

Carcinoma mamario bilateral sincrónico en un varón

José Antonio García-Mejido,¹ Carmen Delgado-Jiménez,² Laura Gutiérrez-Palomino,¹
Miguel Sánchez-Sevilla,¹ Eva Iglesias-Bravo,¹ Virginia Caballero-Fernández¹

Resumen

Antecedentes: el cáncer de mama en el hombre es una enfermedad con baja incidencia, que se reduce aún más cuando es bilateral sincrónica. Existen pocas publicaciones en los últimos años.

Objetivo: establecer pautas para el tratamiento de este cáncer, aunque sea infrecuente.

Caso clínico: paciente masculino de 75 años de edad, con tumores en ambas mamas, que se le resecaron completamente con exéresis de ganglios palpables. El estudio histopatológico informó que se trataba de un carcinoma ductal infiltrante no especificado. Se indicó tratamiento adyuvante con tamoxifeno y radioterapia; en la actualidad está libre de enfermedad.

Conclusiones: el carcinoma mamario bilateral sincrónico en el varón es una enfermedad poco frecuente. Su tratamiento principal es la cirugía, de ahí la importancia del diagnóstico temprano. En la mayoría de los casos se requiere quimioterapia y radioterapia adyuvante porque suelen diagnosticarse en un estadio avanzado.

Palabras clave: cáncer mamario, varón, mama.

Abstract

Background: male breast cancer is a disease with low incidence, which is further reduced when it comes to bilateral synchronous presentation. There are few published in recent years. The aim is to establish guidelines for the management of this disorder so rare.

Clinical case: a 75-year-old with tumors in both breasts, which were completely resected with removal of palpable nodes. The histopathological study reported ductal carcinoma. Make adjuvant tamoxifen and radiotherapy, was found in disease-free period.

Conclusions: this is a rare disease, whose main treatment is surgery, hence the importance of early diagnosis. In most cases require adjuvant chemotherapy and radiotherapy because they are usually diagnosed at an advanced stage.

Key words: breast cancer, male, breast.

Introducción

El cáncer de mama en el hombre es una enfermedad relativamente rara, representa 1% o menos de todos los cánceres que lo afectan. Sin embargo, cuando se trata de neoplasia bilateral de mama en el hombre, debe tenerse en cuenta que corresponde a 1.5% de todas las neoplasias mamarias masculinas.^{1,2}

El objetivo es presentar una revisión de la neoplasia maligna mamaria bilateral en el varón con base en la evidencia disponible en la bibliografía médica, a fin de promover su conocimiento y establecer pautas para su tratamiento.

Caso clínico

Estudio retrospectivo efectuado en pacientes atendidos en la consulta de Patología Mamaria del Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla, España) de enero de 1999 al 30 de noviembre de 2011. Se trataron 1,403 casos de cáncer de mama de los que 17 correspondieron a carcinomas mamaros en varones, que representan 1.2% de los cánceres diagnosticados. De los 17 casos en varones, sólo se obtuvo un caso de carcinoma bilateral sincrónico, que correspondió a 5.8% de los cánceres mamaros en hombres.

A partir de su ingreso el paciente fue valorado estrechamente por los médicos de la Unidad de Patología Mamaria y es el caso que se describe a continuación.

Caso clínico

Paciente masculino de 75 años de edad, con antecedentes de demencia senil leve, autónomo en sus actividades básicas, con funciones superiores conservadas y disfunción urinaria. Fumador de diez cigarrillos al día y etilismo crónico. Refiere que una hermana padeció cáncer de mama, otra falleció de un hepatocarcinoma y su hija ha sido intervenida de carcinoma de células renales.

¹ Ginecología y Obstetricia.

² Servicio de Cirugía General.

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, España.

Correspondencia:

Dr. José Antonio García Mejido

Santa Cecilia 32

Alcalá de Guadaira 41500 Sevilla, España

Teléfono: 955614797

Correo electrónico: jagmejido@hotmail.com

Recibido: 30 de marzo 2012.

Aceptado: 23 de agosto 2012.

El paciente tiene un nódulo en cada región mamaria de tres meses de evolución, no doloroso, sobreelevado, irregular y con costras, con dimensiones de 30 mm en el lado derecho y 25 mm en el izquierdo, con una lesión satélite de 5 mm.

A la palpación se detectan ambas lesiones retroareolares de consistencia dura, adherida a planos musculares que ocupan todo el espesor del complejo areola-pezón que abarcan todo el espesor mamario. La axila derecha es clínicamente negativa y la izquierda tiene una pequeña adenopatía bien delimitada y móvil.

En la ecografía mamaria se identificó un tumor irregular, situado en la región retroareolar de la mama derecha de 33.5×28.7 mm, heterogéneo, con marcada atenuación sónica posterior (Figura 1). En la mama izquierda tenía una lesión similar, localizada en la región retroareolar de 31.7×24.3 mm; en ambas axilas se visualizaban adenopatías bilaterales. Se clasificó como BIRADS de categoría 5, altamente sospechoso de malignidad.

En la tomografía computada de tórax y abdomen se identificaron tumores mamarios, bilaterales, que infiltraban los músculos pectorales mayores de densidad heterogénea, ulcerados a la piel (Figura 2). Existen adenopatías axilares bilaterales de límites superiores a la normalidad en cuanto a tamaño, y una pequeña adenopatía mamaria interna izquierda. No tenía lesiones ocupantes de espacio intratorácicas ni intraabdominales sugerentes de metástasis.

La biopsia con aguja gruesa de ambas tumoraciones mamarias reportó: carcinoma ductal infiltrante no especificado bilateral, con adenopatías axilares bilaterales.

Se realizó mastectomía bilateral tipo Madden, con exéresis de ganglios, nueve en la axila derecha y diez en la izquierda. La variedad histológica fue de carcinoma ductal

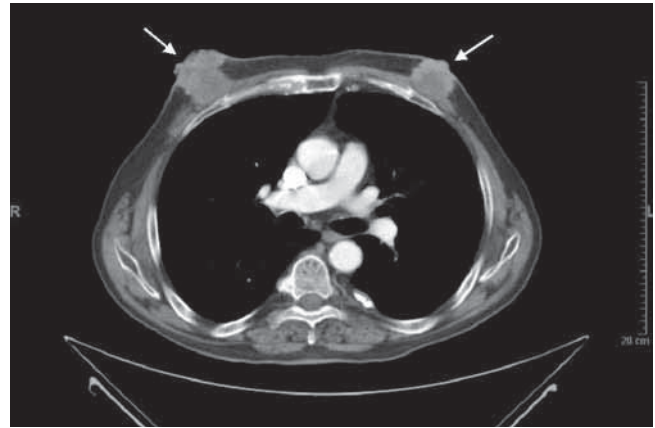


Figura 2. Tomografía computada de tórax, con tumores retroareolares. Las flechas blancas indican que infiltran la piel y el plano muscular pectoral.

infiltrante no especificado, con micrometástasis en uno de los nueve ganglios extirpados de la axila derecha y en uno de los diez ganglios extirpados de la axila izquierda. El p53 y el HER-2 negativos y el CK19 positivo. La fracción proliferativa Ki67 de las células neoplásicas en la mama derecha fue de 40-45% y de 20-25% en la mama izquierda.

El tratamiento adyuvante fue con tamoxifeno y radioterapia, y se hicieron revisiones en la Unidad de Patología Mamaria y Unidad de Oncología en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla, España); el paciente está en periodo libre de enfermedad luego de 12 meses de evolución.

Discusión

La neoplasia bilateral de mama en el hombre corresponde a 1.5% de todas las neoplasias mamarias masculinas.^{1,2}

Existen multitud de factores que pueden predisponer a esta neoplasia en el varón, de todos, los más vinculados con cáncer mamario masculino son el síndrome de Klinefelter, la cirrosis hepática, la administración de estrógenos exógenos (como ocurre en casos de transexuales), el cáncer de próstata, obesidad, exposición a radiación y las personas con genes asociados con neoplasia mamaria hereditaria, como es el caso del gen BCRA2.^{3,4} El factor de riesgo más importante es el síndrome de Klinefelter, que implica riesgo de padecer cáncer de mama en estas personas de 20 a 50 veces mayor en comparación con los hombres 46XY.⁵ En nuestro caso, se descartó este síndrome porque no había padecido ningún problema de carácter reproductivo. Tampoco se pudo relacionar con alguno de los factores de riesgo señalados. A diferencia de lo que pueda parecer, la ginecomastia no está considerada como un estado precanceroso.⁶

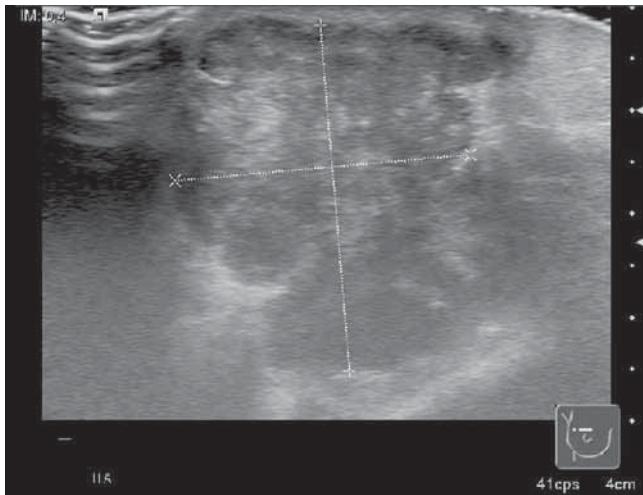


Figura 1. Ecografía mamaria derecha, con tumor irregular heterogéneo de 33.5×28.7 mm en la región retroareolar.

El diagnóstico diferencial de la neoplasia mamaria en el hombre debe hacerse con el cáncer metastásico de origen prostático, porque es probable la implantación de metástasis mamarias en este tipo de cáncer. El diagnóstico anatomopatológico se realiza junto con un estudio inmunohistoquímico, que es prácticamente indistinguible detectar el origen prostático del mamario debido a la similitud histológica entre ambos.⁷

La edad a la aparición del carcinoma mamario masculino es superior a la edad de presentación en las mujeres.¹ Se ha estimado que el momento de aparición en el hombre es entre los 60 y 70 años⁸ (en nuestros casos, la edad estuvo en esta franja de edad). Otra diferencia entre hombres y mujeres es la forma de presentación. En las mujeres normalmente se inicia como un nódulo palpable; sin embargo, en el varón suele observarse un nódulo retroareolar con aplanamiento del complejo areola-pezones. Esto se debe al poco volumen de la mama masculina e invasión rápida de la piel. Ésta es la razón por la que el diagnóstico en el hombre se realiza en un estadio más tardío que en la mujer.⁹ El caso del paciente aquí reportado tenía lesiones mamarias excrescentes, irregulares y costrosas que infiltraban el complejo areola-pezones en ambas mamas.

Respecto al tratamiento debe considerarse que la mama masculina es de menor tamaño que la femenina, por ello no suele estar indicada la cirugía conservadora porque existe escasa posibilidad de conservación del tejido mamario. Si estamos ante un caso de extensión del carcinoma a la piel, como es el caso presentado, la técnica convencional coadyuvante es la radioterapia. Para los casos sin ganglios axilares palpables puede realizarse la técnica del ganglio centinela, al igual que se hace en la mujer.¹⁰ En la bibliografía médica se describe que estos tumores son hormonodependientes, por ello se aconseja la terapia adyuvante con tamoxifeno.^{10,11} En nuestro paciente también se observó esta característica en la anatomía patológica. Hacen falta estudios de investigación, prospectivos, para justificar la prescripción de inhibidores de la aromatasa a pacientes masculinos con cáncer de mama. Autores como Horimoto y su grupo¹¹ consideran que las altas concentraciones de andrógenos en hombres pueden ser la razón de que los inhibidores de la aromatasa no sean tan efectivos como cabría esperar.

Cuando nos referimos al pronóstico, se piensa que el cáncer de mama en el hombre es peor que en la mujer. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el diagnóstico en los hombres suele ser tardío. Si se compara con la supervivencia en las mujeres con enfermedad avanzada no existen diferencias entre grupos.¹⁰

Conclusiones

El pronóstico del cáncer de mama en los hombres es similar al de la mujer a igualdad de estadio tumoral, pero generalmente se diagnostican en estadio avanzado. Por ello, debemos realizar un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad lo más temprano posible.

Referencias

1. Hirose Y, Sasa M, Bando Y, Hirose T, Morimoto T, Kurokawa Y, et al. Bilateral male breast cancer with male potential hypogonadism. *World J Surg Oncol* 2007;5:60. doi:10.1186/1477-7819-5-60. Disponible en <http://www.wjso.com/content/5/1/60>
2. Lambley J, Maguire E, Yin Lam K. Synchronous bilateral breast cancer in an elderly man. *Breast J* 2005;11:153. doi: 10.1111/j.1075-122X.2005.21570.x Disponible en <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/online/wiley/doi/10.1111/j.1075-122X.2005.21570.x/pdf>
3. Mabuchi K, Bross DS, Kessler II. Risk factors for male breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1985;74:371-375.
4. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi G. Male breast cancer. *Lancet* 2006;367:595-604.
5. Hoque HMR, Kothari A, Hamed H, Fentiman IS. Synchronous bilateral breast cancer in a patient with Klinefelter's syndrome. *Int J Gen Med* 2010;3:19-21.
6. Giordano SH, Valero V, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Efficacy of Anastrozole in Male Breast Cancer. *Am J Clin Oncol* 2002;25:235-237.
7. Dos Santos VM, Cintra EM, De Castro RA, Marques HV Jr. Bilateral Male Breast Cancer: Too Many Concerns? *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8:640-641. Disponible en: http://www.apocpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume8_No4/d%20640-641%20Modesto%202.pdf
8. Just E, Botet X, Escolà D, Martínez S, Duque E. Neoplasia intraquística bilateral de mama en un varón. *Cir Esp* 2009;86(5):321-322. doi:10.1016. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13142600&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=36&ty=53&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v86n05a13142600pdf001.pdf
9. Ben Dhiab T, Bouzid T, Gamoud A, Ben Hassouna J, Khomsi F, Boussen H, et al. Male breast cancer: about 123 cases collected at the Institute Salah-Azaiz of Tunis from 1979 to 1999. *Bull Cancer* 2005;92(3):281-285. Disponible en: http://www.jle.com/e-docs/00/04/0B/9E/vers_alt/VersionPDF.pdf
10. Goyal A, Horgan K, Kissin M, Yiangou C, Sibbering M, Lansdown M, et al. Sentinel lymph node biopsy in male breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol* 2004;30(5):480-483. doi:10.1016. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0748798304000526/1-s2.0-S0748798304000526-main.pdf?_tid=71783cbddca2f0d8d274d94d333ea61b&acdnat=1345138067_f84d6e0ea61b30ffdf8e5dac979beaa6
11. Horimoto Y, Hino M, Saito M, Arakawa A, Matsumoto T, Kasumi F. Bilateral Nonsynchronous Male Breast Cancer: Two Case Reports. *Breast Care* 2008;3:51-53. doi: 10.1159/000116119. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931019/pdf/brc0003-0051.pdf>