3.

Pacientes	1	2	3	4	5	6
PAAF*	Carcinoma ductal	-	Carcinoma ductal	Tumor papilar intraquistico sospechoso de malignidad	Carcinoma ductal	Carcinoma de mama
Biopsia previa	No	No	No	Sí	No	No
Tipo histológico	Carcinoma ductal infiltrante	Carcinoma ductal infiltrante	Carcinoma ductal infiltrante multicéntrico	Carcinoma intraductal multicéntrico	Carcinoma ductal infiltrante	Carcinoma ductal infiltrante + carcinoma <i>in situ</i>
TNM	T1 N1 M0	T2 Nx M1	T2 NO M0	T1 NO M0	T4 NO M0	T1 N1 M0
Estadio	Ila	IV	Ila	I	IIIb	IIb
Grado histológico	III/III	III/III	II/III	I/III	I/III	II/III
Grado nuclear	III/III	III/III	II/III	II/III	II/III	II/III
Receptores	E..(+) P:(-)	-	- E(+) P(-)	E(+) P(-)	E(+) P(-)	E(+) P(-)
Histología	Invasión vascular y perineural	Invasión vascular y perineural	-	-	-	Invasión perineural

E: Receptores estrogénicos; P: Receptores de progesterona.

* PAAF: Punción aspirativa con aguja fina.

ductal infiltrante multicéntrico, y en el 6to carcinoma intraductal multicéntrico. Los estadios hallados fueron: estadio I(1), estadio II(3), estadio III(1), estadio IV(1), con las características histológicas expresadas (grado histológico, grado nuclear, receptores hormonales e invasión vascular y linfática perineural).

DISCUSIÓN

El carcinoma de mama en el varón es una afección rara; series cortas se publican en la literatura y es la serie personal más importante la publicada por *Salvadori*⁹ de 170 casos; el resto se trata de estudios multicéntricos.^{11,15,16,19,21} Nuestro aporte consta de 7 carcinomas correspondientes a 6 enfermos y que supone el 1,16 % de los cánceres de mama tratados en nuestro hospital, muy similar al observado por *Sánchez*

de Vega y otros²³ y que se ajusta a la media recogida en la literatura.¹⁻⁶

Múltiples estudios tratan de correlacionar el cáncer de mama en el varón con diversos factores; en nuestra serie aparece un paciente con un antecedente familiar importante (2 hermanas fallecidas de cáncer de mama); con una incidencia del 10 % reportada por *El Hajjan*³ en su serie personal; 2 casos entre los 170 cánceres de mama en el varón tratados por *Salvadori*⁹ que supone el 1,2 %, y series muy pequeñas la mayoría, con oscilaciones tan amplias como del 5 al 66 % que se reportan en las revisiones bibliográficas realizadas por *D'Avaro*²⁴ y *Hanlo*.²⁵ Otro paciente mostraba un traumatismo 1 año antes sobre una ginecomastia; ambos procesos fueron ampliamente descritos en la literatura,^{3,7,11,25-28} y fue la ginecomastia para algunos autores^{11,28} 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. Otros posibles factores de riesgo son la obesidad,³ mutaciones en el gen BRCA-2 en el cromosoma 13q²⁹ y la sobreexpresión del gen supresor P-53 en el 40,4 % de la serie de *Anelli*.¹

La localización más frecuente ha sido la mama derecha, aunque en la literatura médica encontramos una distribución equilibrada en ambas mamas,^{3,11} excepto *Salvadori*⁹ y *Rudan*³⁰ que hallaron un predominio en la mama izquierda. La bilateralidad publicada por algunos autores,¹¹ se da en uno de nuestros pacientes (16,6 %).

El nódulo mamario es el motivo de consulta más frecuente,^{2,4,9} como ocurrió en todos nuestros casos, bien como único signo (4 de 6) o bien asociado con retracción del pezón (2 de 6), y que coincide con la experiencia publicada por *Stierer*¹¹ o asociado con ginecomastia.²⁸ La telorrea, que no ha aparecido en nuestra serie, se ha apuntado como otro motivo de consulta frecuente.^{2,7,9} Otra forma de presentación que ensombrece mucho el pronóstico es el ganglio axilar sin tumor mamario palpable; los 7 que recoge *Jackson*³¹ murieron de enfermedad metastásica.

El diagnóstico se basa, al igual que en la mujer, principalmente en la mamografía y la PAAF, mientras que la primera con menor sensibilidad que en la mujer,¹¹ la segunda con similar sensibilidad;^{26,32-34} sin embargo, la edad media del diagnóstico es 10 años superior a la mujer,^{2,3,6-8,11,15,22,28} 60 años en nuestra serie contra los 52 años de media en el cáncer de mama femenino, lo que se justifica por el retraso en el diagnóstico al identificarse el cáncer de mama como una enfermedad ligada al sexo femenino, y es esta demora lo que condiciona la mayor tasa de estadios III- IV en el va-

rón,^{2,4} circunstancia que curiosamente no se ha dado en nuestra serie, ni tampoco en algunas series consultadas.³⁰

Podemos deducir de todo ello, que el peor pronóstico que se le achaca al carcinoma de mama en el varón,^{7,16,18} no es sino la consecuencia de diagnósticos más tardíos, y es de similar pronóstico al femenino cuando se tratan similares estadios.^{10,11,13,17,35}

Este retraso diagnóstico y el escaso volumen de la mama masculina propicia la mayor precocidad en la infiltración del músculo pectoral mayor, lo que condiciona la práctica de la mastectomía radical de Halsted en un alto porcentaje de pacientes, 16,6 % en nuestra serie, 22 % para *El Hajjam*,³ 54,1 % en la serie de *Salvadori*⁹ y 100 % en la serie de *Sánchez de Vega*.²³ Es obvio que cuando se pueda conservar el músculo pectoral mayor, es la mastectomía radical modificada la técnica de elección como ocurrió en nuestra serie, donde se contabilizaron muy pocos casos de cirugía conservadora (cuadrantectomía, tumorrectomía), porque como apunta *Sánchez de Vega*²³ la frecuente afectación del músculo pectoral mayor obliga frecuentemente a una mayor radicalidad.

Al igual que ocurrió en nuestra serie, la mayoría de los autores preconizan la terapia coadyuvante con radioterapia,⁵ quimioterapia general⁵ o regional³⁶ u hormonoterapia con tamoxifeno, cuando los receptores estrogénicos son positivos con una respuesta del 90 %.⁴

Partiendo del 66,6 % de estadios I-II, tenemos una supervivencia de 66,6 % libres de enfermedad, con un seguimiento de 7,5,5 y 5 años respectivamente. *Salvadori*⁹ tiene una supervivencia de 73 % a 5 años, *Ciatio*¹⁶ de 65 %, *Stierer*¹¹ el 62 %, *Nage*⁴ el 66 % y *Borge*¹⁰ el 68 %, que al desglosarlos según estadio supone el 70 % para N0 y 15 % para N1.

Nos encontramos pues, con una neoplasia que teniendo un relativo buen pronóstico en el sexo femenino, se ensombrece algo en el varón, debido, especialmente, a diagnósticos más tardíos al no estar tan sensibilizados a la posibilidad de esta neoplasia en el varón, pero excepto en este

aspecto hallamos una gran coincidencia en los factores de riesgo, enfoque diagnóstico, planteamiento terapéutico, etc.; ello exige una mayor concientización de médicos y población en general acerca de una afección rara, pero posible, que basa su buen pronóstico en el diagnóstico precoz.

SUMMARY

Male breast carcinoma is very uncommon (0.1% of all the male cancers), which makes us have later diagnosis that darken the prognosis. A series of 7 breast carcinomas in 6 males with a mean age of 60 years (47-72 years old) and with a mean time between the first symptom and the operation of 14.3 months (5 to 30 months) is presented. The stages were as follows: I(1), II(3), III(1) and IV(1). The histopathological study showed 6 infiltrating ductal carcinomas: 1 multicenter and 1 intraductal (multicenter). 54 patients were treated with modified radical mastectomy (3 with Patey's operation and 2 with Madden's operation). The patient with bilateral carcinoma underwent Halsted's radical mastectomy in the left breast and simple tumorectomy plus axillary lymphadenectomy in the right. 5 patients received adjuvant treatment: 2, chemotherapy; 1, radiotherapy; 1, chemotherapy plus radiotherapy; and 1, hormone therapy. The sixth patient died 9 days after the operation due to end-stage disseminated disease and the other died from metastatic disease 3,5 years later. The other 4 survive free of disease at 7, 5.5, and 5 years. The diagnostic and therapeutic aspects are analyzed through a wide bibliographic review and it is concluded that it is a neoplasia with similar characteristics and prognosis in both sexes. However, results are poorer in males due to the delay in making the diagnosis compared with females.

Subject headings: BREAST NEOPLASM, MALE/diagnosis; BREAST NEOPLASM, MALE/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anelli A, Anelli TFM, Youngson B, Rosen PP, Borgen PI. Mutations of the p53 Gene in Male breast Cancer. *Cancer* 1995;75:2233-8.
2. Fernández Chacón de Lucas C, Alonso Muñoz A, García Yáñez A. Cáncer de mama del varón: revisión de 49 pacientes. *Oncología* 1991;14:68-72.
3. El Hajjam M, Khaiz D, Benider A. Cancer du sein chez l'homme. A propos de 50 observations. *J Chir* 1995;132:131-6.
4. Nagel M, Holtkamp B, Hagmuller E, Saeger HD. Le cancer du sein chez l'homme. *J Chir* 1993;130:300-3.
5. Ribeiro GG. Carcinoma of the male breast. A review of 200 cases. *Br J Surg* 1977;64:381-3.
6. Ulutin C, Gudeen M, Surankok S, Pak Y. Fifteen cases of male breast carcinoma treated between 1980 and 1995. *Radiol Med* 1998;16(5):383-6.
7. Chandra PK, So GJ, Wollman JS, Basset IW. Mammography of the male breast. *Am J Roentgenol* 1995;164:853-8.
8. Willsher PC, Leach IH, Ellis IO, Bourke JB, Blamey RW, Robertson JF. *Am J Surg* 1997;173:185-8.
9. Salvadori B, Saccozzi R, Monzari A. Prognosis of breast cancer in male: on analysis of 170 cases. *Eur J Cancer* 1994;30 A:930-5.
10. Borgen PI, Wong GY, Vlamir V. Current management of male breast cancer. A review of 104 cases. *Ann Surg* 1992;215:451-9.
11. Stierer M, Rosen H, Weitensfelder W. Male breast cancer: Austrian experience: *World J Surg* 1995;19:687-93.
12. Carmalt HL, Mann LJ, Kennedy CW, Fletcher JM, Gillett DJ. Carcinoma of the male breast: a review and recommendations for management. *Anest NZJ Surg* 1998;68(10):712-5.
13. Willsher PC, Leach IH, Ellis IO, Boueke JB, Blamey RW, Robertson JF. A comparison outcome of male breast cancer with female breast cancer. *Am J Surg* 1997;173(3):185-8.

14. Borgen PI, Senie RT, McKinnon WM, Rosen PP. Carcinoma of the male breast: analysis of prognosis compared with matched female patients. *Ann Surg Oncol* 1997;4(5):385-8.
15. Donegan WL, Redlich PN, Lang PJ, Gall MT. Carcinoma of the breast in males: a multiinstitutional survey. *Cancer* 1998;83(3):498-509.
16. Ciatto S, Iossa A, Bonardi R, Pacini P. Male breast carcinoma: review of a multicenter series of 150 cases. *Tumori* 1990;76:552-4.
17. Guinee VF, Olson H, Moller T, Challenberger RC, Blink JW, Peter Z. The prognosis of breast cancer in males. *Cancer*, 1993;71:154-60.
18. Joshi MG, Lee AK, Loda M. Male breast carcinoma: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome. *Cancer* 1996;77:490-8.
19. Wick MR, Sayadi H, Titter DH. Low-stage carcinoma of the male breast. A histologic, immunohistochemical, and flow cytometric comparison with localized female breast carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1999;111(1):59-69.
20. Díaz-Faes J. Carcinoma de mama del varón. ¿Es la misma enfermedad que el carcinoma de mama de la mujer?. *Oncología* 1999;22(4):17-8.
21. Ravandi-Kasham F, Hayes TG. Male breast cancer: a review of the literature. *Eur J Cancer* 1998;34(9):1341-7.
22. Gupta RK. Immunoreactivity of prostate-specific antigen in male breast carcinomas: two examples of a diagnostic pitfall in discriminating a primary breast cancer from metastatic prostate carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1999;21(3):167-9.
23. Sánchez de Vega DS, Martínez R, Martínez-Piñeiro J, Tamames S. Cáncer de mama en el varón. *Cir Esp* 1996;60:121-3.
24. D'Avanzo B, La Vecchia, C. Risk factors for male breast cancer. *Br J Cancer* 1995;71:1359-62.
25. Hanlo DM, Keut P, Kerin MJ, Given HF. Unilateral breast masses in men over 40: a diagnostic dilemma. *Am J Surg* 1995;170:24-6.
26. Donegan WL, Redlich PN. Breast cancer in men. *Surg Clin North Am* 1996;76:343-63.
27. Sasano H, Kimura M, Shizawa S, Kimura N, Nagura H. Aromatase and steroid receptors in gynecomastia and male breast carcinoma: an immunohistochemical study. *J Clin Endocrinol Metabol* 1996;81:3063-7.
28. Volpe CM, Raffetto JD, Cellare DW, Hoover EL, Doerr RJ. Unilateral male breast masses: cancer risk and evaluation and management. *Am Surg* 1999;65(3):250-3.
29. Thorlacius S, Tryggvadottir L, Olafsdottir GH. Linkage to BRCA-2 region in hereditary male breast cancer. *Lancet* 1995;346:544-5.
30. Rudan I, Rudan N, Basic N, Basic V, Rudan R. Differences between male and female breast cancer. II. Clinicopathologic features. *Acta Med Croat* 1997;51(3):129-33.
31. Rueda Pérez JM, Cabello Rodríguez M, Somaza de Saint-Palais M, et al. Carcinoma mamario apocrino bilateral en varón. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Cir Esp* 1994;55:72-4.
32. Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J. Axillary metastasis from occult breast carcinoma: diagnosis and management. *Am Surg* 1995;61:431-4.
33. Lilleng R, Paksay N, Vurol G, Langmark F, Hagmar B. Assessment of fine needle aspiration cytology and histopathology for diagnosing male breast masses. *Acta Cytol* 1995;39:877-81.
34. Das DK, Junaid TA, Mathews SB. Fine needle aspiration cytology diagnosis of male breast lesions. A study of 185 cases. *Acta Cytol* 1995;39:870-6.
35. Vetto J, Jun SY, Padduch D, Eppich H, Shih R. Stages at presentation, prognostic factors, and outcome of breast cancer in males. *Am J Surg* 1999;177(5):379-83.
36. Doughty JC, Mc Carter DH, Reid AW, Kane AW, Mc Ardle CS. Treatment of locally recurrent male breast cancer by regional chemotherapy. *Br J Surg* 1995;82:212-3.

Recibido: 1ro. de febrero del 2000. Aprobado: 27 de abril de 2000.

Dr. *José Aguilar Luque*. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital "U de Valme", Carretera de Cádiz s/n 41014, Sevilla, España.