

J. Carvajal Balaguera,
M. Salvador Fernández,
R. Sánchez Estella,
P. Gómez Maestro,
G. Monterde García,
I. Tello López,
L. Peña Gamarra,
S. Mallagray Casas

Servicio de Cirugía General
y del Aparato Digestivo.
Hospital Central Cruz Roja
Española.
28007 Madrid.

Correspondencia:
J. Carvajal.
Télliez, 30, escalera 12, 2.ª, p-3.
28007 Madrid.

Telorrágia como presentación precoz del cáncer de mama en el varón

Thelorrhagia as an early sign of breast cancer in males

Señor director:

El carcinoma de mama en el varón (CMV) en estadios incipientes es un hecho excepcional. Del 60 al 70%¹ de los enfermos consultan cuando la enfermedad está localmente avanzada y no es rara la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico.

Habitualmente (90%)² se presenta como una masa indolora bajo el complejo areola pezón, pudiendo acompañarse de retracción del pezón, ulceración y secreción. Estos cambios en la morfología del complejo areola-pezón son tempranos debido a la proximidad de los ductos mamarios a la superficie cutánea. Sin embargo, la existencia de secreción sanguinolenta sin tumor palpable como único síntoma constituye un hallazgo francamente raro.

Presentamos el caso de un CMV diagnosticado precozmente, cuyo único síntoma de presentación fue el de telorrágia. Se trata de un paciente varón 44 años de edad con antecedentes de secuelas en miembro inferior derecho de poliomielitis en la infancia, quemaduras por congelación en miembro inferior izquierdo, luxación traumática de hombro derecho y operado de fractura de rodilla izquierda. El padre murió de cáncer de mama. Acudió a la consulta por presentar secreción sanguinolenta a través del pezón izquierdo de 3 días de evolución sin otro síntoma asociado. Mama izquierda: inspección y palpación normales. La expresión de la región retroareolar producía una secreción sanguinolenta uniorificial. La citología fue negativa. La mamografía mostró una de

imagen de masa con microcalcificaciones en su interior (fig. 1). Ante la sospecha de papiloma intraductal se hizo mastectomía subcutánea. La biopsia intraoperatoria fue negativa para malignidad. Posteriormente el estudio histológico de toda la pieza quirúrgica mostró un carcinoma papilar microinfiltrante de mama grado I de Bloom-Richardson, por lo que se realizó una nueva intervención, practicándose vaciamiento ganglionar axilar. No se evidenció infiltración tumoral en ninguno de los 15 ganglios extirpados. El estudio de extensión (radiografía de tórax, ecografía hepática, rastreo óseo isotópico y marcadores tumorales) fue negativo. Los receptores estrogénicos fueron

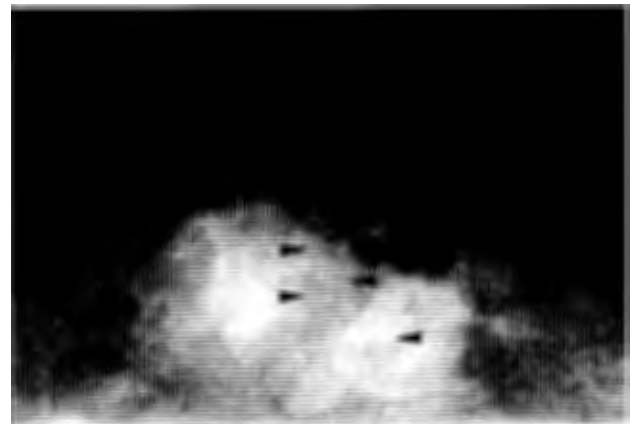


Fig. 1. Mamografía izquierda: Imagen de masa multilobulada conteniendo en su interior múltiples microcalcificaciones de aspecto lineal y agrupadas (flechas).

positivos. El estadio postquirúrgico fue I (T1aN0M0). Como pauta adyuvante se indicó hormonoterapia con tamoxifén, 20 mg/24 h/vida. La evolución fue favorable y el enfermo se encuentra libre de recidiva local y/o metástasis a los 2 años de la intervención.

La incidencia del CMV es mucho menor que en la mujer. Representa el 1% de todos los cánceres de mama. No obstante, esta tasa varía con las regiones, desde el 0,7% en Irlanda³ al 6% en Egipto.⁴ Constituye entre el 0,38 al 1,5% de todos los cánceres del varón.⁵ La incidencia de bilateralidad es muy baja, estimándola Van Tests et al.⁶ en 14 de cada 1.000 casos (0,014%). El pico de incidencia se sitúa entre los 65 y 69 años de edad (casi una década mayor en el varón que en la mujer), aunque puede encontrarse también en la segunda década de la vida.

La causa última del cáncer de mama en el varón es desconocida; sin embargo, se describen algunos factores de riesgo:^{7,8} niveles elevados de hormonas estrogénicas, atrofia testicular, administración exógena de estrógenos, mutación en el receptor de andrógenos y exposición a la radiación, calor y campos magnéticos, síndrome de Klinefelter, ginecomastia y bilharziasis.

La existencia de un tumor maligno en la mama femenina representa el mayor factor de riesgo para desarrollar un cáncer en la mama contralateral. Sin embargo, en el varón este hecho no es significativo. Se calcula en 3% o menos el riesgo acumulativo para padecer un carcinoma sincrónico.

La historia familiar de cáncer de mama en miembros de la familia constituye en la actualidad motivo de múltiples estudios. Stratton et al.⁹ estudiando 22 familias encontraron un factor de susceptibilidad ligado al cromosoma 17q. En el caso que presentamos el padre murió de cáncer de mama.

Las manifestaciones clínicas del CMV 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 cm, que con frecuencia infiltra o ulcera la piel, y adenopatías palpables sospechosas de metástasis en el 50% de los casos,^{2,5} el 75% de los enfermos consulta por una masa no complicada,¹⁰ el 9% ulceración² y el 2% consulta por masa axilar.²

La telorrea como único síntoma es poco frecuente (8-14%).⁵ Sin embargo, su presencia se asocia con una lesión maligna con más frecuencia en el varón

que en la mujer. Se estima que en la mujer la telorrea se asocia a malignidad en el 25% de los casos, mientras que en el varón esta asociación asciende hasta el 75% de los casos.⁵ Es de resaltar que la telorrea está presente como signo precoz en el CMV en el 80% de los casos, por lo que su presencia debe despertar un alto índice de sospecha¹¹ como ocurrió en el caso que presentamos.

La mamografía se muestra muy útil en el diagnóstico de lesiones sospechosas. En el mamograma, una imagen de masa areolar de bordes mal definidos con o sin retracción de la piel es sospechosa de carcinoma. Las microcalcificaciones están presentes en el 30% de los casos y son signos claros de malignidad¹⁰ como ocurrió en nuestro enfermo.

La citología tanto por punción aspiración como del extendido de la secreción se muestra también muy útil en la pesquisa diagnóstica; sin embargo, la negatividad no descarta la malignidad¹¹ como así ocurrió en el caso que describimos. Obviamente el diagnóstico definitivo viene dado por el estudio histológico de la lesión en su totalidad.

El factor pronóstico más significativo es la afectación axilar. No obstante, la presencia de receptores estrogénicos, el tipo y grado histológico son factores también de importancia pronóstica.

Muchos autores^{1, 2, 5, 10, 12} consideran que el pronóstico del CMV es peor que el de la mujer debido a la rareza del proceso, bajo índice de sospecha por parte del médico, escasa información sanitaria, ausencia de claros factores de riesgo que permitan un diagnóstico precoz, el menor tamaño de la mama que facilita la infiltración de la piel y la pared torácica y, finalmente, la demora en el diagnóstico (media: 21 meses) con respecto a las mujeres, lo que conlleva a que el tamaño del tumor en el momento del diagnóstico sea mucho mayor (3,1 cm en la mujer en relación a 4,2 en el varón).

REFERENCIAS

1. Heller KS, Rosen PP, Schottenfeld D, Ashikari R, Kinne DW. Male breast cancer: A clinicopathological study of 97 cases. *Ann Surg* 1978; 188: 60-65.
2. Yap HY, Tashima CK, Blumenschein GR, Eckles NE. Male breast cancer. A natural history study. *Cancer* 1979; 44: 748-754.
3. Spence RA, Mackenzie G, Anderson JR, Lyons AR, Bell M. Long-term survival following cancer of the male breast in Northern Ireland. A report of 81 cases. *Cancer* 1985; 55: 648-652.

TELORRAGIA COMO PRESENTACION PRECOZ
DEL CANCER DE MAMA EN EL VARON

4. El Gazayerli MM, Abdel-Aziz AA. On bilharziasis and male breast cancer in Egypt. A preliminary report an review of the literature. *Brit J Cancer* 1963; 17: 566-571.
5. Sanjuán Benito A, García Villanueva A. Cáncer precoz de mama en el varón. *Rev Senología Patol Mama* 1993; 6: 191-195.
6. Van Tests WF, Leenen LP, Roukenen JA, Pijpers PM. Bilateral primary breast carcinoma in a man. *Neth J Surg* 1990; 42: 158-160.
7. Lobaccaro JM, Lumbroso S et al. Androgen receptor gene mutation in male breast cancer. *Hum Mol Genet* 1993; 11: 1799-1802.
8. Rosenbaum PF, Vena JE, Zielezny MA, Michalek AM. Occupational exposures associated with male breast cancer. *Am J Epidemiol* 1994; 1: 30-36.
9. Stratton MR, Ford D et al. Familial male breast cancer is not linked to the BRCA locus on chromosome. *Nat Genet* 1994; 1: 103-107.
10. Rosen PP, Oberman HA. Atlas of tumor pathology. Tumors of the mammary gland. Carcinoma of the male breast. Fascicle 7. Third series. Washington D. C., AFIP (Armed Forces Institute of Pathology) 1992; 287-291.
11. Seltzer M, Perloff L, Kelley R, Fitts W. The significance of age in patients with nipple discharge. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131: 519-521.
12. Hecht JR, Winchester DJ. Male breast cancer. *Am J Clin Pathol* 1994; 4 (suppl. 1): 25-30.

Nota al editor de Dow Corning sobre el estudio de la Universidad de Harvard

Un nuevo estudio indica que no existe relación entre los implantes mamarios de silicona y enfermedades del tejido conectivo. Este estudio ha sido realizado por la Universidad de Harvard y publicado por el *New England Journal of Medicine*.

POR QUE ES IMPORTANTE EL ESTUDIO

El estudio sobre la salud de las enfermeras de la Universidad de Harvard es el decimoctavo informe publicado en los últimos 3 años que indica que no existe una relación entre los implantes mamarios de silicona y enfermedades del tejido conectivo.

Dos aspectos distinguen al estudio de la Universidad de Harvard del resto:

1. Se trata de un estudio muy amplio que abarca a más de 80.000 mujeres, 40 veces mayor que el estudio de Mayo Clinic*, que tampoco encontró una conexión entre los implantes mamarios de silicona y estas enfermedades. Se trata del estudio más amplio realizado hasta la fecha sobre los implantes mamarios y enfermedades del tejido conectivo, y ha contado con un período de seguimiento mayor que cualquier otro estudio realizado sobre este tema.
2. El estudio abordó el estudio del tejido conectivo desde 2 orientaciones:
 - a) Los reconocidos habitualmente por la profesión médica.
 - b) Los signos, síntomas y análisis de laboratorio relacionados con enfermedades del tejido

de conectivo que son alegados cada vez más en las demandas ante los tribunales.

Esta cuestión es la base fundamental de las demandas legales y económicas relacionadas con los implantes mamarios que se han producido en los Estados Unidos contra Dow Corning y otros fabricantes de implantes mamarios de silicona.

El estudio de la Universidad de Harvard ha sido financiado por el Instituto Nacional de Salud estadounidense.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS FUNDAMENTALES DEL ESTUDIO

Como media, las mujeres fueron supervisadas durante 9,9 años. Sin embargo, a algunas mujeres se les hizo un seguimiento de su historial médico de los últimos 40 años. Los implantes de silicona no estaban disponibles hace 40 años, por lo que las mujeres estudiadas con un implante desde ese período tenían prótesis de otros materiales.

Enfermedades del tejido conectivo

De las 87.501 mujeres del estudio, 516 han padecido enfermedades del tejido conectivo. De esas 516 mujeres, sólo 3 tenían implantes mamarios y sólo 1, un implante mamario de silicona.

Signos, síntomas o análisis de laboratorio

De las 87.501 mujeres del estudio, 904 presentaban uno de los 41 signos, síntomas o resultados de

* Woods JE, Arnold PG, Melad NB, Clay RP, Petty P, Bite U. Silicone gel breast implants. Mayo Clin. Proc. 1993; 68:

los análisis de laboratorio que se producen en las enfermedades del tejido conectivo. De estas 904, sólo 6 tenían implantes mamarios y de ellas, sólo 4 era de silicona.

DOW CORNING

La Corporación Dow Corning es el líder mundial de los fabricantes de materiales basados en la silicona. La compañía se fundó en 1943, como una «joint venture» de Dow Chemical Company y Corning Glass Incorporated.

En 1994, la facturación de la compañía fue de 2.204,4 millones de dólares. Dow Corning tiene 8.300 empleados y dispone de plantas de fabricación e investigación en los 5 continentes. La compañía comercializa 5.000 productos y cuenta con más de 45.000 clientes. Los productos de silicona de Dow Corning son empleados en grandes sectores económicos e industriales como la construcción y las industrias del automóvil, del papel y de la electrónica.

Dow Corning Europa se constituyó en 1966 y aho-

ra representa alrededor de una cuarta parte de las ventas de la compañía. En Europa, Dow Corning emplea a 1.700 personas y tiene plantas de producción en Bélgica, Francia, Alemania, Italia, España y el Reino Unido. Tiene también instalaciones de investigación y desarrollo en Bélgica, Francia, Alemania y el Reino Unido y oficinas comerciales en la mayor parte de los países de la Unión Europea.

El número creciente de demandas presentadas en Estados Unidos reclamando indemnizaciones como consecuencia de los presuntos daños causados por implantes mamarios de silicona a principios de los años noventa llevó a cerca de 60 compañías a aceptar en 1992 un Acuerdo Global para la Solución de las Demandas por Implantes Mamarios durante un período de 30 años. El acuerdo, actualmente en proceso de renegociación, pretende ofrecer a las mujeres una solución a sus demandas y no establece como condición previa que prueben la relación entre su enfermedad y los implantes mamario.

Para más información: Jaime Rodríguez. Edelman Comunicación. Teléfono 556 01 54. Fax: 556 05 57.