

A. Sanjuán Benito,  
A. García Villanueva,  
E. Ferrero Herrero,  
F. González Palacios\*,  
J. Muñoz\*\*,  
R. Rojo Blanco,  
J. M. Fernández Madrid

## Cáncer precoz de mama en el varón

### SUMMARY

*Breast cancer in male is a very rare tumor and its diagnosis is frequently late, above all due to the delay in consulting by physician. The outcome seems to be worse than in women at least for patients in stage II-N°. Adjuvant therapy does not as many possibilities as for women. Hormonal manipulation is effective in patients with systemic metastases. Early diagnosis, the only way to improve its prognosis, is difficult owing to the characters of male breast, a poor definition of risk factors, except in the case of Klinefelter's syndrome and the lack of awareness of its existence on the part of both the patients and the physicians.*

*Health education programs and information about the importance of early diagnosis of breast cancer should be directed to men as well as to women. Physicians ought to know that thelorrhagia could be an early sign of breast cancer in men, with a greater specificity than in women and that a breast lump in male breast could be considered highly suspicious for malignancy.*

*We present in this paper a case of early male breast carcinoma. Thelorrhagia was the first clinical sign in this patient.*

Departamento de Cirugía General y Digestiva.

\* Departamento de Anatomía Patológica.

\*\* Departamento de Radiología. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:  
Dr. A. García Villanueva.  
Departamento de Cirugía General y Digestiva.  
Hospital Ramón y Cajal.  
Carretera de Colmenar, km 9,100.  
28050 Madrid.

*Palabras clave*

*Cáncer de mama masculino, Telorrhagia, Diagnóstico precoz.*

*Key words*

*Breast cancer in male, Thelorrhagia, Early diagnosis.*

### INTRODUCCION

El diagnóstico precoz o temprano del cáncer de mama representa la mejor oportunidad de mejorar el pronóstico de este tumor y de poder ofrecer una terapéutica quirúrgica menos mutilante. En este sentido se han dirigido las campañas de divulgación y de educación sanitarias, así como los procedimientos diagnósticos. Casi sin excepción los esfuerzos se han dirigido hacia el diagnóstico precoz del cáncer de mama en la mujer, minimizando esta posibilidad en el hombre.

El cáncer de mama en el varón es poco frecuente, representa el 1% de todos los cánceres de mama y entre el 0,38-1,5% de todos los cánceres del varón.<sup>1,2,3</sup>

El diagnóstico se produce habitualmente de forma

tardía y su pronóstico considerado de forma global es, en opinión de algunos autores, peor que el de la mujer.<sup>1,5,15</sup> El tratamiento quirúrgico, hasta hace poco tiempo, era la mastectomía radical tipo Halsted.<sup>1,4,6</sup> Entre otras razones, podría contribuir al pronóstico pesimista, la rareza de la enfermedad, la tardanza en consultar al médico, la escasa información sobre esta neoplasia por parte de la población general y finalmente el relativo desconocimiento por parte de los médicos.

Presentamos el caso de un varón con un carcinoma de mama diagnosticado precozmente al que se ofreció un tratamiento quirúrgico menos mutilante que el habitual y al que se augura un excelente pronóstico. La telorrhagia fue el signo de presentación clínica.

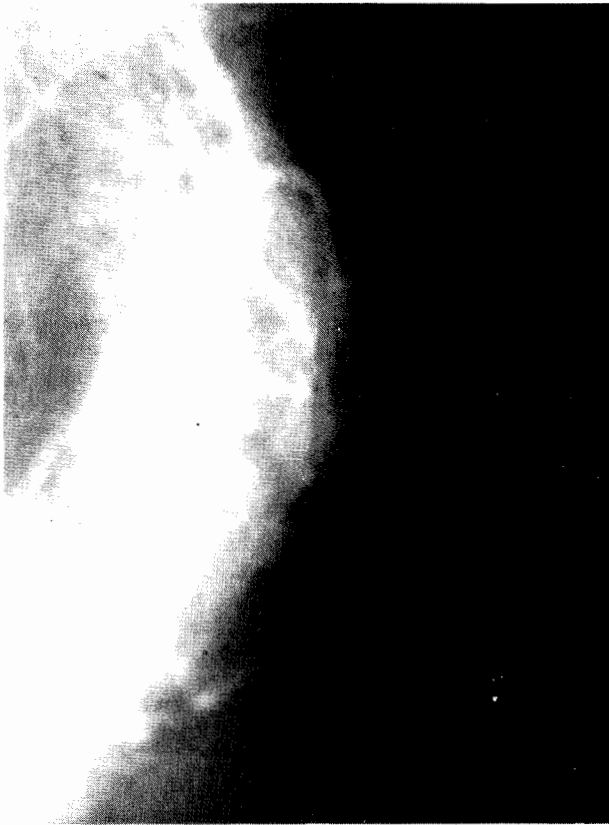


Fig. 1. Mamografía: Ginecomastia y microcalcificaciones.

## CASO CLINICO

Varón de 72 años, casado y sin hijos, que consulta por telorragia por el pezón izquierdo de 5 meses de evolución. Había sido previamente diagnosticado de TBC pulmonar y no presentaba en aquel momento signo alguno de actividad. No refería historia familiar de cáncer de mama.

En la exploración clínica destacaba una pequeña área de induración de 3-4 mm, mal definida, en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda, por fuera de la aréola. Al presionar sobre dicha área se producía telorragia. No existían modificaciones de la piel ni del pezón. El paciente presentaba discreta ginecomastia bilateral, más llamativa en el lado izquierdo. No se palpaban adenopatías axilares.

El estudio analítico de sangre y orina fue normal. En la radiografía de tórax se detectó una pérdida de volumen en el pulmón derecho, así como engrosa-

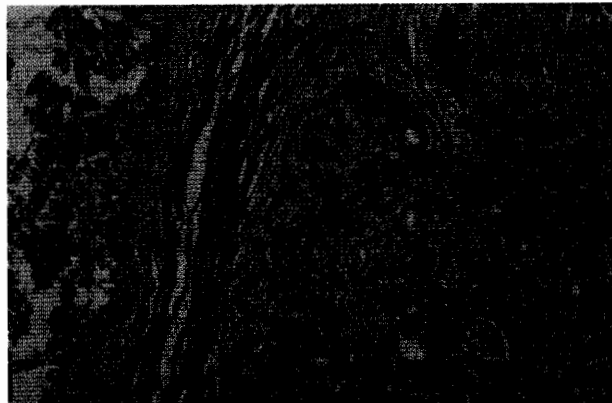


Fig. 2. Carcinoma no invasivo afectando a ductos con necrosis central (HE 40x).

miento y calcificación pleurales, todo ello considerado secuelas de TBC pulmonar. El estudio mamográfico reveló la presencia de una discreta ginecomastia derecha y en la mama izquierda, sobre una base de ginecomastia densa, se apreciaban múltiples microcalcificaciones, dispersas y de contorno irregular. El estudio citológico de la telorrea y de un aspirado del área de induración reveló células con caracteres de malignidad. El cariotipo 46XY correspondía con el masculino normal. Los valores de los marcadores tumorales CEA y MCA fueron de 3,27 ng/ml y de 10,53 U/ml, respectivamente. La gammagrafía ósea fue normal.

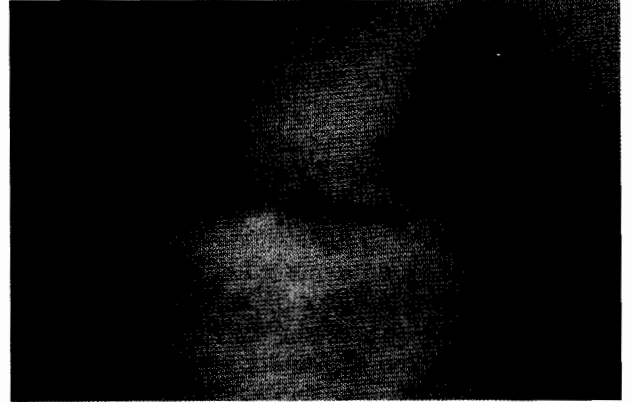
El paciente fue intervenido quirúrgicamente, realizándose una mastectomía total, con estudio intraoperatorio de la pieza, en el que se apreció una lesión difusa de aspecto cribiforme, que correspondía a un carcinoma probablemente intraductal, reservándose el diagnóstico definitivo hasta el estudio histológico diferido. Se completó la intervención con una linfadenectomía axilar de los niveles I y II.

El estudio histológico definitivo demostró en la pieza un carcinoma ductal, mínimamente infiltrante, con predominio del componente intraductal de tipo comedo en la mayor parte del tumor, afectando a pequeños ductos (fig. 2). El componente invasivo (fig. 3) aparecía en forma de pequeños nidos con moderada anaplasia. No existían metástasis en ninguno de los 12 ganglios aislados. El estadio TNM del tumor fue T1 No Mo-estadio 1.

No pudieron determinarse, dadas las características difusas y multicéntricas de la lesión, los recepto-



**Fig. 3.** Ductos sólidos rellenos de células neoplásicas con mínima infiltración del estroma (HE 250x).



**Fig. 4.** Aspecto de la cicatriz quirúrgica tras la mastectomía.

res hormonales al no ser posible enviar una muestra adecuada de la lesión. El estudio mediante sistema de análisis de imagen (CAS-200, Becton-Dickinson) para cuantificar la tinción inmunocitoquímica de receptores hormonales (ER-ICA; PgR-ICA) demostró que el 61,23% del área nuclear estudiada en 10 campos microscópicos de 40x mostraba una intensa positividad al anticuerpo monoclonal empleado.

## DISCUSION

Muchos autores han considerado el pronóstico del cáncer de mama del varón peor que el de la mujer.<sup>1,5,7,9</sup> Algunas de las razones apuntadas para explicar este fenómeno son:

- Edad más avanzada en el momento del diagnóstico (edad media: 67 años). Sin embargo, cuando se ajusta por edades las diferencias en la supervivencia no son estadísticamente significativas.
- La localización central del cáncer de mama del varón (90% de los casos) y las características de la mama masculina que facilitarían la infiltración de la piel y la pared torácica, lo que contribuiría a un peor pronóstico.<sup>7</sup>
- La demora en el diagnóstico (media: 21 meses) con respecto a las mujeres.<sup>1,4,6</sup> Debido a este retraso el tamaño del tumor en el momento del diagnóstico es significativamente mayor (3,1 cm en la mujer frente a 4,2 en el varón),<sup>2,6</sup> con lo que aumenta la posibilidad de ulcera-

ción de la piel y de afectación de la pared torácica, máxime considerando el reducido volumen de la mama masculina. Se ha comunicado la existencia de una relación inversa entre retraso en el diagnóstico y la supervivencia de los pacientes.<sup>6</sup> Contribuyen a este retraso la escasa información sanitaria al respecto y los bajos índices de sospecha por parte del médico, la rareza del tumor y la escasez de criterios para determinar grupos de riesgo sobre los que realizar un seguimiento estrecho que permita un diagnóstico precoz.

De todos los pacientes con cáncer invasivo, entre el 60 y el 70% pertenecen a los estadios patológicos II y III,<sup>5</sup> del 50 al 60% presentan metástasis ganglionares axilares<sup>4,8</sup> y no es infrecuente la presencia de metástasis sistémicas en el momento del diagnóstico.<sup>2</sup>

Algunos autores consideran que el pronóstico es similar entre el hombre y la mujer si se comparan estadio por estadio,<sup>8,9</sup> aunque parece existir una supervivencia a los 10 años significativamente menor para el subgrupo de varones con ganglios positivos. La supervivencia a los 10 años sería como máximo del 10% para los varones, frente a una supervivencia mayor para las mujeres con afectación axilar.<sup>1,5</sup>

El diagnóstico en el estadio II-III presenta en el varón el inconveniente adicional de no disponer de una terapéutica adyuvante de eficacia similar a la disponible para la mujer.

Las causas y mecanismos etiopatogénicos del cáncer de mama masculino son tan poco conocidos como en el sexo femenino; sin embargo, se conocen

algunos factores de riesgo para esta neoplasia cuya detección puede permitir el diagnóstico precoz mediante el estudio de poblaciones de riesgo. En el varón los factores de riesgo son menos significativos que en la mujer, lo que dificulta el diagnóstico precoz basado en ellos, algunos de los cuales son comunes a ambos sexos; sin embargo, otros son específicos del varón (síndrome de Klinefelter).

La existencia de un tumor en la mama femenina respresenta el mayor factor de riesgo para el desarrollo de un tumor en la mama contralateral. Este hecho, sin embargo, no parece ser excesivamente significativo en el sexo masculino.<sup>1</sup>

Tampoco la historia familiar de cáncer de mama en miembros de la familia representa para los varones un factor de riesgo tan importante como en el sexo masculino. Se han descrito escasas familias con riesgo aumentado para desarrollar un tumor.<sup>10</sup>

Ha sido demostrada la influencia de las radiaciones como factor de riesgo en el cáncer de mama femenino. La susceptibilidad de la mama masculina a las radiaciones es desconocida, aunque el antecedente de radiación debe aumentar nuestra sospecha.

Existen algunos grupos de riesgo directamente relacionados con el cáncer de mama masculino, como son el síndrome de Klinefelter, en el que el riesgo de cáncer se aproxima al de la mujer<sup>11, 15</sup> y el representado por los pacientes con afectación hepática producida por la bilharziasis.<sup>12</sup> Otros factores involucrados, como la ginecomastia o la orquitis, son de significación dudosa, aunque la asociación de ginecomastia, desde el punto de vista microscópico, llega a alcanzar el 40%, sin poder establecerse una relación causa efecto.<sup>5</sup>

Las manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico son generalmente avanzadas. En más del 90% de los casos existe una tumoración dura, generalmente de localización retroareolar, con un tamaño medio de 3,5 a 4,1 cm, que con frecuencia infiltra o ulcera la piel y adenopatías palpables sospechosas de metástasis en el 50% de los casos.<sup>2, 14</sup>

La telorragia como único signo es poco frecuente (8-14%). Su presencia se asocia con un cáncer de mama con más frecuencia en el varón que en la mujer.<sup>1, 2, 3, 4, 6</sup> Se estima que en la mujer la telorragia se asocia con un tumor de mama en un 25% de los casos, mientras que en el varón la asociación tiene una frecuencia del 75%. Es importante resaltar que la telorragia puede estar entre los signos precoces del

carcinoma de mama del varón hasta en el 80% de los casos, por lo que es preciso tenerlo en cuenta como signo temprano, como ocurrió en el caso que presentamos.<sup>3, 13</sup>

La mamografía ayuda al diagnóstico, siendo el hallazgo de microcalcificaciones, como ocurrió en nuestro paciente, un hecho inusual.

En los últimos años el diagnóstico se hace en fases menos evolucionadas y es posible aplicar técnicas menos radicales que la mastectomía de Halsted, casi obligada hasta hace no mucho tiempo. En el momento actual la mastectomía radical modificada en sus múltiples variantes ofrece un mejor resultado estético y funcional, sin apreciar diferencias en cuanto a índices de supervivencia y recidiva local.<sup>5, 6</sup>

Algunos aconsejan la mastectomía total más radioterapia,<sup>2</sup> pero creemos, de acuerdo con Heller, que el tratamiento adecuado debe incluir la linfadenectomía axilar, sin olvidar la determinación de receptores hormonales, de gran valor si llegara a ser necesario el tratamiento hormonal. En nuestro caso se realizó sólo la linfadenectomía de los niveles I y II de la axila. El carácter mínimamente infiltrante y la ausencia de metástasis en los 14 ganglios aislados no aconsejaron realizar terapéutica quirúrgica o radioterapia adicional.

La cirugía es el arma terapéutica más importante en este tipo de cáncer del varón y se rige por los mismos principios que la del cáncer de mama en la mujer.

El diagnóstico precoz, aunque infrecuente, y el tratamiento adecuado del cáncer de mama del varón pueden lograr una supervivencia en el estadio I entre el 80 y el 100% a los 5 años y del 60 al 70% a los 10 años.

## RESUMEN

El cáncer de mama del varón es un tumor raro; su diagnóstico con frecuencia es tardío, sobre todo por la demora en consultar el médico y su pronóstico parece ser peor que el de la mujer, al menos para los pacientes en estadio II-N<sup>+</sup>. La terapéutica adyuvante no ofrece las mismas posibilidades que en la mujer y sí es eficaz la manipulación hormonal en caso de enfermedad metastásica sistémica.

El diagnóstico precoz, única manera de mejorar su pronóstico, presenta dificultades debido a las caracte-

terísticas de la mama masculina, a una definición menos precisa de los factores de riesgo, salvo en el síndrome de Klinefelter, y a una menor concienciación sobre su existencia por parte de los pacientes y médicos.

Las campañas de educación sanitaria y de divulgación sobre el diagnóstico precoz del cáncer de mama deben incluir al varón. El médico debe conocer que la telorragia puede ser en él un signo precoz de cáncer de mama con mayor especificidad que en la mujer y que un nódulo en la mama de un varón debe ser contemplado potencialmente como un carcinoma y prodigar en él la biopsia.

#### REFERENCIAS

1. Crichlow RW. Breast cancer in male. *Breast* 1976; 2: 12-16.
2. Spence R, Mackenzie G, Anderson J, Lyons A, Bell M. Long term survival following male breast cancer in Northern Ireland. *Cancer* 1985; 55: 648-652.
3. Crichlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 134: 1011-1019.
4. Rezola Solaun R, Laka Antxustegui A, Arias-Camisión I, Michelena Echeveste MJ, García del Muro J. Cáncer de mama masculino: Estudio clínico-patológico de 17 pacientes. *Oncología* 1986; 9: 19-25.
5. Heller KS, Rosen PP, Schottenfeld, Ashikari R, Kinne PR. Male breast cancer: Clinico pathological study of 97 cases. *Ann Surg* 1978; 188: 60-65.
6. Hodson GR, Urdaneta LF, Al-Jurf AS, Jochimsen PR. Male breast carcinoma. *Ann Surg* 1985; 51: 47-49.
7. Vanderbilt PC, Warren SH. Forty years experience with carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 133: 629-633.
8. Van Geel AN, Van Slooten EA, Maurunac M, Hart A. A retrospective study of male breast cancer in Holland. *Br J Surg* 1985; 72: 724-726.
9. Slack RW. The survival rate of men with carcinoma of the breast. *Br J Surg* 1975; 62: 963-966.
10. Kozak FJ, Hall JG, Bairo P. Familial breast cancer in males. *Cancer* 1986; 58: 2736-2739.
11. García Sánchez A, García Villanueva A, Redondo C. Lobular carcinoma of the breast in a patient with Klinefelter syndrome. *Cancer* 1986; 57: 1181-1183.
12. Franco Montoro A. Cáncer de mama en el varón. En: *Cáncer de mama. Avances en diagnóstico y tratamiento*. León, Ed. J. Díaz-Faes, 1990; 221-227.
13. Seltzer M, Perloff L, Kelley R, Fitts W. The significance of age in patients with nipple discharge. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131: 519-521.
14. Sierra García A, Delgado MA, Moreno de Castro A, Fraguera JA, López MA et al. Cáncer de mama en el varón. Consideraciones a propósito de 12 casos. *Cir Esp* 1989; 46: 532-536.
15. Alonso A, Melguizo F, Santos JA, Pérez G. Cáncer de mama en el varón. Revisión de 33 casos. *Oncología* 80, 1983; 6: 29-35.