

Cáncer de mama en el varón

Luis Tallón-Aguilar,* Isabelo Serrano-Borrero,* Marta López-Porras,**
José María Sousa-Vaquero,* José de León-Carrillo*

Resumen

Introducción: El cáncer de mama en el varón tiene una incidencia escasa, inferior a 1%. Clásicamente se consideraba de peor pronóstico que en la mujer y que el diagnóstico tardío era causa de menor supervivencia. Nuestro objetivo es analizar nuestra serie e identificar factores influyentes de supervivencia.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo del periodo 1997-2008 (n = 32). Los criterios de inclusión fueron el sexo masculino y la confirmación histológica de cáncer. Se analizaron datos epidemiológicos (edad, antecedentes personales y familiares), tumorales (tamaño, grado de diferenciación, tipo histológico, localización, estadio TNM, receptores), terapéuticos (técnica quirúrgica, tratamientos adyuvantes) y de supervivencia (recidiva, seguimiento, fallecimiento).

Resultados: Los hombres representaron 0.9% del total de cánceres de mama intervenidos en nuestro centro. La edad media fue de 66.84 años; solo 9.3% presentó ginecomastia como motivo de consulta. Histológicamente 90% fue ductal infiltrante; 59.25% se diagnosticó en estadios precoces (I o II), en comparación con 40.74% en III o IV. Fueron más frecuentes las técnicas quirúrgicas agresivas en comparación con las conservadoras (74.19% *adversus* 19.36%). Con un seguimiento medio de 52.82 meses, la tasa de éxito fue de 16%, siendo la metástasis a distancia el único factor con valor estadístico en la supervivencia.

Conclusiones: El porcentaje de hombres es muy bajo comparativamente con el de mujeres y la existencia de pocos estudios en la literatura dificulta formular conclusiones específicas. Todavía es escasa la realización de cirugía conservadora aunque en los últimos años ha aumentado. La metástasis a distancia ha sido el principal factor determinante de supervivencia.

Palabras clave: Cáncer de mama en el hombre.

Abstract

Background: Male breast cancer has a very low incidence (<1%). It has traditionally been considered to have a poorer prognosis than breast cancer in females due to delayed diagnosis as a cause of decreased survival. Our goal is to analyze our series and to identify factors influencing survival.

Methods: We conducted a retrospective study from 1997–2008 (n = 32). Inclusion criteria were male gender and histological confirmation of breast cancer. We analyzed epidemiological data (age and personal and family history), tumors (size, grade of differentiation, histological type, location, TNM stage, receptors), therapeutic regimen (surgical technique, adjuvant therapy) and survival (relapse, follow-up, death).

Results: Male breast cancer represents 0.9% of all breast cancers treated in our center. The average age of our patients was 66.84 years. Only 9.3% demonstrated gynecomastia as a presenting complaint. Histologically, 90% were infiltrating ductal type; 59.25% were diagnosed in early stages (I–II) compared to 40.74% in stages III–IV. Aggressive surgical techniques are still performed, compared to conservative techniques (74.19% vs. 19.36%). With a median follow-up of 52.82 months, the mortality rate was 16%. Existence of distant metastasis has been the only statistically significant factor in survival.

Conclusions: The percentage of cases of male breast cancer is very low compared to breast cancer in females. Limited studies in the literature make gender-specific findings difficult. A low percentage of conservative surgical procedures are performed, even though this has increased considerably in recent years. The existence of distant metastasis was the main determinant of survival.

Key words: Cancer, breast, male gender.

* Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

** Servicio de Cirugía Torácica, Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Correspondencia:

Luis Tallón-Aguilar.

Asunción 26-4 B,

41011, Sevilla, España.

Tel: (34) 653 393 951; (34) 954 277 041.

E-mail: ltallona@hotmail.com; luista@excite.com

Recibido para publicación: 02-08-2010

Aceptado para publicación: 02-12-2010

Introducción

El cáncer de mama en el varón tiene una incidencia escasa, 0.1 a 3.4 casos por cada 100 000 habitantes; menos de 1% de todos los cánceres de mama y menos de 1% del total de tumores que se diagnostican en el sexo masculino.¹

La mayoría de los estudios de cáncer de mama se han realizado en mujeres, por lo que el manejo e información disponibles son extrapolaciones a la población masculina,² que se ha considerado tiene peor pronóstico, aunque actualmente se indica que es similar para igual estadio y tratamiento. La menor tasa de supervivencia se debe al diagnóstico más tardío.³

El objetivo de nuestro estudio es la realización de un estudio descriptivo de los casos de cáncer de mama en el varón con la finalidad de realizar un análisis de los mismos e identificar posible factores implicados en la supervivencia.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de todos los casos de cáncer de mama en el sexo masculino confirmados histopatológicamente en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2008.

Los criterios de inclusión fueron el sexo masculino y la confirmación histológica de cáncer de mama. Fueron excluidos los pacientes que a pesar de la sospecha clínica o radiológica no tuvieron confirmación histológica. Los criterios de elección de la técnica quirúrgica dependieron del cirujano responsable.

Para el método estadístico se utilizaron tablas de contingencia para las variables cualitativas (χ^2 o la prueba exacta de Fisher) y la t de Student para variables cuantitativas. Los cálculos del estudio estadístico comparativo se realizaron con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows®.

Resultados

Durante 11 años se identificaron 32 pacientes entre 3549 tratados en nuestro centro, es decir, 0.9% del total.

Los pacientes tuvieron un rango de edad de 25 a 85 años, con una media de 66.84 años y una mediana de 69. El 15.6% (5 casos) presentaba algún tipo de antecedente familiar de cáncer de mama, aunque siempre en el sexo femenino y también 15.6% (cinco casos) tuvo antecedentes personales para tumores en otras localizaciones; solo 9.3% (3 casos) presentaba ginecomastia como principal motivo de consulta.

El tamaño tumoral osciló de 0.5 a 8 cm, con una media de 2.38; histológicamente la mayoría de tipo ductal infiltrante (90%), con un grado de diferenciación variable (8% bien diferenciado, 59% moderadamente diferenciado y 33% poco diferenciado).

Según la clasificación TNM, 22.22% perteneció al grupo I, 37.03% al II (22.22% IIA y 14.81% IIB), 33.33% al III (3.7% IIIA, 18.52% IIIB y 11.11% IIIC) y 7.41% al IV (figura 1).

Dentro de los tumores de la serie 25% (ocho casos) presentó componente intraductal, solo 4% (1 caso) tuvo microcalcificaciones, 6.25% (2 casos) afectación vascular, 18.75% (6 casos) afectación dérmica y 37.5% (12 casos) afectación linfática.

Los receptores hormonales de estrógenos o progesterona fueron positivos en 78.1% (25 casos), 34.3% (11 casos) para Her-2, lo que traduce, según la clasificación molecular, predominio del grupo mixto (57.89%) frente al luminal (36.84%) y al triple negativo (5.26%). Característicamente no se identificaron casos del grupo Her-2 neu.

Dentro del grupo de cirugía conservadora se han considerado la tumorectomía, la cuadrantectomía y la mastectomía simple. La mastectomía de Madden, la técnica de Patey y la de Haldster han sido las distintas modalidades terapéuticas incluidas en el grupo de cirugía radical. En la figura 2 se pueden apreciar las distintas técnicas empleadas en números absolutos y en porcentajes relativos, con respecto al total de casos incluidos en el estudio.

Si las analizamos en dos subgrupos independientes, podemos ver que dentro de las técnicas de cirugía conservadora se realizaron seis casos, que se subdividen en tumorectomía (16.66% del subtotal de este grupo, un caso), cuadrantectomía (16.66%, un caso) y mastectomía simple (66.66%, cuatro casos). Mientras que en el subgrupo de las técnicas radicales se incluyeron 23 casos, divididos entre la mastectomía de Madden (69.56%, 16 casos), la técnica de Patey (13.04%, tres casos) y la de Haldster (17.39%, cuatro casos).

La intervención se completó con vaciamiento axilar en 84.3% de los pacientes; en 6.25% (dos pacientes seleccionados) se realizó biopsia del ganglio centinela. La mediana de la estancia hospitalaria fue de siete días, con un rango de 0 a 90 días.

El tratamiento complementario neoadyuvante se efectuó solamente en 3%, con 39, 65 y 79% de quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia adyuvante, respectivamente.

En la evolución posoperatoria a largo plazo se observó un índice de metástasis a distancia de 22% ($p < 0.05$), de recidivas locales en 6% y de algún tipo de patología mamaria contralateral en 3%. De todos los factores analizados solo la metástasis a distancia en el seguimiento del paciente presentó significación estadística en cuanto a supervivencia del

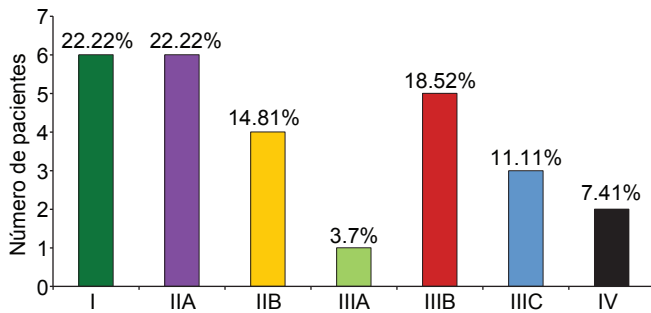


Figura 1. Estadificación TNM (Clasificación internacional de tumores malignos: *tumour, lymph nodes, metastasis*). Relación de la estadificación TNM de todos los pacientes de la serie, con un alto porcentaje de estadios III y IV.

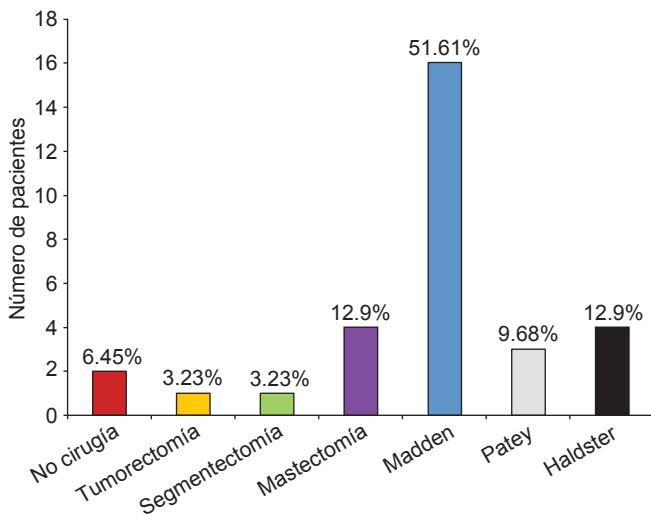


Figura 2. Técnicas quirúrgicas. Existió gran variabilidad en las técnicas quirúrgicas, desde las conservadoras hasta las agresivas tipo Haldster o Patey.

paciente, sin diferencias en cuanto a la técnica quirúrgica, el tratamiento complementario o el patrón inmunohistoquímico del tumor, entre otros factores analizados.

Con un seguimiento medio de 52.82 meses (rango 2 a 156), se obtuvo una tasa de éxitos de 16%. Entre el grupo de pacientes no fallecidos la supervivencia alcanzó una media de 60 meses, con un máximo de 156 meses.

Discusión

Nuestra serie, extensa si la comparamos con las informadas en la literatura, tuvo una incidencia de cáncer mamario masculino inferior a 1% y un predominio en la sexta década, una década más que en el sexo femenino, equiparable a lo publicado en otros informes.⁴

La etiología de este cáncer en el varón no está aclarada, aunque se han descrito algunos factores de riesgo como historia familiar (15.6% en nuestra serie), etnia, ginecomastia (9.3%), exposición a estrógenos y factores ambientales.⁵

Los síntomas en el varón presentaron una duración mayor que en la mujer, lo que indica un retraso en el diagnóstico que contribuye a la existencia de estadios más avanzados, con el consecuente pronóstico más desfavorable.⁶

Aunque no se han descrito algoritmos diagnósticos para esta patología, toda lesión sospechosa debería ser evaluada inicialmente con una mamografía, ya que este recurso ha demostrado ser confiable, sobre todo en lesiones benignas; cuando exista duda razonable se debe complementar con una ecografía, la cual tiene una gran importancia en la estadificación axilar. Aunque algunos signos pueden hacer sospechar la malignidad de la lesión (retracción del pezón, ulceración dérmica, adenopatías axilares, aumento de la trabeculación mamaria), una punción —aspiración con aguja fina— puede aclarar la situación. Si los resultados de ésta resultaran sospechosos será necesaria la biopsia, preferentemente guiada por ecografía, para determinar la naturaleza de la lesión.⁷

Aunque todos los tipos histológicos de tumores de mama han sido descritos en el varón, el más común es el ductal infiltrante (90% de nuestros casos); resultado respaldado por los de una serie publicada por el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, donde alcanzó 93.75%.⁸

Históricamente el tratamiento de elección del cáncer de mama en el varón era la mastectomía radical. Actualmente, al igual que en la mujer, cada vez más se intentan cirugías conservadoras, como puede ser la mastectomía radical modificada o la mastectomía simple, complementada con radioterapia posoperatoria. Si bien existe una gran variabilidad en las técnicas quirúrgicas, las técnicas conservadoras están siendo preferidas respecto a otras más agresivas, más frecuentes en los primeros años del periodo en estudio.⁹

La validación de la biopsia selectiva del ganglio centinela en el sexo masculino, aunque con una experiencia aún muy limitada (solo dos casos en nuestra serie), parece tener resultados similares a los del sexo femenino.¹⁰

Como tratamiento complementario el tamoxifeno desempeña un papel principal debido a que la mayoría de los casos tiene alta positividad a los receptores estrogénicos (superior a 78% en nuestra serie). La quimioterapia se usa principalmente en pacientes con ganglios positivos o enfermedad localmente avanzada. Aunque el uso de la radioterapia está muy extendido no se ha probado por completo que reduzca la recurrencia local. El tratamiento de la enfermedad metastásica es principalmente hormonal.¹¹

Conclusiones

Podemos concluir que el cáncer de mama en el varón constituye un mínimo porcentaje del total y que se presenta a una edad mayor que en la mujer, y que con frecuencia su diagnóstico es más tardío, lo que conlleva a estadios más avanzados.

Aunque la cirugía conservadora es aún escasa, en los últimos años se ha incrementado y la podemos considerar una técnica válida.

Los resultados son equiparables a los del sexo femenino si realizamos una comparativa por estadios, siendo la metástasis a distancia el principal factor pronóstico de supervivencia.

Referencias

1. Weiss JR, Moysich KB, Swede H. Epidemiology of male breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:20-26.
2. Smolin Y, Massie MJ. Male breast cancer: a review of the literature and a case report. *Psychosomatics* 2002;43:326-330.
3. Monteagudo B, Ginarte M, Labandeira J, Pereiro M Jr, de las Heras C, García-Rego JA, et al. Male breast carcinoma. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:75-76.
4. Chung HC, Koh EH, Roh JK, Min JS, Lee KS, Suh CO, et al. Male breast cancer – a 20-year review of 16 cases at Yonsei University. *Yonsei Med J* 1990;31:242-250.
5. Williams WL Jr, Powers M, Wagman LD. Cancer of the male breast: a review. *J Natl Med Assoc* 1996;88:439-443.
6. Park S, Kim JH, Koo J, Park BW, Lee KS. Clinicopathological characteristics of male breast cancer. *Yonsei Med J* 2008;49:978-986.
7. Meguerditchian AN, Falardeau M, Martin G. Male breast carcinoma. *Can J Surg* 2002;45:296-302.
8. Salinas-Martín MV, Carranza-Carranza A, Sánchez-Gallego F. Cáncer de mama en el varón. Características anatomoclínicas. *Cir Esp* 2008;83:94.
9. Davidson AT. A review of the treatment of cancer of the male breast with a case follow-up. *J Natl Med Assoc* 1987;79:879-880.
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;86:74-77.
11. Contractor KB, Kaur K, Rodrigues GS, Kulkarni DM, Singhal H. Male breast cancer: is the scenario changing. *World J Surg Oncol* 2008;6:58-68.