



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(1):

PRESENTACIÓN DE CASO

Cáncer de mama en el hombre. Reporte de dos casos

Breast cancer in men: A two-case report and review of medical literature

Carlos A. Sánchez Portela¹, Gilberto Cabrera Nogueira², Roberto Sosa Hernández³, Maria Teresa Paz Rodríguez⁴.

¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Residente Cuarto Año de Cirugía General. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

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 presentamos dos casos de cáncer de mama en hombres diagnosticados durante un periodo de 5 años en el Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Se analizaron los aspectos diagnósticos y terapéuticos en una amplia revisión bibliográfica y se concluyó que es 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 MASCULINA/diagnóstico, NEOPLASMAS DE LA MAMA MASCULINA/cirugía.

ABSTRACT

Breast cancer is not frequent in male sex (only 0.7 to 1 % of all cancers in men). Two cases of male breast cancer were recorded in a period of 5 years at "Abel Santamaría" University Hospital. Diagnostic and therapeutic aspects were analyzed considering a wide review of literature, concluding that this neoplasm has similar characteristics and prognosis in both sexes, but some results are published in male patients due to a delayed diagnosis with respect to female patients.

Key words: BREAST CANCER/surgery/diagnosis, MEN.

INTRODUCCIÓN

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

Siendo el cáncer de mama la neoplasia más frecuente en la mujer, en el hombre es rara pues no representa más del 0,7 - 1 % de todos los cánceres en los hombres.^{1,3-8} Hay discrepancias en cuanto a considerarlo de similar pronóstico al de la mujer 9 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 presentamos el estudio de dos pacientes con cáncer de mama en varones y la revisión de la literatura médica con grandes series personales y estudios multicéntricos.

REPORTE DE CASOS

PRIMER CASO

Paciente RLHD masculino de 58 años de edad con antecedentes de asma bronquial, hipertensión arterial y diabetes mellitus; es visto en consulta de cirugía general por presentar aumento de volumen en el hemisferio externo de la tetilla derecha, desde hacia varios meses, interpretándose como una ginecomastia, se decide su intervención quirúrgica por lo que se indica chequeo preoperatorio: el examen analítico de hemograma, glicemia y pruebas funcionales hepáticas que fueron normales. Es intervenido el día 16 de septiembre de 2002, no realizándose durante el acto quirúrgico biopsia por congelación, el resultado anatomopatológico de la pieza concluyó un carcinoma canalicular de la mama de alto grado de malignidad (según SBR) con trombos tumorales en vasos linfáticos e infiltración de la grasa, nódulo que mide 2,5 cms. Por lo que se informa al paciente y se decide reintervenir para completar tratamiento quirúrgico, se realiza esta nueva intervención el día 4 de octubre de 2002 realizándose una Mastectomía Total Ampliada (MTA) como proceder definitivo.

El estudio anatomopatológico informa que no se observa infiltración de la areola y del pezón de la mama remanente. Grasa axilar del primer nivel se examinan 4 ganglios, ninguno de ellos metastáticos 4/0; de los 8 ganglios examinados del segundo nivel ninguno presenta metástasis 8/0.

Se envía el paciente a consulta de oncología para tratamiento quimioterápico y de radioterapia, realizándose seguimiento por consulta especializada de mama, siendo su evolución en estos momentos satisfactoria.

SEGUNDO CASO

Paciente JRAL masculino de 64 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 3 meses comenzó a notar aumento de volumen de la tetilla izquierda y posteriormente en la región axilar del mismo lado, se realiza examen físico encontrándose una

tumoración de aproximadamente 3 cms., dura, de bordes no bien definidos e irregular en la región mamaria izquierda; además de varias adenopatías axilares móviles y de consistencia firme en la axila izquierda. Se realiza una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), informando como resultado que era positiva de células neoplásicas (PCN), por lo que se decide intervenir quirúrgicamente y se indica chequeo preoperatorio, el examen analítico de hemograma, glicemia y pruebas funcionales hepáticas fueron normales. Se practicó una 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 izquierda se interviene quirúrgicamente en enero de 2004, se realiza excéresis de la tumoración y durante el acto quirúrgico se realiza biopsia por congelación siendo

informado como positiva de células neoplásicas, decidiéndose en el mismo acto, realizar Mastectomía Total Ampliada (MTA) como proceder definitivo.

El estudio anatomopatológico se concluye como Carcinoma Ductal Infiltrante de 2,5 cms. De los 12 ganglios en el primer nivel examinados ninguno tiene metástasis. De los 8 ganglios del segundo nivel examinados ninguno tiene metástasis.

La evolución postoperatoria fue normal, remitiéndose a consulta de oncología para tratamiento quimioterapéutico y de radioterapia y con seguimiento en consulta de cirugía, su evolución en estos 4 meses es satisfactoria y el paciente se encuentra asintomático.

COMENTARIO

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 de 170 casos; el resto se trata de estudios multicéntricos.^{1, 11, 12}

La ginecomastia para algunos autores^{7, 13} 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 observa en nuestro trabajo uno de los pacientes acude a consultar por presentar una ginecomastia, lo cual pudo ser la causa de retraso en el tratamiento quirúrgico como señala la literatura revisada.

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 edad más avanzada; 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 hombres que en las mujeres, los tumores de la mama incluyen más comúnmente 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 la mujer, principalmente en la mamografía y la BAAF, mientras que la primera con menor sensibilidad que en la mujer, la segunda con similar sensibilidad.¹⁸⁻²⁰

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 contiene 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 84% de los tumores que aparecen en las glándulas mamarias de hombres contienen receptores estrogénicos.^{7, 8, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 20-22}

El tratamiento del 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 una respuesta del 90 %. ^{7, 8, 10, 14, 16,21-25}

La presencia de metástasis ganglionares parece tener por lo menos el mismo pronóstico en hombres que en mujeres; la enfermedad con ganglios positivos encierra peor pronóstico en hombres que en mujeres. ^{8, 17, 25-27}

Podemos deducir de todo ello, que el peor pronóstico que se le achaca al carcinoma de mama en el varón, ^{7, 27} no es sino la consecuencia de diagnósticos más tardíos, y es de similar pronóstico al femenino cuando se tratan similares estadios. ^{9, 18,24}

La sobrevida de 5 años en más de 80 % de hombres tratados con terapia adyuvante parece una significativa mejora con relación a controles históricos. ^{22, 28}

Cuando el paciente tiene cáncer localmente inoperable o recurrente, la castración es muy eficaz; en estudios realizados ^{18, 25} se produjo una remisión objetiva en el 45 % de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Aguilar Luque J, Custodio Sarmiento R, Merino de la Torre E, Martínez García P. Carcinoma de la mama en el varón. Análisis de 5 casos y revisión bibliográfica. *Rev Cubana Cir* 2001; 40(1):66-72.
3. Staringer JC. Cancer de mama en el hombre. *Rev Argent Cancerol* 2001; 29(2):89-93.
4. León Ponte O, Souchón E, Dayarnani S, Ayala L, Belloso R, Henríquez L. Cáncer de mama en hombres. *Clín Méd HCC* 2000; 5(1):14-8.
5. Paz C, González A, Sosa B, Pérez J, Rodríguez J, Ruiz A. Cáncer de mama en el hombre, doble primario metacrónico: a propósito de un caso. *Centro Méd* 1999; 44(2):105-6.
6. Mourao Netto M. Cáncer de mama en el hombre. En: Hernández Muñoz, G, Bernardello E, Aristomedeo Pinotti J. *Cáncer de Mama*. Caracas: McGraw Hill Interamericana; 1998. p.503-7.
7. Pozo Parilli J, Godayol F, Ott S, Mantellini C, Rachadell J, Bianchi G. Carcinoma de mama en hombres: reporte de cuatro casos y revisión de la literatura. *Rev Venez Oncol* 1998; 10(4):188-91.
8. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med* 2002; 137(8):678-87.
9. Is male breast cancer similar or different than female breast cancer?. *Breast Cancer Res Treat* 2004; 83(1):77-86.

10. Breast cancer in men. *Oncology (Huntingt)* 2003; 17(10):1361-4.
11. Piekarski JH, Jeziorski A. Breast neoplasm in men and women—prognosis comparison. *Wiad Lek* 2003; 56(5-6):239-43.
12. 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):343-8.
13. 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.
14. Medras M, Szczesny M. Male breast cancer. *Pol Merkuriusz Lek* 2003; 15(86):111-4.
15. Auvinen A, Curtis RE, Ron E. Risk of subsequent cancer following breast cancer in men. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94(17):1330-2.
16. Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, Hutten N, Body G. Male breast cancer: 19 case reports. *Ann Chir* 2002; 127(8):619-23.
17. 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.
18. Olsson H. Estrogen receptor content in malignant breast tumors in men—a review. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2000; 5(3):283-7.
19. 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.
20. Spigel JJ, Evans WP, Grant MD, Langer TG, Krakos PA, Wise DK. Male inflammatory breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2001; 2(2):153-5.
21. Male breast cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2003; 4(2):159-64.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Chakravarthy A, Kim CR. Post-mastectomy radiation in male breast cancer. *Radiother Oncol* 2002; 65(2):99-103.
26. 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.

27. Namba N, Hiraki A, Tabata M, Kiura K, Ueoka H, Yoshino T, et al. Axillary metastasis as the first manifestation of occult breast cancer in a man: a case report. *Anticancer Res* 2002; 22(6B):3611-3.

28. Johnson KC, Pan S, Mao Y. Risk factors for male breast cancer in Canada, 1994-1998. *Eur J Cancer Prev* 2002; 11(3):253-63.

Recibido: 15 de julio de 2004

Aprobado: 22 de octubre de 2004

Dr. Carlos A. Sánchez Portela. Rafael Peña No 87. / Martí y Línea. San Cristóbal.
Pinar del Río.

E-mail: carlosap@has.pri.sld.cu