

F. Vicente,
A. Ahenke,
A. Gómez,
S. Duarte,
G. Zornoza

Carcinoma de mama en el varón

SUMMARY

We are presenting 7 cases of mamma carcinoma, in men that have been operated in our center.

This neoplasia apperars later in men than in women.

The clinical characteristics of its presentation and the diagnostic methods used are presented.

The surgical treatment applied does not defer greatly from that applied to female mamma carcinoma.

A reference is done to the importance of hormonal receptors, for estrogens progesterona as it is a pronostic therapeutic factor of great value.

Departamento de Cirugía General.
Clínica Universitaria. Pamplona.

INTRODUCCION

El carcinoma de mama en el varón es una entidad poco frecuente, cifrándose en un 0,2-0,5 % su incidencia entre las neoplasias en el varón^{7,10,17}. Supone el 0,6 % de los cánceres mamarios,^{5,15} si exceptuamos regiones de la India o Africa, en las que la frecuencia llega al 3-10 %.^{10,14}

La tasa neta por 100.000 habitantes y año es del 0,58-1.^{7,21}

La casuística por nosotros presentada está compuesta por 7 pacientes tratados en la sección de Patología Mamaria de nuestro Centro.

En el momento del diagnóstico, 5 pacientes presentaban secreción por el pezón de carácter sanguinoliento, en 2 casos había retracción de piel y otros 2 pacientes presentaban ulceración de pezón y areola.

La localización fue en 4 ocasiones en mama izquierda y en 3 en la derecha. Dos de nuestros pacientes referían antecedente traumático repetido sobre la mama afectada.

Por lo que a la exploración física se refiere, en cinco pacientes se palpaba una masa retroareolar, un paciente presentaba un nódulo subareolar y otro era portador de una ginecomastia en la que no se palpaba nódulo dominante.

CASUISTICA

Sobre un total de 587 neoplasias mamarias intervenidas en nuestro servicio, 7 corresponden a pacientes varones, lo que representa el 1,19 % del total de carcinomas intervenidos.

La edad de presentación osciló entre 41 y 85 años, con una media de 61,5 años.

Desde el punto de vista clínico (tabla I) el síntoma inicial fue una masa palpable en 3 pacientes, 2 dolor y los 2 restantes presentaron umbilicación del pezón y ulceración respectivamente. El tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta el diagnóstico osciló entre 2 y 18 meses, con una media de 9,3 meses.

TABLA I
CUADRO CLINICO

SINTOMATOLOGIA

INICIAL:	
— Tumor	3 casos
— Dolor	2 casos
— Retrac. pezón	1 caso
— Ulceración	1 caso
EN CONSULTA:	
— Secreción	5 casos
— Ulcera	2 casos
— Retracción	2 casos
EXPLORACION:	
— Tumor	6 casos
— Ginecomastia	1 caso

TABLA II
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

	Realizada	Sospechosa	Pat. benigna
Termografía	4 casos	3	1
Xero-mamografía	4 casos	3	1
Citología	5 casos	4	1

El tamaño de los tumores osciló entre no palpable y 3 cm, la exploración axilar fue positiva en 2 ocasiones correspondiéndose con los pacientes portadores de tumores de mayor tamaño.

Como complemento de la historia clínica (tabla II), la termografía, realizada en 4 casos fue sospechosa en 3 y se informó como normal en el otro, siendo en este caso claramente sospechosa la mamografía. En otros 2 casos la radiología fue sugestiva de proceso infiltrativo y en un cuarto caso fue informado como patología benigna.

Un caso presentaba en el momento del diagnóstico metástasis óseas a nivel de columna lumbar (L2-L3), sin que en el resto se detectaran metástasis a distancia en los estudios practicados.

Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, efectuándose una glandulectomía al paciente en el que el tumor insospechado asentaba sobre la ginecomastia; otro paciente de 85 años, y con metástasis a distancia, fue sometido a un tumorectomía. Los 5 restantes sufrieron una mastectomía radical modificada.

El estudio anatomopatológico de las piezas informó de carcinoma intraductal sobre ginecomastia en un caso, microcarcinoma secretor de tipo tubular un caso y los 5 restantes carcinoma ductal infiltrante.

De los 5 pacientes a los que se efectuó vaciamiento axilar, solamente uno presentaba afectación ganglionar.

La determinación de receptores hormonales para estrógenos y progesterona en la masa tumoral se efectuó en 2 ocasiones, siendo los primeros positivos en un caso y los de progesterona en los 2 casos.

Como tratamiento coadyuvante, solamente en 2 pacientes se aplicó radioterapia postoperatoria (paciente con enfermedad diseminada y paciente con axila positiva).

Con respecto a la supervivencia, el paciente que pre-

sentaba enfermedad diseminada falleció a los 4 meses de la intervención. De los 6 restantes, el que era portador de metástasis ganglionares permanece libre de enfermedad transcurridos 9 años de la intervención, los 5 restantes siguen con vida tras periodos de seguimiento que oscilan entre los 8 y 10 años de supervivencia y otros 2 los 2 años. En ninguno de nuestros pacientes hay evidencia de enfermedad en la actualidad, siendo sometidos todos ellos a controles periódicos.

COMENTARIOS

La neoplasia mamaria en el hombre es una enfermedad poco frecuente^{3,8,11} que presenta una serie de particularidades propias con respecto al carcinoma de mama femenino.

La edad de presentación suele ser más avanzada que en la mujer^{5, 16, 17, 19, 20}. Aunque Haagensen¹² no observa en el varón la característica curva bimodal de distribución por edades que se observa en el sexo femenino, Brunet et al.⁴ encuentran 2 picos de mayor frecuencia en el varón a los 47 y 66 años. En nuestra serie tan sólo un paciente tenía menos de 56 años.

Con respecto a la afectación de la mama en el hombre parece existir un ligero predominio de la mama izquierda,^{11,16,18,21} en nuestra serie 4/7, sin que pueda darse una justificación a este hecho, por otro lado no siempre constatado.

No parece existir relación entre antecedente traumático y desarrollo de cáncer de mama masculina, sin embargo, en 2 de nuestros pacientes se daba esta circunstancia en forma de traumatismo reiterado, durante años.

La relación entre carcinoma de mama y ginecomastia sigue siendo discutible, y mientras Crichlow⁵ opina que es excepcional, otros autores la encuentran entre un 12-22%.^{1,2,14,21} Por otro lado, Donegan et al.⁷ afirman que la ginecomastia y el carcinoma mamario son 2 diferentes respuestas a un mismo estímulo.

En el varón la afectación de la piel se da con más frecuencia que en la mujer y oscila entre un 40-50% de los casos,^{11,16,21,29} de igual manera la secreción por el pezón está presente entre un 8-14,8% de los casos en las series consultadas.^{11,21} En nuestros pacientes estaba presente en una proporción muy superior (5/7). Por otro lado, la secreción en la mama masculina, especialmente si es sanguinolenta, en el 75% de los casos se debe a un carcinoma.²⁰

Con respecto al tratamiento existe unanimidad en que los métodos a aplicar son los mismos que en el cáncer de mama femenino. No obstante es en el tratamiento coadyuvante donde podemos apreciar algunas diferencias. Son muchos los trabajos en los que se investiga la presencia de receptores hormonales en el cáncer de mama masculino y su respuesta a estos tratamientos. A diferencia de la mujer se ha encontrado un alto porcentaje de resultados positivos, oscilando entre un 79-86% (9-17). Estando la respuesta al tratamiento en íntima relación con la positividad de los mismos. La orquiectomía y los antiestrógenos han mostrado una gran efectividad.

El pronóstico de los pacientes varones con carcinoma de mama, en contra de lo que cabría esperar, no se ensombrece por existir infiltración de la piel¹⁵, muy frecuente en estos casos, siendo en su conjunto similar al de la mujer.^{3,4,21}

La supervivencia la fija Axelson et al.³ en un 54 % a los 5 años, descendiendo al 37 % a los 10 años. Ribeiro¹⁷, en los estadios II y III, desde la introducción del Tamoxifen como coadyuvante de la cirugía y quimioterapia, refiere una mejoría notable en la supervivencia, pasando del 28% al 55% a los 5 años (8 casos tratados).

Para finalizar podríamos decir que los criterios a seguir en el carcinoma de mama en el varón son similares a los seguidos en la mujer, haciendo hincapié en la importancia de la determinación de receptores en estos pacientes por ser un factor pronóstico-terapéutico de gran utilidad.

RESUMEN

Se presentan 7 casos de carcinoma de mama en el varón intervenidos en la unidad de patología mamaria de nuestro Centro.

La presentación de esta neoplasia es más tardía en el varón que en la mujer.

Se comentan las características clínicas de su presentación y los métodos diagnósticos utilizados.

El tratamiento quirúrgico aplicado no difiere básicamente de las técnicas aplicadas al carcinoma mamario femenino.

Se hace referencia a la importancia de determinación de receptores hormonales, para estrógenos y progesterona por ser un factor pronóstico-terapéutico de gran utilidad.

REFERENCIAS

1. Ajayi DOS, Osegbe DN, Ademiluyi SA. Carcinoma of the male breast in west africans and review of world literature. *Cancer* 1982; 50: 1664-1667.
2. Babafa S, Reyes CV, Choudhury AM. Male breast carcinoma: AN updated experience at a Veterans Administration Hospital and review of the literature. *J Surg Oncol* 1983; 24: 41-45.
3. Axelsson J, Anderson A. Cancer of the male breast. *World J Surg* 1983; 7: 281-187.
4. Brunet M, Janin ML, Berlie. La cancer du rein chez Lhomme. *Nouv Press Med* 1977; 6: 720-724.
5. Crichlow RW. Carcinoma Of the male breast. *Surg Ginecol Obstet* 1972; 134: 1011-1019.
6. De Vita VT, Hellman S, Rosemberg SA. Cáncer, principios y práctica de Oncología, vol. I. Ed. Salvat. Barcelona 1984.
7. Donegan WL, Pérez Mesa CM. Carcinoma of the male breast: a 30 year heview of 38 cases. *Arch Surg* 1973; 106: 273-179.
8. Erlichman C, Murphy KC, Elhakim T. Male breast cancer: a 13 year review of 89 patients. *J of clinical Oncology* 1984; 2: 903-908.
9. Friedman MA, Hoffman PG, Dandolos EM, Lagios MD, Hohnoston WH, Siiteri PM. Estrogen receptors in male breast cancer: clinical and pathologic correlations. *Cancer* 1981; 47: 134-137.
10. Gupta N, Cohen JL, Rosenbaum CH, Raam S. Estogen receptors in male breast cancer. *Cancer* 1980, 46: 1781-1784.
11. Gupta MSS, Girish CP, Gupta S. Male breast cancer. *J Surg Oncol* 1981; 16: 149-157.
12. Haagensen CD. Enfermedades de la mama. Ed. Beta SRL, Buenos Aires 1977.
13. Kraybill WG, Kaufman R, Kinne D. Treatment of advance male breast cancer. *Cancer* 1981; 47: 2185-2189.
14. Leicy RD, Davis J, Gleusteen J. Cancer of the male breast. *Cancer* 1967; 20: 1617-1624.
15. Marsden ATH. The etiology of the carcinoma of the male breast. *Alleg Pathol Bact* 1955; 18: 728-730.
16. Ouriel K, Lotze MT, Hinshaw JR. Prognostic factors of carcinoma of the male breast. *Surg. Ginecol Obst* 1984; 159: 373-376.
17. Ribeiro G. Male breast carcinoma. A review of 210 cases from the Christie Hospital and Holt Radium Institute, Manchester. *Br J Cancer* 1985; 51: 115-119.
18. Van Gell AN, Van Slooten EA, Maurunac N, Hart AAM. A retrospective study of male breast cancer in Holland. *Br J Surg* 1985; 72: 724-727.

19. Viladín P. Cáncer de mama en el varón. *Oncología* 1977, 7: 384...
20. Vinagre LM, Noguerales F, García Sancho K, Gómez Tejada I. Cáncer de mama masculino. *Rev Esp Oncolog* 1978; 25: 305-318.
21. Yap HY, Tashima CK, Blumenschein GR, Eckles NE. Male breast cancer: a natural history study. *Cancer* 1979; 44: 748-754.
22. Zumel M, Sánchez de Vega García, Tamames S. Cáncer de mama masculino: a propósito de 8 casos. *Cirugía Española* 1975; 29: 43-53.