

Cáncer de mama en el varón: a propósito de dos casos

Breast Cancer in Men: Review of Two Cases

Melissa Velilla Contreras,¹ Jackie Shum Tien,² Jaime Ávila Cárdenas³ y Reynaldo Arosemena³

¹ Residente de tercer año, Servicio de Dermatología.

² Residente de primer año, Servicio de Dermatología.

³ Médico especialista, Servicio de Dermatología.

Hospital Santo Tomás, Ciudad de Panamá.

RESUMEN

El cáncer de mama es una neoplasia poco frecuente en hombres y representa menos de 1% de todos los cánceres que afectan a este sexo, y del total de cáncer de mama en general. La fuerte asociación de esta enfermedad con la mujer provoca bajos índices de sospecha en el hombre que muchas veces pueden ser mal diagnosticados y tratados, lo que conlleva a un pronóstico sombrío en aquellos que acuden a consulta en un estadio avanzado. La presentación clínica, métodos diagnósticos y tratamiento son similares al de la mujer, pero en general, el pronóstico es peor por el poco tejido mamario que permite una invasión linfática precoz. Presentamos los casos de dos pacientes masculinos con cáncer de mama con un diagnóstico retrasado, por lo que hacemos énfasis en la importancia de su consideración en hombres.

PALABRAS CLAVE: *cáncer de mama en hombres, prevención, diagnóstico precoz, mastectomía, pronóstico.*

ABSTRACT

Breast cancer is an uncommon neoplasia in men with less than 1% of the cases reported in this gender and of the total number of cases diagnosed. The association of this disease with women causes a low suspicion in men that can lead to misdiagnosis and mistreatment, and lead to a somber prognosis in those presenting with an advanced stage. The clinical features, diagnostic methods and treatment are similar to those in women but in general, it carries a worse prognosis because of the scarce breast tissue that allows for an early lymphatic invasion. Herein, we report two male patients with breast cancer diagnosed late, and emphasize the importance of considering this entity in men.

KEYWORDS: *male breast cancer, prevention, early diagnosis, mastectomy, prognosis.*

Introducción

El cáncer de mama masculino es una enfermedad poco frecuente, representa menos de 1% de todos los cánceres en el hombre y menos de 1% de los cánceres de mama diagnosticados en todo el mundo.¹ La edad media de diagnóstico es a los 67 años, y la incidencia ha aumentado alrededor de 26% en los últimos 25 años.²

En el hombre se han relacionado los siguientes factores de riesgo: desórdenes hormonales (hiperestrogenismo y/o una deficiencia en la síntesis o acción de la testosterona), antecedentes familiares (cáncer de mama u ovario en familiares de primera y segunda línea) y mutaciones de determinados genes predisponentes (genes BRCA1 y BRCA2).³ Se reporta un aumento en el riesgo de padecer esta pato-

logía en las familias en que se ha identificado BCRA2 en el cromosoma 13q.⁴ Cabe anotar que los únicos factores con asociación demostrada son los genéticos, pero sólo entre 15 y 20% de los hombres con cáncer mamario tienen historia familiar de cáncer de mama y ovario.⁵

Presentamos dos casos diagnosticados en el Hospital Santo Tomás, los cuales consideramos de gran interés debido a los pocos informes de esta enfermedad en la literatura y los escasos reportes en nuestro país.

Casos clínicos

Caso 1. Paciente de 52 años de edad, de oficio carpintero, procedente de la provincia de Chiriquí, sin antecedentes patológicos personales y familiares, quien acudió a

CORRESPONDENCIA

Dra. Melissa Velilla Contreras ■ velillamelissa@hotmail.com ■ Teléfono: +507 67230808
Bella Vista, Calle 34, C.P. 0819, Ciudad de Panamá

consulta por dermatosis que comprometía el hemitórax izquierdo, caracterizada por una tumoración exofítica, irregular de superficie rosada y ulcerada que deformaba el complejo areola-pezones, con aparición de nódulos satélites ipsilaterales y adenopatías axilares (figura 1) de aproximadamente un año de evolución. El paciente refirió que comenzó como una lesión nodular dura de color piel. Previamente había acudido a atención primaria y fue tratado como infección de tejidos blandos, sin mejoría alguna.

Se efectuó biopsia incisional del área exofítica y escisión de uno de los nódulos. La histopatología con tinción de hematoxilina-eosina (H-E) informó carcinoma ductal de alto grado, patrón sólido predominante con pleomorfismo nuclear moderado, más de 10 mitosis en 10 campos de alto poder, necrosis focal e invasión linfática (figura 2).

Con base en estos hallazgos, el paciente fue remitido a una institución oncológica de referencia, para manejo especializado.

Caso 2. Paciente de 53 años de edad, procedente de la Ciudad de Panamá, sin antecedentes patológicos personales y familiares, referido a nuestro Servicio de Dermatología por una dermatosis localizada en la mama derecha, caracterizada por una neoformación exofítica, eritematoviolácea, con áreas friables y otras hiperqueratósicas que deformaban por completo el complejo areola-pezones (figura 3). La lesión tenía ocho meses de evolución y, de forma similar al caso anterior, acudió a atención primaria con una lesión nodular de pequeño tamaño que fue tratada como una infección de tejidos blandos, sin mejoría. Al momento de la consulta, sin adenopatías axilares palpables, asintomático y sin signos de daño sistémico.

Con el diagnóstico de trabajo de un cáncer de mama se realizó una biopsia incisional de la lesión, cuya histopatología reportó carcinoma ductal infiltrante. Se describió como un adenocarcinoma poco diferenciado con patrón de densas láminas de células atípicas dispuestas en la dermis reticular e invasión vascular y linfática. La inmunohistoquímica dio reacción positiva para el receptor de estrógenos y progesterona (figura 4).

Con este diagnóstico, el paciente fue referido al Instituto Oncológico Nacional para estudios de extensión y manejo apropiado.

Discusión

Aunque el carcinoma de mama en ambos sexos comparte ciertas características, han surgido diferencias notables. En casos familiares de cáncer mamario masculino predominan alteraciones del BRCA2 en lugar de mutaciones



Figura 1. Dermatitis en hemitórax izquierdo: tumoración exofítica y ulcerada con pérdida del complejo areola-pezones y múltiples nódulos satélites.

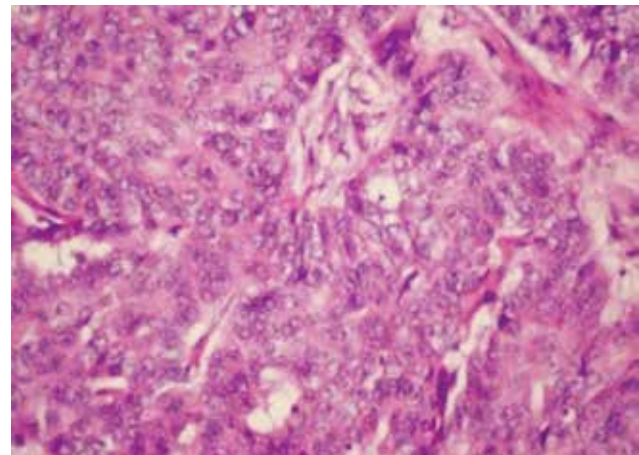


Figura 2. Nótese el pleomorfismo nuclear y la necrosis H-E (400x).



Figura 3. Acercamiento de la neoformación exofítica en la mama derecha.

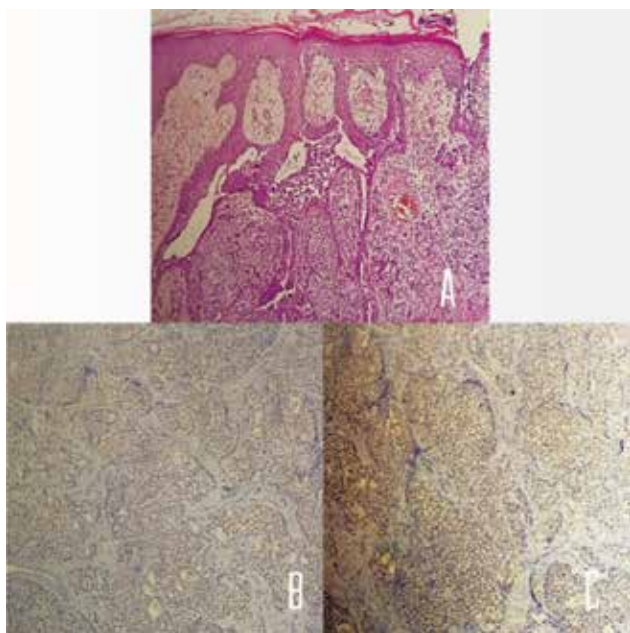


Figura 4. A: histología en H+E de carcinoma ductal infiltrante. B: tinción positiva para estrógeno. C: tinción positiva para progesterona.

BRCA1. El síndrome de Klinefelter es el factor de riesgo más importante.²

Frente a la sospecha clínica, el planteamiento inicial respecto del paciente para el diagnóstico de cáncer de mama se basa en la asociación de las siguientes herramientas: examen físico riguroso, imágenes (mamografía bilateral y/o ultrasonido) e histología mediante una biopsia Core, biopsia incisional o biopsia excisional.³ Algunos autores sostienen que el ultrasonido no aporta mayor información ni ofrece ventaja sobre la mamografía, por lo que su uso se limita básicamente a caracterizar mejor la imagen, evaluar el estado ganglionar y abordar la toma de biopsia.^{6,7}

Es importante resaltar que la presentación habitual, en 75% de los casos, es un nódulo duro y fijo en la región subareolar con daño del pezón. La presencia de adenopatía axilar es el principal factor pronóstico.⁸

En nuestros casos no se reportaron antecedentes familiares de cáncer de mama, ni femenino ni masculino. Ambos pacientes presentaron inicialmente una lesión nodular dura con posterior deformidad del complejo areola-pezón; en el diagnóstico, uno de ellos presentaba adenopatías axilares. Estos aspectos clínicos van en concordancia con lo descrito en la literatura científica. En cuanto al estudio histopatológico, el método diagnóstico utilizado fue la biopsia incisional de la lesión exofítica, y en uno de los casos, escisión de uno de los nódulos satélites. Los resultados reportaron un carcinoma ductal

de alto grado e infiltrante. En los hombres la variante histológica más común es el carcinoma ductal infiltrante (84.6%), seguido del carcinoma papilar (16%). El carcinoma lobular (1.8%) es poco común. Aproximadamente 80% son positivos para receptores de hormona, en concordancia con nuestro segundo caso; 15% es positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico 2 (HER2) y 4% son triple negativos (receptor de estrógeno, progesterona y HER2).

El bajo índice de sospecha de esta neoplasia en hombres puede retrasar el diagnóstico, como ocurrió con nuestros pacientes, quienes tenían un tiempo prolongado de evolución con este padecimiento y no hubo la sospecha apropiada en la atención primaria. Cuando acudieron a nuestro Servicio, uno ya presentaba adenopatías axilares, lo cual es un factor negativo para el pronóstico.

Similar al estudio de Ángel y colaboradores, así como series de casos reportados en diversos países,⁹ uno de nuestros pacientes fue diagnosticado en un estadio avanzado. En general, el diagnóstico de los tumores mamarios en hombres ocurre de manera tardía; en este sentido, la demora para asistir a la consulta médica se ha asociado con el desconocimiento de esta patología y con los prejuicios de la persona.^{3,9}

El tratamiento es multimodal: mastectomía con disección axilar o determinación de ganglio centinela, y de acuerdo con los factores de pronóstico, se administrará radioterapia y hormonoterapia/quimioterapia.⁶

Generalmente el manejo quirúrgico es mastectomía con vaciamiento axilar o biopsia del ganglio centinela. Debido a que 90% de los tumores son receptores hormonales positivos, el tamoxifeno es una terapia adyuvante estándar. Las indicaciones para la radioterapia y la quimioterapia son similares a las del cáncer de mama femenino y se orienta según la etapa clínica.^{2,3} Para la enfermedad metastásica, la terapia hormonal es el tratamiento principal, pero la quimioterapia también puede ser paliativa.²

Respecto del pronóstico, al igual que en la mujer, se considera que los factores más importantes para la recurrencia local, la supervivencia global y la supervivencia específica de enfermedad son el tamaño tumoral y el daño ganglionar. En algunos estudios se considera que el alto grado histológico y el estado de los receptores hormonales también son relevantes.⁷ Cabe anotar que la localización central del cáncer mamario en el hombre le brinda peor pronóstico, pues al tener menor cantidad de parénquima mamario la invasión linfática axilar es precoz.¹⁰

Debido a la rareza de la enfermedad y la falta de una cultura de prevención, generalmente el diagnóstico se

hace en etapas posteriores. Sin embargo, en la evaluación de los pacientes según edad y estadio, la tasa de supervivencia es similar a la de las mujeres.

A partir de la presentación de estos casos instamos al reconocimiento oportuno de esta entidad y fomentar el autoexamen mamario en hombres, así como enseñar sobre signos de alarma y cuán importante es un diagnóstico precoz para tener un efecto favorable en la esperanza de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kordei L, Zujewski J, Kamin L, Giordano S, Domchek S, Anderson W *et al*, Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations, *J Clin Oncol* 2010; 28(12):2114-22.
2. Gómez C, Zambrana F, Sereno M, López M y Casado E, Male breast cancer, *Cancer Treatment Reviews* 2010; 36:451-7.
3. Ibáñez G, Calderón ME y Márquez D, Cáncer de mama en hombres: situación actual a nivel mundial y nacional, *Rev Chilena de Cirugía* 2011; 63(1):95-101.
4. White J, Kearins O, Dodwell D, Horgan K, Hanby AM y Speirs V, Male breast carcinoma: increased awareness needed, *Breast Cancer Research* 2011; 13:219.
5. Deb S, Jene N y Fox SB, Genotypic and phenotypic analysis of familial male breast cancer shows under representation of the HER2 and basal subtypes in BRCA-associated carcinomas, *BMC Cancer* 2012; 12(1):510.
6. Martínez JL, Arce C y Lara F, Cáncer de mama en el hombre, *Cancelología* 1 2006; 201-10.
7. Mesa G, Matute G, Estrada M, Ocampo A, Restrepo C y Estrada J, Cáncer mamario en hombres, *Rev Colomb Cir* 2011; 26:293-307.
8. Oliveira L, Dias F, Castro M y Ferreira U, Male breast cancer, *The Aging Male* 2011; 14(2):99-109.
9. Ángel J, Ibarra J, Díaz S, Lehmann C, García M, Guzmán L *et al*, Comportamiento clínico en mama en hombres en una población latinoamericana, *Rev Colomb Cancerol* 2015; 19(3):150-5.
10. Madeira M, Mattar A, Barata RJ, Dornelles C, Beralde LH, Hatsumi V *et al*, A case report of male breast cancer in a very young patient: what is changing?, *World J Surg Oncol* 2011; 9:1-5.