

Cáncer de mama en varones: casos recogidos en 20 años (1990-2011)

Breast cancer in males and cases observed in 20 years (1990-2011)

Dr. Emilio Orquín Ortega,^I Dr. Javier Agüera Carmona,^I Dr. Miguel Ángel Velasco García,^{II} Dr. Vicente Vega Ruiz^{III}

^I Hospital Juan Grande. Jerez (Cádiz), España.

^{II} Universidad de Cádiz, España.

^{III} Universidad de Cádiz. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz, España.

RESUMEN

Introducción: en la sociedad occidental el cáncer de mama es el de mayor prevalencia en el sexo femenino, pero es muy raro en el sexo masculino (0,1-0,2 %). Tras analizar la epidemiología y los factores de riesgo, se realizó un estudio retrospectivo de los casos hallados en una unidad de cirugía menor ambulatoria (CmA) del Hospital General de Especialidades Juan Grande en el periodo de 1990 a 2011 (n = 10).

Métodos: se describen los hallazgos en la unidad CmA, adonde acuden pacientes con diagnósticos de afecciones benignas, fundamentalmente de piel, anejos cutáneos y tejidos subcutáneos. Se eligió, describió y siguió a los varones que resultaron tener un carcinoma de mama. Los criterios de inclusión fueron el sexo masculino y la confirmación histológica de cáncer de mama. Se estudiaron las variables epidemiológicas, tumorales y terapéuticas, y la supervivencia.

Resultados: hubo 10 sujetos con edades de 58 ± 15 años, sin antecedentes de especial interés. Las tumoraciones se localizaban en la cara anterior del tórax, en la región mamaria, de forma unilateral. El 100 % de los pacientes acudieron con diagnóstico de una afección benigna, e igualmente en el 100 % de los casos el diagnóstico anatomopatológico definitivo fue carcinoma ductal.

Conclusiones: los pacientes se diagnosticaron después de una cirugía y no hubo diagnóstico clínico previo. La supervivencia estuvo condicionada por la tardanza en el diagnóstico y, por tanto, en el inicio del tratamiento. La supervivencia a los 5 años de revisiones fue de 7 pacientes, aunque algunos fallecieron por otras causas.

Palabras clave: cáncer de mama, varones, cáncer ductal en varones.

ABSTRACT

Introduction: breast cancer in the Western society has the highest prevalence rate in females, but it is very rare in males (0.1-0.2 %). After analyzing the epidemiology and the risk factors, a retrospective study was conducted on the cases found in an outpatient minor surgery unit of "Juan Grande" general hospital of medical specialties in the period of 1990 through 2011 (n= 10).

Methods: the findings observed in this unit were described, where patients with benign disease diagnoses fundamentally went because of skin problems, cutaneous adnexes and subcutaneous tissues. The males suffering breast carcinoma were selected, described and followed-up. Inclusion criteria were being male and histological confirmation of breast cancer. The epidemiological, tumoral and therapeutical variables were under study as well as survival rates.

Results: there were 10 individuals aged 58 ± 15 years, with no history of special interest. Tumors were located in the anterior side of thorax, unilateral, in the breast region. One hundred percent of patients went to the unit with benign diagnosis and, the final anatomopathological diagnosis of all the cases was ductal carcinoma.

Conclusions: the patients were diagnosed after one surgery and there was not previous clinical diagnosis. The survival depended on the time of diagnosis and on the time of beginning the treatment. The survival rate after 5 years of review was 7 patients, although some died from other causes.

Keywords: breast cancer, males, ductal cancer in males.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la enfermedad tumoral no dermatológica con mayor incidencia en las mujeres de todo el mundo. Su incidencia ha ido en aumento y en la actualidad se diagnostican más de 500 000 casos por año. La mayor incidencia está localizada en los países industrializados, donde se diagnostican 80 a 90 nuevos casos por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países subdesarrollados los nuevos diagnósticos bajan a 20 por cada 100 000 habitantes.¹

Sin embargo, la incidencia del cáncer de mama de varón es irrelevante ($< 0,2 \%$), por lo que en la bibliografía médica existen escasos estudios al respecto.² Aunque todos los profesionales conocen de su existencia, solo un porcentaje medio ha visto alguno en su trayectoria profesional (encuesta personal entre cirujanos de 3 hospitales de la zona). Hay escasísimos estudios epidemiológicos sobre el tema; de hecho, solo hemos encontrado los de Elshafiey y cols., y Dabakuyo.^{3,4}

Debido a su escasa presencia en la clínica diaria, no se piensa en él cuando hay que considerar todos los posibles diagnósticos diferenciales de las tumoraciones de la zona. Ello da lugar a un retraso en el diagnóstico y, por tanto, condiciona la supervivencia, así como el estudio de las variables epidemiológicas que inciden sobre la afección. Solo en los cribados aparecen en estadios precoces y son causa de comunicación como hallazgo,⁵ ya que lo normal es diagnosticarlos en estadios muy tardíos.⁶

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo del periodo de 1990 a 2011 (n = 10), con los criterios de inclusión siguientes: sexo masculino y confirmación histológica de cáncer de mama, Se estudiaron las variables epidemiológicas, tumorales y terapéuticas, así como la supervivencia.

El equipo de investigación del presente trabajo estuvo compuesto por el de la unidad de cirugía menor ambulatoria (CmA) del hospital, que dispone de 1 cirujano general, 1 cirujano plástico, 2 enfermeros, 2 auxiliares y el apoyo de los restantes servicios del hospital, especialmente el servicio de anatomía patológica.

Los recursos empleados fueron aquellos que pone a disposición el propio hospital: consulta, área quirúrgica, área de recuperación y unidad de valoración. Para el apoyo bibliográfico se contó con la base de datos Medline.

Los pacientes estudiados fueron los remitidos a la CmA del hospital, a donde el Servicio Andaluz de Salud (SAS) remite una media de 3000 pacientes al año para tratamiento quirúrgico con anestesia local de afecciones benignas varias. Entre estos aproximadamente 60 000 pacientes (3000 x 20 = 60 000), aparecieron como hallazgos casuales 10 pacientes.

El método consistió en hacer una comprobación de la lesión que documentaba el diagnóstico de remisión. Al no coincidir con él, se realizó una tumorectomía y se envió la pieza a anatomía patológica para el diagnóstico definitivo. Tras confirmar el diagnóstico histopatológico el equipo se planteó la técnica quirúrgica óptima. Hemos pasado, como la mayoría de los que tratan estas afecciones, de mastectomías radicales ampliadas de tipo Patey o similares a soluciones menos agresivas: Mardem o cuadrantectomías. Es lo que ocurre a algunos autores consultados.⁶ Tras el estudio de la extensión se remitió al paciente a oncología para valorar el posible tratamiento adyuvante.

RESULTADOS

La media de pacientes vistos en la unidad es de 3000 pacientes por año, por lo que a lo largo de los 20 años se ven unos 60 000 pacientes. De ellos, el 35 % de los que acuden a la unidad de CmA son varones (21 000 pacientes). A su vez, el 45 % de estos son mayores de 50 años (9 450 pacientes) y solo 10 resultaron padecer un carcinoma de mama. Ello significa que de cada 945 pacientes aparece un carcinoma de mama, lo que supone el 0,1 % de toda la población.

Variables epidemiológicas

Las edades y varios condicionantes epidemiológicos, tales como localización, antecedentes tanto personales como familiares, etc., se describen en la tabla 1.

De los pacientes diagnosticados de carcinoma, el 70 % acudieron a la unidad con el diagnóstico de tumoración benigna en el tórax. El 10 % acudió con el diagnóstico de mastodinia, 10 % con el de ginecomastia unilateral y 10 % con el de galactorragia. La edad media fue de 58,1 ± 15 años; es decir, el 80 % de los pacientes se sitúan en una edad de más de 60 años y el 20 % son menores de 60 años. De todos, solo el 20 % está por encima de los 70 años.

Tabla 1. Variables epidemiológicas y supervivencia

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad	75	62	60	61	54	49	52	70	60	48
Motivo de consulta	Mastodinia	Tumoración	Ginecomastia	Tumoración	Úlcera cutánea	Tumoración	Tumoración	Galactorragia	Tumoración	Tumoración
Diagnóstico	Mastitis	Lipoma	Ginecomastia	Lipoma	Epitelioma	Q. sebáceo	T. subcutánea	Galactorragia	Lipoma	T. muscular
Antecedentes relacionados	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Antecedentes familiares	No refiere	Madre	Tía	Hermana	No refiere	Hermana	Hermana	Madre	No refiere	Abuela
Localización	M.D.	M.I.	M.I.	M.D.	M.D.	M.I.	M.D.	M.D.	M.I.	M.D.
Tipo de intervención	Mastect. simple	Patey	Patey	Patey	Maddem	Patey	Patey	Patey	Maddem	Patey
Seguimiento de 5 años	Hepatopatía	Sin recidiva	Sin recidiva	Metástasis ósea	Recidiva, pared tórax	Sin recidiva	Metástasis renal	HTA Cardiopatía	Sin recidiva	Sin recidiva
Supervivencia 5 años	No (1 año)	>5 años	>5 años	No (4 años)	>5 años	>5 años	>5 años	No (3 años)	>5 años	>5 años
Causa de la muerte	Orgánica	-	-	Metástasis	-	-	-	Orgánica	-	-

Mastect.: mastectomía, M.D.: mama derecha, M.I.: mama izquierda, Q: quiste, T: tumoración, HTA: hipertensión arterial.

Tabla 2. Variables de evolución

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hosp. (días)	7	4	6	5	4	7	5	4	5	6
Linforragia	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Hemorragias	No	Leve	No	No	Leve	No	No	No	No	No
Infecciones locales	No	No	No	Seroma	No	No	No	No	Leve	No
Tratamientos posoperatorios	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.	Prot.
Reingresos	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Reintervenciones	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

Hosp.: hospitalización, Prot., protocolo.

El 100 % de los carcinomas de mamas tuvieron una presentación unilateral, ninguno fue bilateral. De ellos, el 40 % se presentó en la mama izquierda y el 60 % en la derecha. La localización topográfica fue muy difícil de precisar ya que lo único que se identificó fue la localización retroareolar (30 %) o de toda la mama (70 %).

Ninguno de los pacientes refirió antecedentes personales referidos a la mama. Solo el 30 % de los pacientes no refirieron antecedentes familiares relacionados con el cáncer de mama, por lo que el 70 % de ellos refirieron antecedentes familiares de haber sufrido episodios de este tipo de cáncer.

El tipo de intervención elegida fue en el 70 % de los casos una mastectomía radical modificada tipo Patey, al 20 % se le practicó una mastectomía de Maddem y al 10 % solo una mastectomía simple. La supervivencia a los 5 años de revisiones fue del 70 %, aunque solo una del 30 % de muertes tuvo como causa del fallecimiento una relacionada con la enfermedad. Los otros dos pacientes fallecieron por una enfermedad común, sin relación determinada con la enfermedad tumoral.

Como síntoma inicial solo uno (10 %) tuvo ginecomastia. La mayoría (60 %) acudió por un aumento de volumen de una zona, por lo que fueron diagnosticados de tumor benigno. El 10 % acudió con galactorragia como síntoma inicial, en otro 10 % el síntoma fue la mastodinia molesta y el 10 % restante acudió con un diagnóstico definido como "úlceras de piel de la mama por epiteloma".

El 100 % de los pacientes negó antecedentes personales relacionados con el proceso y solo el 70 % refirió conocer sobre antecedentes familiares en su familia directa.

Variables de la evolución

La tabla 2 describe las variables de evolución posoperatoria y las aparecidas en los 5 años posteriores de revisiones y seguimiento.

Los pacientes precisaron una hospitalización media de $5,3 \pm 1,5$ días, y el 50 % de ellos tuvo alguna complicación leve. Hubo infección leve en el 20 % de los casos y hemorragias leves en el 30 %. No hubo reintervenciones ni linforragias, por lo que tampoco hubo ningún reingreso.

El tratamiento posoperatorio inmediato consistió en analgésicos antiinflamatorios y antibióticos en el 100 % de los casos, para lo cual se empleó cefazolina más metronidazol más amoxicilina con ácido clavulánico según el protocolo siguiente:

- 2 g de cefazolina más 1 g de metronidazol por vía i.v. en el preoperatorio y a las 12 h.
- Posteriormente, amoxicilina con ácido clavulánico en dosis de 2 g por vía oral cada 12 h durante 5 a 7 días, y AINE a demanda.

Como tratamiento oncológico específico, en solo el 50 % de los pacientes, se indicó tamoxifeno (de forma reglada, prescrita por oncología).

Variables tumorales

En la tabla 3 se describen las variables referidas a las condiciones histopatológicas de los diversos tumores encontrados.

Tabla 3. Variables tumorales

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tipo histológico	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.	Ductal inf.
Grado histológico	III/III	II/III	II/III	III/III	I/III	II/III	II/III	II/III	III/III	I/III
Grado nuclear	III/III	II/III	III/III	III/III	II/III	III/III	III/III	III/III	III/III	II/III
Infiltración vascular	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Infiltración nerviosa	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Adenopatías	No	>15	>25	>20	>5	>10	>10	>10	>15	>5
TNM	T1 N1M0	T1 N1M0	T1 N1M0	T1 N1M0	T1 N0M0	T1 N1M0	T1 N1M0	T1 N0M0	T1 N1M0	T1 N1M0
Receptores	E: S P: No	E: NoP: No	E: SíP: No	E: SíP: No	E: SíP: No	E: SíP: No	E: SíP: No	E: SíP: No	E: NoP: No	E: SíP: No

Ductal inf.: ductal infiltrante, TNM: tumor, nódulos, metástasis., E: estrógenos, P: progesterona

En el 100 % de los casos el diagnóstico histopatológico fue de carcinoma ductal infiltrante. El 100 % de los tumores fueron diagnosticados de forma definitiva tras la primera cirugía de carcinoma. Tras la cirugía definitiva, se detectó afectación ganglionar en el 90 % de los casos, que presentaron una media de 12 adenopatías afectadas. De todos los casos solo el 70 % tuvo adenopatías axilares palpables y a ninguno se le descubrió metástasis antes de la cirugía definitiva.

El 30 % de los casos estudiados tuvo un grado histológico de III/III. El 50 % fue de grado histológico II/III y el 20 % de I/III. El grado nuclear fue de III/III en el 70 % de los casos y en el 30 % fue de II/III.

En cuanto a los receptores, el 100 % de los pacientes tuvo receptores negativos a la progesterona y solo el 80 % de los casos tuvieron receptores positivos a los estrógenos.

DISCUSIÓN

No podemos hablar más que de la parte del tratamiento quirúrgico ya que por la estructura sanitaria de la zona, el tratamiento oncológico se realiza en el hospital de referencia y el servicio de oncología se ha reestructurado en varias ocasiones en estos 20 años por lo que no hemos podido recabar su colaboración para esta revisión de casos. Tenemos noticias de que algunos pacientes fueron tratados con tamoxifeno, pero desconocemos si los resultados coinciden con los descritos por Pemmaraju y cols.⁷

De nuestros resultados no deducimos que la fibrosis mamaria de los varones sea precursora o antecedente del carcinoma, como postulan autores como Saleh, Kornegoor y Bacha^{8,9,10}, seguramente porque recibimos nuestros casos en estado muy evolucionado.

La misma controversia que hay sobre el óptimo tratamiento quirúrgico del cáncer de mama femenino se establece en el caso del varón. En los primeros años del estudio siempre optamos por una mastectomía radical ampliada de tipo Patey y hemos evolucionado al Maddem como otros autores (ej., Waugh y cols.¹¹).

No conocemos de ningún autor que haya documentado estudios sobre la búsqueda del "ganglio centinela" ni tampoco la hemos realizado debido a que hace solo 3 años que se ha implantado en nuestro hospital para el tratamiento de la mama. Por tanto, no podemos hablar de experiencia propia y de experiencia ajena.

En nuestros casos solo hemos encontrado afectada una glándula y no tenemos conocimiento de que lo que postula Fidan¹² respecto de la indecencia que él describe. Tampoco podemos hacer una descripción topográfica debido a que es tan pequeño el tamaño de la mama que no se puede definir en qué cuadrante se asienta la tumoración. Apenas hemos llegado a identificar los carcinomas de la zona retroareolar.

Coincidimos con Tallón-Aguilar¹³ en su trabajo publicado hace un año en el que describe las características de los tumores de mama en una serie de varones tratados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, y es interesante la coincidencia, ya que el área de influencia en la población estudiada se solapa con la nuestra (dista menos de 100 km de la nuestra).

La serie de 25 casos expuestos por Xia¹⁴ muestra algunas diferencias, mínimas, con nuestra serie, pero seguramente se deben a factores ambientales. En lo referente a los factores ocupacionales y medioambientales que afectan la aparición del cáncer de mama no tenemos los datos que maneja Villeneuve¹⁵ en su estudio de 2010, publicado en *Occupations Environment Medicine*. El hecho de que los hombres soporten la enfermedad del cáncer de mama de sus mujeres no hace que los hombres consideren la posibilidad de padecer una neoplasia de esta glándula tal

como afirma Duggleby¹⁶, por lo que hay que promover estrategias basadas en la enfermedad de cáncer de mama del varón.

En el presente trabajo tampoco hemos incidido en el aspecto genético aunque conocemos que hay autores que siguen esa línea de investigación, como demuestran los trabajos publicados por Kornegoor¹⁷ recientemente. Y, por supuesto no tenemos la percepción de que los hombres tengan una predisposición especial a pensar en el carácter genético de la enfermedad y en su componente hereditario, o de pensar que este concepto sea motivo de preocupación en los hombres como dice Schiffman.¹⁸

Treviño¹⁹ propone hacer programas de intervención conjunta, hombre/mujer, para minimizar los efectos del cáncer de asentamiento en los órganos genitales, tanto en uno como en otro sexo.

En conclusión, el porcentaje de casos de cáncer de mama en varones es muy bajo en comparación con el sexo femenino. En la bibliografía hay escasas comunicaciones sobre los hallazgos específicos del género masculino. La cirugía conservadora es más rara: en este tipo de situaciones prima la cirugía radical sobre la conservadora aunque modernamente la tendencia va cambiando.

Todos los carcinomas encontrados en esta nuestra serie fueron histológicamente ductales infiltrantes. Los condicionantes de la supervivencia fueron las enfermedades asociadas y las metástasis a distancia. El 100 % de los casos fueron diagnosticados de forma cierta después de la cirugía y no se practicó ninguna prueba diagnóstica previa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zapardiel I, Aznar F, De la Fuente-Valero J. *Cáncer de mama I*. Editorial SAEGO, 2009; Capt 40: 493-511.
2. Díaz-Faes J. Cáncer de mama del varón. ¿Es la misma enfermedad que el cáncer de mama de mujer? *Oncología*. 1999;22(4):17-18.
3. Elshafiey MM, Zeeneldin AA, Elsebai HI, Moneer M, Mohamed DB, Gouda I, Attia AA. Epidemiology and management of breast carcinoma in Egyptian males: Experience of a single Cancer Institute. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2011;23(3):115-22.
4. Dabakuyo TS, Dialla O, Gentil J, Poillot ML, Roignot P, Cuisenier J, Arveux P. Breast cancer in men in Cote d'Or (France): epidemiological characteristics, treatments and prognostic factors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012 May 30. doi: 10.1111/j.1365.2354.2012.01365.x. Epub 2012 May 30
5. Kao L, Bulkin Y, Fineberg S, Montgomery L, Koenigsberg T. A case report: lobular carcinoma in situ in a male patient with subsequent invasive ductal carcinoma identified on screening breast MRI. *J Cancer*. 2012;3:226-30.
6. Aguilar-Luque J, Sarmiento-Robles C, Merino-de-laTorre E, Martínez-García P. Carcinoma de mama del varón. Análisis de 5 casos y revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Oncol*. 2001;17(2):128-34.
7. Pemmaraju N, Munsell MF, Hortobagyi GN, Giordano SH. Retrospective review of male breast cancer patients: analysis of tamoxifen-related side-effects. *Ann Oncol*. 2012 Jun;23(6):1471-4.

8. Saleh N, Amir T, Shafi IN. Mammary fibromatosis in a male breast. *Gulf J Oncolog.* 2012;1(12):77-80.
9. Kornegoor R, Verschuur-Maes AH, Buerger H, Hogenes MC, de Bruin PC, Oudejans JJ, Hinrichs B, van Diest PJ. Fibrotic focus and hypoxia in male breast cancer. *Mod Pathol.* 2012; doi: 10.1038/modpathol.2012.101 Epub 2012 Jun 8.
10. Bacha D, Ayadi-Kaddour A, Kchaou S, Chaabene M, El Mezni F. Fibromatosis of the breast in a male patient. *Tunis Med.* 2011 Aug-Sep;89(8-9):727-8.
11. Waugh E, Baeza R, Leon A. Tratamiento de cáncer de mama en los hombres. *Rev Med Chil.* 1995;123(7):830-2.
12. Fidan E, Yildiz B, Ersoz S, Ozdemir F. Bilateral breast cancer: a male patient. *Bratisl Lek Listy.* 2011;112(10):589-90. PMID: 21954546.
13. Tallón-Aguilar L, Serrano-Borrero I, López-Porras M, Sousa-Vaquero JM, de León-Carrillo J. Breast cancer in males. *Cir Cir.* 2011 Jul-Aug;79(4):296-8.
14. Xia Q, Shi YX, Liu DG, Jiang WQ. Clinicopathological characteristics of male breast cancer: analysis of 25 cases at a single institution. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao.* 2011 Sep;31(9):1469-73.
15. Villeneuve S, Cyr D, Lynge E, Orsi L, Sabroe S, Merletti F, et al. Occupation and occupational exposure to endocrine disrupting chemicals in male breast cancer: a case-control study in Europe. *Occup Environ Med.* 2010 Dec;67(12):837-44.
16. Duggleby W, Bally J, Cooper D, Doell H, Thomas R. Engaging hope: the experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(4):400-6.
17. Kornegoor R, Moelans CB, Verschuur-Maes AH, Hogenes MC, de Bruin PC, Oudejans JJ, et al. Oncogene amplification in male breast cancer: analysis by multiplex ligation-dependent probe amplification. *Breast Cancer Res Treat.* 2012; 13.
18. Schiffman SC, Chagpar AB. Does a family history of male breast cancer influence risk perception and use of genetic testing? *Am Surg.* 2010 Aug;76(8):879-82.
19. Treviño M, Jandorf L, Bursac Z, Erwin DO. Cancer screening behaviors among Latina women: the role of the Latino male. *J Community Health.* 2012 Jun;37(3):694-700.

Recibido: 13 de mayo de 2013.

Aprobado: 5 de julio de 2013.

Dr. *Emilio Orquín Ortega*. Hospital Juan Grande. Jerez (Cádiz), España. Correo electrónico: emilio.orquin@uca.es