

M. Jiménez-Ayala*,
M. D. Díez-Nau*,
A. García Yanes**,
A. Alonso**,
J. Rodríguez Costa*,
C. Lacruz*,
J. Escalona*

Cáncer bilateral de mama del varón. Presentación de un caso

Male bilateral breast cancer. A case report

SUMMARY

We present a male bilateral breast cancer in which the second tumour was diagnosed by FNAC. The histologic features of the first neoplasia were intraductal carcinoma with two positive axilar lymph nodes. The second carcinoma presented an analogous histologic pattern but only a small intravascular tumour area found inside a large gynecomastia lesion. We review the bibliography of this infrequent association (one male bilateral breast carcinoma in every 10,000 carcinomas) and we briefly discuss the differential diagnosis.

*Departamento de Anatomía Patológica.
**Departamento de Oncología Médica.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Correspondencia:
M. Jiménez-Ayala.
Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Conde de Peñalver, 17.
28006 Madrid.

Palabras clave

Cáncer bilateral de mama, Punción aspiración con aguja fina, Citología.

Key words

Bilateral breast cancer, Fine-needle aspiration, Cytology.

INTRODUCCION

El cáncer de mama se presenta en el varón del 0,8 al 1% del total de cáncer de mama y de 1 por cada 100 casos en la mujer. Se diagnostica en edad más avanzada (media de 60,3 años), mientras en la mujer está en los 50 años (Fernández Chacón y Alonso¹, Azzopardi² y Jiménez Ayala³).

El cáncer bilateral en el varón incide en mínima proporción: 1,4% en 1.158 casos recogidos por Crichlow,⁴ la suma de series más amplia publicada hasta la fecha. Holleb et al.⁵ revisan los 198 casos de cáncer de mama en el varón del Memorial Hospital (1924-1964), encontrando 2 pacientes por cáncer bilateral simultáneo y 3 en los que apareció un nuevo cáncer en la mama contralateral, lo que hace un 2,5% (5 pacientes), que sigue siendo inferior al porcentaje en mujer. En la misma institución, Heller et al.⁶ encuentran 97 cánceres de mama en varón entre los años 1949 y 1976 y 5 pacientes con cáncer bilateral, uno de ellos con cáncer sincrónico. Dado que los años 1949 a 1964 se superponen en ambas series, algunos de los cánceres bilaterales son referidos en los 2 estudios.

Wainwright⁷ en 330 casos encuentra 3 bilaterales (1%). Uriburu y Mclean⁸ presentan un carcinoma bilateral en varón, cuyo segundo carcinoma de tipo Paget apareció a los 14 años de mastectomía contralateral, también por enfermedad de Paget.

La mayoría de las revisiones encuentran que el cáncer bilateral en el varón está alrededor del 1% y como a su vez se observa 1 cáncer en varón por cada 100 en mujer, sólo aparecerá 1 carcinoma bilateral en el hombre de cada 10.000 carcinomas diagnosticados en mujeres.

Por otra parte, el riesgo de cáncer primario en mama contralateral en la mujer es 5 veces superior al que se presenta en la población general. Este hecho y el que la evolución del tumor en el hombre es más rápida y su aparición más tardía que en la mujer y, por tanto, hay menos tiempo para un segundo cáncer, justifica la menor incidencia en el varón que en la mujer del cáncer bilateral de mama, que oscila entre el 5,8% (Haagensen¹) y 14,2% (Stevens y Veigen⁹).

La excepcional incidencia del cáncer de mama bilateral del varón, junto a las dificultades del diagnóstico diferencial que a menudo entrañan determinados

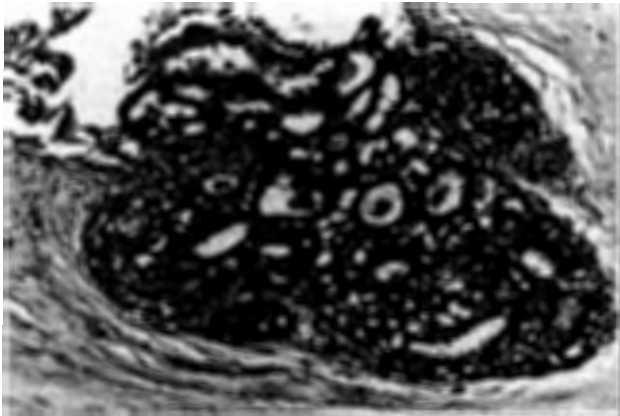


Fig. 1. Histopatología de primera mastectomía. Carcinoma intraductal no infiltrante.



Fig. 2. Ganglio axilar metastásico de primera mastectomía.

pacientes como el nuestro, nos ha motivado a presentar nuestro caso.

CASO CLINICO

Paciente de 70 años. Primer síntoma: julio de 1987. Tumoración mamaria derecha, dura y no dolorosa.

Tumorrectomía el 23 de octubre de 1987 (Burgos), con informe AP de tumor epitelial (posible adenocarcinoma).

En noviembre de 1987 acude al Servicio de Oncología Médica de nuestro hospital presentando tumoración en mama derecha de 2 x 3 cm. Axila derecha con adenopatía de 2 cm, dura y clínicamente positiva.

El 2 de diciembre de 1987: mastectomía radical derecha. Informe anatomopatológico: parénquima mamario fibroso sin apenas acinis, en el que se identifican en la zona más indurada conductos mamaros aumentados de tamaño con una proliferación epitelial que origina un patrón arquitectónico intraductar cribiforme sin observarse a ningún nivel infiltración del estroma fibroso vecino.

De 7 ganglios axilares, 2 aparecen colonizados por la neoplasia epitelial.

Diagnóstico

Parénquima mamario con focos de carcinoma intraductal no infiltrante.

Metástasis axilares en 2 de los 7 ganglios linfáticos aislados.

El 19 de marzo de 1988 inicia Co-60 complementario, recibiendo una dosis de 50 Gy sobre lecho y cadenas.

En diciembre de 1988, a la exploración clínica: ginecomastia (mama izquierda), en situación retroaerolar tumoración de 2 cm adherida a pezón y mamografía, sin alteraciones.

PAAF en mama izquierda

Extendidos constituidos por grupos de células galactofóricas, de diferente extensión, que muestran discreta pérdida de la arquitectura, con núcleos aumentados de tamaño, moderada anisonucleosis y refuerzo de la membrana nuclear y algunos micronúcleolos.

No se evidencia diátesis tumoral. Se diagnostica como compatible con carcinoma de mama derecha.

El 18 de enero de 1989, mastectomía.

Informe anatomopatológico

Desde el punto de vista histológico se observan conductos tapizados por un endotelio hiperplásico y en el seno de un estroma fibroso con signos de edema.

En cortes seriados de la pieza se ha visualizado una imagen sugestiva de corresponder a permeaciones linfáticas por un carcinoma semejante al de la mama contralateral.

Diagnóstico

Ginecomastia con imágenes sugestivas de permeación linfática semejante al de la mama contralateral.



Fig. 3. Mama contralateral: mamografía sin alteraciones.

Mayo de 1989, revisión. No hay signos de recidiva locorregionales ni a distancia. Enfermo asintomático. No realiza tratamiento oncológico.

DISCUSION

Tanto en la mujer como en el hombre uno de los problemas importantes del cáncer de mama es el riesgo de afectación de la mama contralateral. Si los carcinomas de ambas mamas son claramente de diferente patrón histopatológico puede sospecharse que sus orígenes son diferentes. Pero, a menudo, son muy semejantes histológicamente y no se puede asegurar con certeza si es distinto o no su origen.

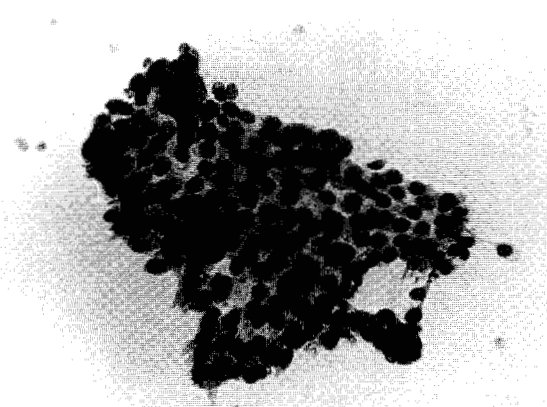


Fig. 4. PAAF mama contralateral: anisonucleosis, refuerzo de la membrana nuclear y mononucleolos.

Haagensen¹ clasifica al carcinoma de la segunda mama como nuevo tumor primario cuando no hay evidencias de diseminación local del carcinoma de la primera mama a través de la línea media del tórax hacia la segunda mama.

Ya hemos comentado la extraordinaria rareza del cáncer bilateral de mama en el varón, siendo posiblemente nuestro caso el primero que se comunica en nuestro país, con la información a nuestro alcance.

Hay otros hechos llamativos en nuestro paciente. Como indicamos en la descripción, el primer cáncer tiene histológicamente un patrón intraductal, pero con 2 ganglios axilares colonizados. El segundo carcinoma tenía una arquitectura semejante al primero, pero sólo posible identificarle en una pequeña zona de colonización intravascular, dentro de una extensa

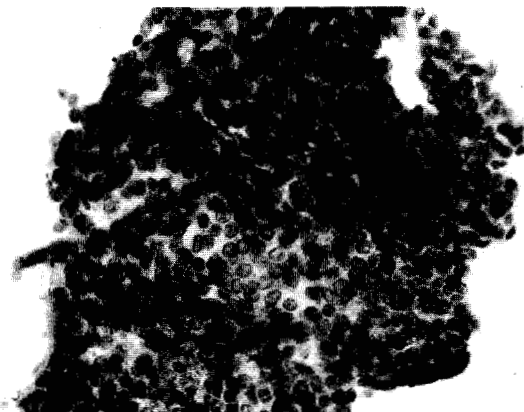


Fig. 5. PAAF mama contralateral: pérdida de arquitectura de la placa glandular.

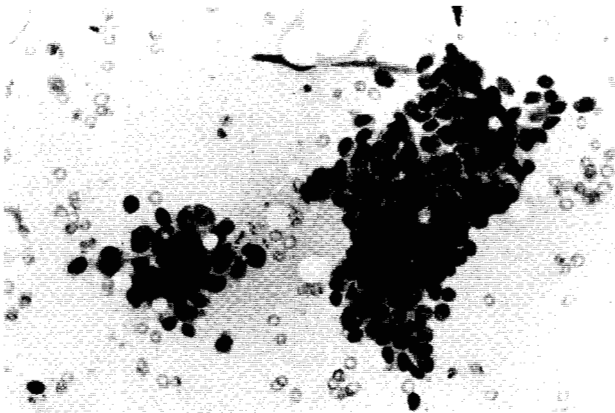


Fig. 6. PAAF hiperchromasia, anisonucleosis y tendencia a la disociación celular.

masa de ginecomastia, lo que justifica el hallazgo negativo en la biopsia intraoperatoria, la mastografía negativa y la eficacia diagnóstica en este caso de la PAAF, que fue la clave diagnóstica.

Dos circunstancias importantes complicaban nuestro caso: la radiación recibida después de la primera mastectomía 5 meses antes de la PA y el ser portador de una ginecomastia. Marcadas atipias celulares en un paciente con ginecomastia (hiperplasia fibrocanaicular mamaria) tratado con quimioterapia motivaron un diagnóstico citológico falso positivo a Koss¹⁰ y otro falso positivo postradiación ha sido comunicado por P. de Agustín et al.¹¹ Tanto la radiación como la quimioterapia producen hiperchromasia y amoldamiento nucleares que hace difícil el diagnóstico.

Por otra parte, extendidos de ginecomastia pueden presentar estructuras papilares multiestratificadas que, en ausencia de células aisladas malignas, deben de evitarse de ser supervaloradas. Histológicamente, incluso, es probable encontrar lesiones borderline del carcinoma intraductal con la hiperplasia epitelial intensa (Jiménez-Ayala³). Staffor y Betsill¹² revisan 35 casos de ginecomastia estudiados por PAAF, encontrando en bastantes casos extendidos hipercelulares con placas faltas de cohesión y desorganización y moldeamiento nuclear que pueden motivar falsos diagnósticos de positividad.

Clínicamente orienta hacia el diagnóstico de ginecomastia el carácter sensible, la falta de fijación a planos profundos y superficiales y el desarrollo de la mamila y la areola (Viladiu et al.¹³).

Nuestro paciente suscita el referirnos al controverti-

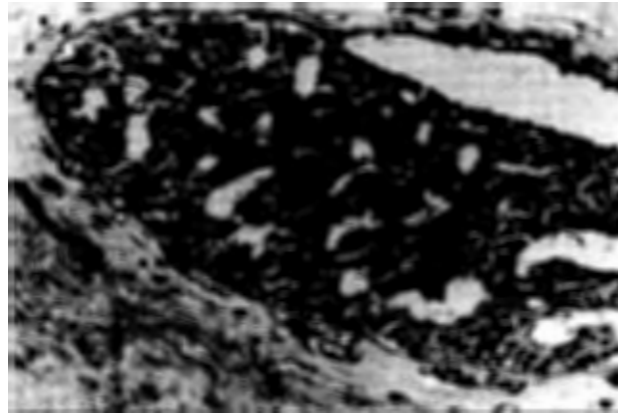


Fig. 7. Foco de carcinoma intraductal en mama contralateral.

do tema de la relación entre la ginecomastia y el cáncer del varón. No se ha establecido por un estudio epidemiológico contundente una relación entre la ginecomastia y el cáncer del varón (Jiménez-Ayala²). Mientras se ha encontrado ginecomastia en más del 20% de carcinomas (Meyskens¹⁴), lo que ha sugerido el etiquetarla como lesión precancerosa (Heller et al.⁶), apenas si se identifica en las series del Memorial Hospital (McDivitt¹⁵) y en la mayoría de las series de ginecomastia no hay evidencia de que el carcinoma se incremente en incidencia (Sirtori y Veronesi¹⁶, Bernheim¹⁷). Gran parte del cáncer mamario se desarrolla en hombres donde la ginecomastia está ausente o sin actividad (Norris y Taylor¹⁸).

Finalmente, el hecho de que nuestro caso tuviese en el primer cáncer una forma intraductal, aunque

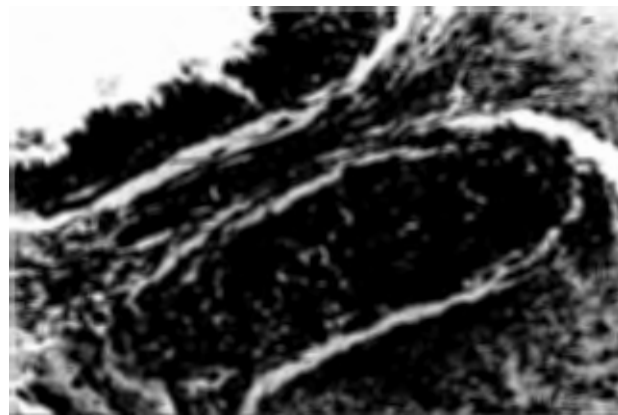


Fig. 8. Colonización de linfático mamario en mama contralateral.

atípica por su presentación con colonización linfática y bilateralidad, nos hace recordar que en el varón también existen formas incipientes no infiltrantes, pero en mucha menor incidencia que en la mujer, debido al diferente desarrollo y tamaño del órgano, lo que permite a la mujer tener mucho tiempo un tumor intraglandular sin infiltrar las texturas próximas (Tejerina González y Tejerina Gómez¹⁹).

RESUMEN

Se presenta un caso de carcinoma bilateral de mama en varón, donde la clave diagnóstica en el segundo carcinoma fue la PAAF. El diagnóstico histopatológico del primer tumor fue de carcinoma intraductal con 2 ganglios axilares colonizados, y en el segundo, de semejantes características histológicas al primero, sólo pudo identificarse una zona de colonización intravascular en el seno de una ginecomastia.

Se revisa la literatura de esta infrecuente presentación (un carcinoma bilateral en varón por cada 10.000 carcinomas) y se comenta el diagnóstico diferencial del proceso.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Florencio Tejerina, pionero y maestro de la patología mamaria, por sus enseñanzas y por la colaboración bibliográfica en el presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Fernández-Chacón C, Alonso Muñoz A, García Yanes A, García Alfonso P, Arranz Arija JA, Meana García

- JA, Pérez Manga G. Cáncer de mama del varón: revisión de 49 pacientes. *Oncología*. 1991;14:37-45.
2. Azzopardi JG. *Problems in breast pathology*. London: WB Saunders Co Lt, 1979:322-376.
3. Jiménez-Ayala M, Rodríguez Costa J, Lacruz C, Esteban Casado ML, Nanni Bassi A, Tamayo Pozo I, González Núñez M. Citopatología de la glándula mamaria del varón. *Citología*. 1989;11:103-112.
4. Chrichlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynec Obstet*. 1972;134:1011-1018.
5. Holleb AJ, Freeman, Farrow JM. Cancer of male breast Part II. *NY State S Med*. 1968;656-661.
6. Heller KS, Rosen PP, Schottenfeld D, Ashikari R, Kinne DW. Male breast cancer. A clinical pathologie study of 97 cases. *Annals of Surgery*. 1978;188:60-65.
7. Wainwright JM. Carcinoma of the male breast. *Arch Surg*. 1927;14:836.
8. Uriburu JV. *La mama. Estructura, patología, diagnóstico y tratamiento*. Argentina: Ed. Científico, 1957:1103.
9. Stevens GM, Weigen JF. Survey mammography as a case finding method routine and post-mastetomized patients: a 5 year study. *Cancer*. 1969;24:1201-1969.
10. Koss LG, Woyke S, Olszewski W. *Biopsia por aspiración. Interpretación citológica y bases histológicas*. Buenos Aires: Ed. M. Panamericana, 1988:129-132.
11. Agustín P et al. *Ginecomastia con cambios celulares inducidos por quimioterapia. Consideraciones sobre el diagnóstico citológico por PAAF*. Reunión SEAP, 1989.
12. Stafford JR, Betsill WL. Fine needle aspiration cytologic diagnosis of ginecomastia. The Medical University of South Carolina Experience, 1980 to 1985. *Acta Cytol*. 1985;29:948.
13. Viladiu P, Gustavo J, Alonso MC. Cáncer de mama en el varón. *Anales del Hospital de Santa Cruz y San Pablo*. 1973;3:293-296.
14. Meyskens FL, Tormey D, Neifeld JP. Male breast cancer: a review. *Cancer Treat Rev*. 1976;3:83-93.
15. McDivitt RW, Steward FW, Berg JW. *Tumors of the breast*. Atlas of tumor pathology, second series. Fascicle 2. Washinton DC. Armed Forces Institute of Pathology, 1968;13:106-110.
16. Sirtori C, Veronesi J. Ginecomastia. A review of 218 cases. *Cancer*. 1975;10:645-654.
17. Bernheim R. El cáncer de mama en el hombre. *La Nouvelle Presse Medical*. 1972;41:3755.
18. Norris HJ, Taylor HB. Carcinoma of the male breast. *Cancer*. 1969;23:1428-1435.
19. Tejerina González F, Tejerina Gómez A. *Tratamiento del cáncer de mama*. Barcelona: Salvat, 1986:286-288.