

A. Sierra García,
F. Fernández,
L. Cipagauta,
A. Carrillo,
R. Gómez,
A. Moreno,
M. Quadros,
E. Garrote,
F. Cruz Caro,
A. Garzón Martín

Consideraciones sobre el cáncer de mama masculino a propósito de 20 casos estudiados

SUMMARY

Authors analyze 20 cases of treated male breast cancer. The most important aspects are reviewed.

The frequency of presentation is 1% of the 2,000 female breast cancer treated in our center.

Breast cancer in direct relatives, smoking, alcohol intake, diabetes and tuberculosis were considered as risk factors.

The incidence was higher in patients with bilateral gynecomastia and the presence of a case of male breast carcinoma was of particular interest.

We describe the characteristics for TNM classification and the basis to use different surgical technics, and radiotherapy, chemotherapy and hormone therapy as complementary procedures are considered.

The overall mortality was 55% of patients, ten per cent of them did not accept any treatment, they had broad dissemination of the tumor.

Palabras clave

Cáncer, Varón, Ginecomastia.

Key words

Cancer, Male, Gynecomastia.

Hospital 12 de Octubre.
Departamento y Servicio
de Cirugía General
(Prof. F. de la Cruz Caro)

INTRODUCCION

Constituye esta afección una enfermedad poco corriente no sólo en nuestro país, sino en el mundo entero, como lo corroboran las publicaciones extranjeras que hasta ahora han visto la luz respecto a este tema. La poca frecuencia hace que este cáncer en el varón ocupe una incidencia que oscila entre el 0,38 y el 0,90% de los cánceres masculinos en su totalidad, y aproximadamente un 1% de todos los cánceres de mama de hembra y de varón van a corresponder a este último. Precisamente esta escasa frecuencia, junto con el reducido conocimiento que en general de esta

afección se tiene, son pues los factores que hacen que tanto los pacientes como los mismos médicos piensen poco en la posibilidad de este cáncer y, por tanto, una de las razones de su mal pronóstico, sea precisamente el estadio tan avanzado en que suele encontrarse cuando se diagnostica.

Es un carcinoma, el de la mama del varón, que se presenta en sujetos de edad más bien avanzada, cuya media se sitúa unos 10 años por encima de la media del cáncer mamario femenino y así para la mayoría de los autores la edad media del cáncer de mama del varón sería de unos 60 años aproximadamente.^{1,2}

Aunque no se conocen factores etiológicos ciertos,

TABLA I

<i>Localización</i>	
Mama derecha.....	13 (65%)
Mama izquiada.....	6 (30%)
Bilateral.....	1 (5%)
Total.....	20
<i>Edad</i>	
31 a 40 años.....	1 (5%)
41 a 50 años.....	1 (5%)
51 a 60 años.....	7 (35%)
61 a 70 años.....	6 (30%)
71 a 80 años.....	4 (20%)
81 a 90 años.....	1 (5%)
Mínimo.....	39
Máximo.....	82
Media.....	61,45

sí sabemos que la herencia es importante ya que en la mayoría de los pacientes destaca el antecedente de mujeres y hombres en la familia con cáncer de mama.³ La existencia de ginecomastia previa es también un factor digno de consideración y, sobre todo, cuando existe un ambiente estrogénico inductor, como es el caso de pacientes cirróticos o, sobre todo, sujetos tratados con hormonoterapia estrogénica por padecer de cáncer de próstata y que por ello estarían predispuestos a padecer esta enfermedad. Los traumatismos, cuando se trata de roces y erosiones repetidas, también son considerados como agentes precursoros.⁴

MATERIAL Y METODOS

El trabajo que mostramos recoge nuestra experiencia en los últimos 15 años dentro de la Unidad de Patología Mamaria del hospital 12 de Octubre. Como podrá verse, los 20 casos estudiados dentro de un conjunto de casi 2.000 cánceres de mama femeninos hacen que la proporción en nuestro medio del cáncer de mama de varón respecto al cáncer de mama de la mujer esté algo por encima del 1%, que es la cifra más común en el resto de las estadísticas mundiales consultadas.

Los cuadros que se presentan intentan resumir aquellos datos que hemos considerado de mayor importancia y que pensamos pueden ser útiles en el estudio de esta enfermedad e intentan aclarar o poner alguna luz en la problemática del tema.

TABLA II

<i>Antecedentes familiares</i>	
Cáncer de mama mujer.....	3 (15%)
Otros cánceres.....	6 (30%)
<i>Antecedentes personales</i>	
Fumador.....	19 (95%)
Bebedor.....	16 (80%)
Fumador y bebedor.....	16 (80%)
Obesidad.....	2 (10%)
Ginecomastia.....	13 (65%)
Carcinoma de próstata.....	2 (10%)
Diabetes.....	3 (15%)
Tuberculosis.....	5 (25%)
Traumatismo previo.....	0 (0%)
Hepatopatía.....	5 (25%)

La edad, expresada en la tabla I, ha oscilado entre 39 años que era la del más joven y 82 la del mayor, siendo la media de 61 años, lo cual coincide con la mayoría de otras estadísticas, ya que en el cáncer de mama del varón la edad media supera en 10 años a la del cáncer de mama en la mujer. La mayor incidencia ha sido entre los 50 y 70 años, que han correspondido a un 65%.

La localización ha predominado en la mama derecha con 13 casos y llama la atención un caso de bilateralidad, precisamente desarrollado en un paciente también con ginecomastia bilateral.

En la tabla II exponemos los antecedentes familiares y personales. Sólo en 3 casos existía una clara aparición de cáncer de mama en mujeres de la familia, no existiendo, sin embargo, ningún caso de antecedentes familiares de neoplasia de mama en el varón en ningún paciente de nuestra serie. Los antecedentes personales que han sido recogidos indican cómo en un 80% de los casos aparece el dato de coexistir el hábito de bebedor y fumador importante. También llama la atención cómo en un 70% de los casos se han desarrollado sobre ginecomastias previas, lo cual creemos que es importante tener en cuenta no sólo como antecedentes en sí, sino también para explicar algunos tipos de cirugía que se realizaron sobre estos casos y que más adelante comentaremos (fig. 1 A y B). La tuberculosis pulmonar y la existencia de una hepatopatía, con insuficiencia hepática, destacan, apareciendo en un 25% de los casos ambas. Sin embargo, y al contrario de los trabajos de otros autores mundiales, destaca la falta de traumatismo previo dentro de nuestra casuística. El cáncer de próstata y la diabetes también han sido recogidos dentro de los antecedentes de la serie.



Fig. 1 B. Cáncer de mama. Varón bilateral sobre ginecomastia bilateral.

En la tabla III se exponen los síntomas, dentro de los cuales destaca como constante la aparición del tumor en forma de nódulo que se registra en el 100% de los casos; también el dolor y la ulceración tienen un registro importante, en lo que a su incidencia se refiere. La telorrea, que ha existido en un caso y que ha sido sanguinolenta, es un síntoma muy sospechoso de que cuando aparezca podamos pensar en esta enfermedad. La afectación de la piel y planos superficiales ha sido muy frecuente; sin embargo, los tumores apenas se han fijado a la fascia del pectoral, seguramente por su superficialidad, por su pequeño tamaño y también por desarrollarse, en muchos casos en el seno de ginecomastia. Sólo en 3 casos con enfermedad generalizada han existido síntomas generales achacables a la misma.

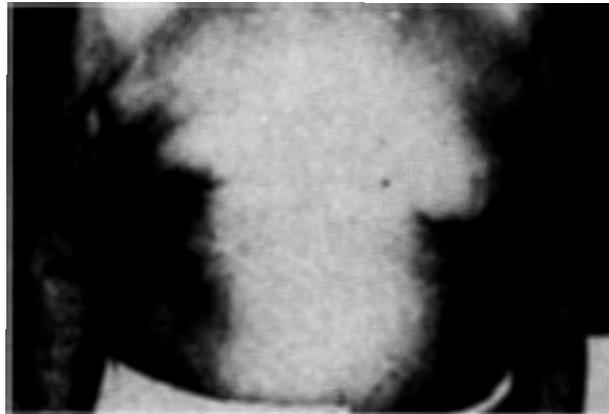


Fig. 1 A. Ginecomastia bilateral.

En lo que se refiere a los datos tomados de la exploración clínica destacan la afectación areolar junto con las adenopatías axilares palpables, hallazgos ambos que hemos encontrado en un 45% de los casos. La invasión de piel ha sido encontrada sólo en 7 pacientes.

El tamaño clínico tumoral que incluye lógicamente el del tumor, más los planos dérmicos, subcutáneos y propiamente glandulares ha oscilado variablemente, aunque en la mayoría de los casos han sido menores de 5 cm y sólo uno de los pacientes superaba los 5 cm.

El tiempo de evolución desde que el paciente nota la afección hasta que viene a nuestra consulta —viene expuesto en la tabla V, dentro de la cual llama la atención, como el 65% de los casos— tiene una evolución menor de un año, el 80% menor de 2 años y sólo 4 casos han tenido una evolución por encima de este lapso de tiempo.

La metodología diagnóstica a que han sido some-

TABLA III

<i>Síntomas</i>	
Nódulo.....	20 (100%)
Dolor.....	9 (45%)
Ulceración.....	5 (25%)
Síntomas.....	3 (15%)
Telorrea.....	1 (5%)
<i>Semiología clínica</i>	
Retracción areolar.....	9 (45%)
Adenopatía axilar.....	9 (45%)
Piel invadida.....	7 (35%)
Adenopatía supraclavicular.....	2 (10%)

TABLA IV
TAMAÑO TUMORAL

1 a 2 cm	2 (10%)
2 a 3 cm	6 (30%)
3 a 5 cm	11 (55%)
Mayor de 5 cm	1 (5%)

TABLA V
TIEMPO DE EVOLUCION

0-3 meses	7 (35%)
4-6 meses	4 (20%)
7-12 meses	2 (10%)
13-24 meses	3 (15%)
25-36 meses	1 (5%)
37-48 meses	2 (10%)
49-60 meses	1 (5%)

tido los pacientes y que —viene expuesta en la tabla VI— constituye la batería de la metódica diagnóstica a que son sometidos los pacientes que vienen a la Unidad de Mama, si bien es verdad que a estas pruebas estandarizadas se han añadido gammagrafías óseas y hepáticas, junto con ecografías abdominales, en pacientes con posibles metástasis y enfermedad generalizada. En el caso de la telorrea sanguinolenta, se realizó un estudio citológico de extensión de dicha secreción, que fue positiva para las células malignas. Llama la atención en este cuadro cómo la mamografía fue positiva en el 100% de los casos y cómo la PAAF al ser tumores muy accesibles fue positiva en el 93% de los casos.

Los pacientes, una vez diagnosticados correctamente y etiquetados dentro de la clasificación TNM, han sido sometidos a tratamiento. La cirugía lógicamente debe ser la primera medida terapéutica que, sin embargo, en nuestra serie no se realizó en todos los casos, habida cuenta de que dos de ellos se negaron a la práctica quirúrgica. Como vemos en la tabla VII, en un caso se realizó mastectomía simple, habida cuenta de que era un caso de cáncer *in situ*. La mastectomía radical tipo Halsted se hizo en 3 casos, que corresponde a un 15% y que se trataba de cánceres no desarrollados sobre ginecomastias de tamaño importante y que afectaban a la aponeurosis del pectoral (fig. 2). El resto de los casos, concretamente 14, co-

TABLA VI
METODOS DIAGNOSTICOS

	N.º de casos	Positivos
Mamografía	12	12 (100%)
ECO mama	3	2 (66,7%)
PAAF	15	14 (93,3%)
Biopsia	13	13 (100%)
Gammagrafía ósea	19	4 (21%)
Gammagrafía hepática	10	1 (10%)
ECO abdominal	9	0 (0%)

TABLA VII

<i>Cirugía</i>	
No	2 (10%)
Mastectomía simple	1 (5%)
Madden	4 (20%)
Patey	10 (50%)
Halsted	3 (15%)
<i>Anatomía patológica</i>	
Ca. ductal infiltrante	17 (85%)
Ca. <i>in situ</i>	1 (5%)
No	2 (10%)

rresponden a cirugías radicales modificadas, 4 tipo Madden y 10 tipo Patey. El hecho de que en estos 14 casos se haya hecho esta cirugía se debe a que los cirujanos que intervinieron a estos enfermos lo creyeron oportuno, basándose en los siguientes aspectos: en primer lugar se trataba de cánceres pequeños y, además, estaban desarrollados debajo de la piel, como puede verse en las figuras 3 y 4, y asentados sobre ginecomastias importantes y de gran volumen, es decir, que eran mamas similares de tamaño a las de mujeres que serían tratadas con estas mastectomías radicales modificadas. El tumor estaba lejos de la fascia del pectoral y entre ambos existía un espeso espa-



Fig. 2. Cáncer sobre mama atrofica que invade fascia pectoral.



Fig. 3. Cáncer de mama sobre ginecomastia. No invade pectoral y hay además tejido amplio mamario sano intermedio.

cio de tejido glandular sano que, biopsiado intraoperatoriamente, no fue encontrado tumor alguno. Por eso los cirujanos optaron hacer una intervención similar a la de si un cáncer femenino se tratara, extirpando toda la mama ginecomástica ampliamente, llevándose gran cantidad de piel, que a veces necesitó el recubrimiento por un injerto y llevándose también la fascia del pectoral mayor, junto con todo el paquete axilar, pero conservando este músculo no sólo por estética, lo cual sería aquí poco importante, sino porque la exéresis del pectoral ocasiona alteraciones importantes respecto a la funcionabilidad del miembro superior y, sobre todo, porque la operación es mucho más cruenta al extirpar este músculo tan vascularizado, máxime cuando en absoluto existía afectación tumoral ni del músculo, ni de su fascia, ni tampoco del tejido mamario próximo a la misma. En este sentido quiero dejar claramente expuesta nuestra opinión, pues si bien es verdad que nosotros personalmente preferimos la técnica de Halsted, también es verdad que las mastectomías radicales modificadas cuando en las circunstancias que hemos expuesto se realizan, tenemos, nos guste o no, que admitirlas. No hemos de olvidar que este tipo de mastectomías modificadas a partir de 1960 se están realizando y son aceptadas por el mundo entero, y autores como Axelson,¹³ que recogen en los últimos años la experiencia a este respecto de toda Suecia, no solamente defienden las técnicas modificadas, sino que incluso las recomiendan sistemáticamente. Otros autores como Wolloch,¹³ Treves¹⁴ y un largo etcétera defienden pues esas opciones radicales, pero más conservadoras, habida cuenta del tratamiento multidisciplinario a que es sometido el cáncer de mama y que la cirugía cada día va siendo más conservadora, sien-

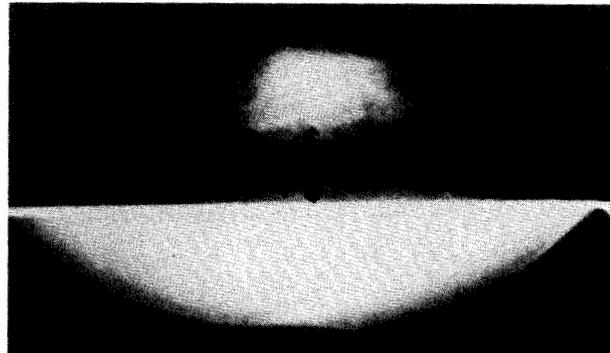


Fig. 4. Otro caso como el anterior.

do cada vez más importante no solamente su faceta terapéutica, sino su faceta clasificadora y diagnóstica respecto a la estirpe histológica del tumor y estadiaje evolutivo de la enfermedad. Las teorías de Halsted están siendo superadas por las de una enfermedad generalizada y silente en las dos terceras partes de su evolución.

La anatomía patológica de los casos operados ha sido en todos la de un carcinoma ductal infiltrante, salvo en uno de los casos, que se trataba de un carcinoma *in situ* desarrollado en el seno de una ginecomastia.

A la cirugía se siguió siempre de un tratamiento complementario como exponemos en la tabla VIII. La radioterapia que siempre ha sido superficial, se ha administrado en dosis de 6.000 a 7.000 rads, abarcando no solamente la región mamaria, sino también mamaria interna, axila y regiones supraclaviculares. La quimioterapia que en principio se administró en los casos de axila positiva, fue la sistemática de CMF. Por lo general se considera que es menor la respuesta a este tratamiento que en la mujer.

TABLA VIII
TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

Sólo cirugía.....	0 (0%)
Sólo RT.....	1 (5%)
QT + RT.....	1 (5%)
Cirugía + RT.....	8 (40%)
Cirugía + QT.....	3 (15%)
Cirugía + QT + RT.....	7 (35%)

TABLA IX

<i>Tiempo libre de enfermedad</i>	
0-3 meses.....	4 (20%)
4-6 meses.....	2 (10%)
7-12 meses.....	2 (10%)
13-24 meses.....	4 (20%)
25-32 meses.....	2 (10%)
37-48 meses.....	3 (15%)
49-60 meses.....	1 (5%)
61-72 meses.....	0 (0%)
73-84 meses.....	1 (5%)
85-96 meses.....	1 (5%)
<i>Resultados</i>	
Fallecidos.....	11 (55%)
Vivos con recidiva.....	2 (10%)
Vivos sin recidiva.....	7 (35%)

En la tabla IX viene expuesto el tiempo libre de enfermedad y un resumen de los pacientes que en la actualidad han fallecido, que corresponde al 55% de los casos; el otro 45% viven, 2 de ellos con recidiva, que ha sido tratado, y el resto sin ningún tipo de recidiva ni secuela.

Las recidivas y las metástasis de nuestra casuística están expuestas en la tabla X.

Por último, en la tabla XI se esquematizan dentro de la clasificación TNM cada uno de los 20 enfermos que hemos estudiado. Llama la atención que en 3 casos no existe el resultado de la axila, habida cuenta de que 2 de ellos rehusaron la intervención, y en el tercer caso sólo se hizo una mastectomía de limpieza y confort.

Para finalizar dicho trabajo queremos volver a insis-

TABLA X

<i>Recidiva</i>	
Mama.....	4 (20%)
Axila.....	0 (0%)
Mama y axila.....	3 (15%)
<i>Metástasis</i>	
Osea.....	5 (25%)
Fractura patológica.....	1 (5%)
Pleural.....	1 (5%)
Craneal.....	1 (5%)
Pulmonar.....	1 (5%)
Pulmonar y ósea.....	1 (5%)
Osea y hepática.....	1 (5%)
Hepática y fractura patológica.....	1 (5%)
No.....	9 (45%)

TABLA XI A
CLASIFICACION TNM

1.	Tis	No	(20,0+)	Mo
2.	Tia	No	(12,0+)	Mo
3.	Tia	No	(7,0+)	Mo
4.	Tia	No	(11,0+)	Mo
5.	T2a	No	(14,0+)	Mo
6.	T2a	No	(25,0+)	Mo
7.	T2a	N1	(37,37+)	Mo
8.	T2a	N1	(11,11+)	Mo
9.	T2a	N1	(23,1+)	Mo
10.	T2a	N3	(29,1+)	Mo

TABLA XI B
CLASIFICACION TNM

11.	T3a	Nx	—	Mo
12.	T3a	No	(16,0+)	Mo
13.	T4b	N1	(10,10+)	Mo
14.	T4b	N1	(23,23+)	Mo
15.	T4b	N1	—	Mo
16.	T4c	N1	(11,3+)	Mo
17.	T2a	N1	(16,16+)	Mo
18.	T4b	N1	(15,11+)	Mo
19.	T4b	N1	(12,11+)	Mo
20.	T4b	N3	—	Mo

tir que una estadística importante como es la expuesta dentro del cáncer de mama en el varón ha sido posible adquirirla gracias al gran número de pacientes que durante casi 20 años ha acogido la Ciudad Sanitaria 12 de Octubre y que no solamente son pacientes procedentes a niveles regionales, sino también procedentes de todo el país y que han llegado a nosotros para ser tratados en este hospital.

DISCUSION

Siendo esta enfermedad una afección poco frecuente, amén de nuestra propia experiencia, tenemos que referirnos a los trabajos mundiales de más amplia casuística para sacar las debidas conclusiones. El hecho de que la mama en el hombre sea tan pequeña, hace que el cáncer desarrollado en ella entre en contacto con la aréola y piel tempranamente, invadiéndolas y originando adenopatías axilares positivas con relativa rapidez.⁵ Muchas veces el no pensar en la existencia

de esta enfermedad es una de las causas de que se diagnostique en estadios avanzados.

En lo que a la etiología se refiere, la mayoría de los autores coinciden en los factores hereditarios que en nuestra serie han existido, si bien en pocos casos. También son considerados factores como los traumatismos repetidos³ que en opinión de autores como Greene pueden ser desencadenantes de esta enfermedad, y que aunque nosotros no tengamos registrado este factor en nuestra estadística, estamos convencidos de que estas irritaciones crónicas son factores que deben tenerse en cuenta como posibles desencadenantes de agentes cancerosos. Para autores como Jorda¹ y Axelson² existen también otros factores como los antecedentes de hiperestrogenia, orquitis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, HTA, etc., que de una forma significativa figuran en sus estadísticas. Estos autores también expresan la mayor incidencia en personas que padecen otros cánceres, refiriéndose fundamentalmente al carcinoma de próstata y gástrico. Autores como Thomson⁷ indican que las radiaciones aplicadas en la pared anterior del tórax, generalmente administradas por procesos tímicos, pueden ser responsables de la aparición de estas neoplasias. En este mismo sentido y en la asociación del cáncer de mama con otras neoplasias del organismo nos habla Yap⁸ en su trabajo, describiendo su opinión en el sentido de que referente al cáncer de próstata, la utilización de la hormonoterapia estrogénica y posiblemente la aparición del cáncer de mama del varón. No en vano dentro de nuestra estadística existen 2 casos de esta asociación.

Destaca en nuestra serie también como posible factor etiológico el alcohol y el tabaco, que consumidos en cantidades importantes y de una manera continuada durante mucho tiempo han podido reseñarse como posibles factores etiológicos, sobre todo cuando, como en nuestra serie, ambos hábitos existían conjuntamente. También la existencia de ginecomastia previa, así como enfermedades crónicas del tipo de la tuberculosis y la diabetes, fueron presentes en nuestros casos y también en los descritos en los de Axelson² y que hacen que de alguna forma debamos pensar en ellos como posibles factores etiológicos.

En lo que a la clínica se refiere, el síntoma principal es el tumor, lo cual coincide con la mayoría de las series consultadas.^{1, 2, 3, 4} El nódulo, que es duro y tempranamente infiltra estructuras supra e infraadyacentes, afecta con relativa prontitud a la piel y aréola, oca-

sionando el dolor, que es un síntoma importante y casi constante. La telorrea sanguinolenta también es relativamente frecuente y muchas veces con citología positiva en el estudio microscópico de esta secreción. Otros síntomas que aparecen con relativa frecuencia son la retracción del pezón, la ulceración y la coexistencia del tumor con una ginecomastia previa. La aparición de síntomas generales, como la anemia, adinamia, astenia, hipoproteinemia, etc., estaría presente generalmente en pacientes con metástasis y enfermedad generalizada.

En la exploración semiológica encontramos un nódulo duro, adherido con frecuencia y que también suele invadir aréola y tegumentos. En la serie de Axelson² existían en el 60% adenopatías palpables, de las cuales sólo un 20% resultaron después de la extirpación positivas. En la serie de este autor también destacan en un 8% de los casos las metástasis a distancia, factor que siempre hemos de investigar y que generalmente afecta a huesos y pulmón.

La edad predomina entre la quinta y sexta décadas para la mayoría de los autores;⁶ sin embargo, el tiempo de evolución ha sido muy variable y en nuestra serie en la mayoría de los casos el diagnóstico ha sido relativamente temprano, ya que casi en la mitad de los casos la evolución era menor de los 6 meses.

El diagnóstico diferencial es importante de tener en cuenta, ya que muchos de estos pacientes suelen ser etiquetados como portadores de eczemas de pezón o ginecomastias, cuando en realidad se trataba de carcinomas. Hoy disponemos de un arsenal diagnóstico muy completo que hace fácil poder realizar esta diferenciación.

En lo que al curso se refiere es necesario tener en cuenta cómo el pequeño tamaño de la glándula en el varón hace que el tumor aun siendo pequeño invada tempranamente la piel y aréola, con una afectación precoz de la axila.

Todos estos datos hacen del cáncer de mama del varón una enfermedad de pronóstico grave. El éxito del tratamiento va a depender fundamentalmente de un diagnóstico temprano y tratamiento precoz. Autores como Axelson preconizan una cirugía radical con amplia exéresis de la piel que luego será sustituida por un injerto si es necesario.² Haagensen⁶ piensa que muchas de las recidivas se deben precisamente a una exéresis demasiado económica de la piel. Ante esta eventualidad parece que todos los autores son partidarios de una exéresis dérmica amplia. La disección axilar

será siempre total, única forma de que pueda ser diagnóstica, pronóstica, clasificadora y terapéutica, señalizando siempre los 3 niveles ganglionares de BERG.

El tratamiento complementario hoy día está formado por la administración de radioterapia sobre esa zona y axila y quimioterapia en caso de axila positiva. La hormonoterapia es conveniente, siendo prácticamente siempre aditiva, aunque autores como Axelsson² y Treves⁹ propugnan la hablativa y dentro de ésta la orquidectomía, sobre todo en caso de cánceres generalizados y de recidivas,^{10, 11} con lo que consiguen buenos resultados.

Estas técnicas terapéuticas conservadoras son muy loables, sobre todo en casos muy avanzados en que sería imposible actual y quirúrgicamente.¹² Otros tratamientos complementarios serían los corticoesteroides utilizados con éxito en la mitigación de síntomas dolorosos, el estilbestrol, que puede dar regresiones en enfermedad diseminada y también los antiestrógenos.

Continuamos pensando que es por encima de los 10 años cuando de verdad podemos valorar los resultados obtenidos sobre esta enfermedad. Creemos que existe un factor hereditario y constitucional, con antecedentes de cáncer de mama en mujeres y hombres de la familia, que el alcohol y el tabaco son agentes que pueden influir, sobre todo cuando coexisten ambos y de una manera continuada como importante, presentes como hábito en el paciente. La aparición de cáncer de próstata y el tratamiento que da lugar a un hiperestrogenismo constituye también un factor etiológico importante. Por último, las erosiones, traumatismos continuados, infecciones crónicas y eczemas dan lugar a una irritación mantenida y siempre muy peligrosa. De cualquier forma, con el diagnóstico precoz y un tratamiento correcto no tienen por qué verse con pronóstico oscuro a estos sujetos, pues tenemos hoy armas eficaces en la lucha contra esta enfermedad, cuya frecuencia parece actualmente estar aumentando independientemente de la mejor educación sanitaria y el arsenal diagnóstico disponible.

RESUMEN

Basándose en la experiencia de 20 casos de cáncer de mama masculino tratados, los autores analizan los datos que creen más importantes dentro de esta enfermedad. La incidencia de estos tumores masculinos dentro de una casuística de cerca de 2.000 casos de

cánceres mamarios femeninos, nos dan la frecuencia de un 1% del cáncer de mama masculino respecto al de la mujer. Son en nuestra casuística considerados factores de riesgo los antecedentes de cáncer de mama en familiares directos, la coexistencia de alcohol y tabajo, la diabetes y la tuberculosis. Llama la atención la alta incidencia de cánceres masculinos asentados sobre ginecomastias y la presencia de bilateralidad en estas ginecomastias y también en un caso de carcinoma de varón en nuestra serie. Se clasifican estas neoplasias y se encuadran en la clasificación TNM, detallándose los principios tácticos sobre los que nos hemos basado para realizar las distintas técnicas quirúrgicas practicadas. Igualmente se comentan los tratamientos complementarios hechos con radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, para finalmente detallar los resultados obtenidos con un 55% de fallecimientos debidos a que en un 10% de los casos se negaron a la práctica de tratamiento quirúrgico y en los otros por el avanzado estado de la enfermedad. Permaneciendo vivos el resto de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Jorda M et al. Carcinoma de mama en el hombre. *Cir Esp* 1974; 28, 5: 453-460.
2. Axelsson J. Cancer of the mole breast. *World J Surg* 1983; 7: 281-287.
3. Schwartz RM et al. A estudy of familial male breast carcinoma and a snord report. *Cancer* 1980; 46: 2697.
4. Green WW, Howard NJ. Relation of trauma to lesions of the male breast. *Am J Surg* 1953; 85: 431.
5. Traves N, Holleb NI. Cancer of the made breast a report 146 cases. *Cancer* 1955; 8: 1239.
6. Haagensen CD. Enfermedad de la mama. Buenos Aires. Editorial Beta 1973; 2.ª ed.
7. Thomson DK, Li FP. Breast cancer in a man. 30 years after radlation for metastatic osteogenic sarcoma. *Cancer* 1979; 44: 2362-2365.
8. Yap HY. Male breast cancer, a natural history study. *Cancer* 1979; 44: 748-754.
9. Treves N. Xastration as therapeutic measure un cancer of the male breast. *Cancer* 1949; 2: 191.
10. Friedman MA, et al. Estrogen reaptor in mal breast cancer. *Cancer* 1981; 47: 134.
11. Everson RB, Lippman EB, McQuire WL et al. Clinical correlative of sterolide mepton an male breast cancer. *Cancer Res* 1980; 49: 991.
12. Kraybill WG et al. Treatment of advamend male breast cancer. *Cancer* 1981; 47: 2185.
13. Axelsson J et al. Cancer of the male breast. Sweden. *World J Surg* 1983; 281-287.
14. Treves N, Holler AL. Cancer of the male breast. *Cancer* 1955; 8: 1239.
15. Wolloch Y, Dintzman M. Primary Carcinoma of the Male Breast. *Am J Surg* 1973; 125: 628.