

M. Borrego*,
A. Oltra**,
S. Espinoza*,
B. Munárriz**,
S. Sancho-Fornos*,
C. Herranz**

Cáncer de mama en el varón: revisión de 27 casos

Breast cancer in males: a review of 27 cases

SUMMARY

Male breast cancer is an uncommon malignancy making up less than 1% of all breast cancers. A retrospective study from 1969 to 1997, found 27 male breast cancer patients that were treated in the Breast Unit of La Fe Hospital (Valencia). Men are generally older (median age 62) and have a more advanced stage than women at the time of diagnosis. Gynecomastia does not seem to be associated with the development of breast cancer. The majority of the carcinomas were of the infiltrating ductal type. The treatment algorithms used in breast cancer in women seem to be fully indicated in men too. The prognosis of these patients is the same in male and female patients when disease specific rates are compared so we want to point out the benefits of early diagnosis and the institution of therapy at a stage when cure may be possible.

*Servicio de Cirugía General I.
**Servicio de Oncología Médica.
Unidad de Mama. Hospital
Universitario La Fe. Valencia.

Palabras clave

Cáncer, Mama, Varón, Diagnóstico, Tratamiento, Pronóstico.

Key words

Cancer, Breast, Male, Diagnosis, Treatment, Prognosis.

Correspondencia:
M. Borrego Galán.
Avda. General Avilés, 49, pta 12.
460015 Valencia.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de cáncer de mama en el varón (CMV) la realizó el cirujano inglés John de Aderne en 1307. No obstante, no fue hasta el siglo XX cuando se publican las primeras series numerosas. El cáncer de mama en el varón es una enfermedad infrecuente que supone menos del 1% de todos los tumores malignos en el hombre.¹ En los últimos 20 años la incidencia prácticamente no se ha modificado.² Aunque no existen factores etiológicos claramente implicados en su aparición, parece existir relación con la historia familiar de cáncer de mama y con el ambiente estrogénico.³ La enfermedad neoplásica de mama en el varón se diagnostica en edades más avanzadas que el cáncer de mama femenino y por lo general en estadios más avanzados.^{1,2} La forma de presentación habitual es la de masa subareolar firme e indolora, cuya histología corresponde a un carcino-

ma ductal infiltrante. Las pruebas de imagen tienen un valor parcial y en la mayoría de los pacientes es la biopsia abierta la que permite obtener el diagnóstico.

En todos los casos es importante determinar la existencia de receptores para estrógenos y progesterona, pues el porcentaje de positividad alcanza el 80% en varones,⁴ prácticamente el doble que en las mujeres, lo cual tiene importantes implicaciones en el tratamiento adyuvante del tumor primario y de las recaídas.

Al igual que en la mujer, la actitud terapéutica se basa en cirugía locorregional seguida de quimioterapia y/o radioterapia y hormonoterapia según el estadio y estado de los receptores.

El objetivo de este trabajo es aportar la experiencia de la Unidad de Mama del Hospital Universitario La Fe de Valencia, en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes varones con cáncer de mama durante un período de 28 años.

MATERIAL Y METODOS

Se presenta una revisión retrospectiva de 27 varones diagnosticados y tratados de cáncer de mama en la Unidad de Mama del Hospital Universitario La Fe de Valencia. El período de estudio comprende desde enero de 1969 a octubre de 1997. De cada paciente se recogieron datos de filiación, antecedentes familiares y personales de cáncer de mama, características clínicas e histológicas del tumor, tratamiento y seguimiento.

El análisis de supervivencia de la serie se realizó mediante el método actuarial de Kaplan-Meier⁵.

RESULTADOS

La mediana de edad de los 27 pacientes fue de 62 años con un rango de 35-87. En tres casos (11,1%) existían antecedentes familiares de tumores de mama. En ningún caso existía ginecomastia previa a la aparición del tumor.

El síntoma más frecuente fue la presencia de una tumoración indolora (66,7%), seguido con menor frecuencia de alteraciones del pezón (7,4%), dolor (7,4%), telorragia (3,7%) y telorrea (3,7%). En dos casos los pacientes presentaron sintomatología derivada de la enfermedad metastásica, ósea y cerebral. El tumor se localizó con mayor frecuencia en el pezón en 17 casos (62,6%). En nueve pacientes (33,3%) estaba afecto el cuadrante superoexterno y en un caso el cuadrante inferointerno. La mama izquierda fue la más afectada (55,5%).

El intervalo de tiempo entre el primer síntoma y el diagnóstico de la neoplasia osciló entre 2 y 480 semanas, con una mediana de 27 semanas.

El tipo histológico de tumor más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante en 22 casos (81,5%). Dos tumores correspondieron a carcinoma papilar, un carcinoma lobulillar infiltrante y dos adenocarcinomas sin especificar.

Tres pacientes fueron diagnosticados en estadio I (11,5%), seis en estadio IIA (23,1%), cuatro en IIB (15,4%), 11 en estadio IIIB (42,3%) y dos en estadio IV (7,7%). En un paciente no se pudo determinar el estadio por no poder ser valorado el tamaño tumoral (TXN1M0). Las principales características de la serie se resumen en la tabla 1.

Se realizó tratamiento quirúrgico del tumor primario en 24 casos, 20 mastectomías radicales modifica-

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SERIE

Número de pacientes	27
Edad media	62 (35-87)
<i>Localización</i>	
— Pezón	17
— Cuadrante supero-externo	9
— Cuadrante infero-interno	1
<i>Histología</i>	
— Carcinoma ductal infiltrante	22
— Carcinoma lobulillar	1
— Carcinoma papilar	2
— Adenocarcinoma	2
<i>Estadios</i>	
— I	3
— IIA	6
— IIB	4
— IIIB	11
— IV	2

das y cuatro mastectomías simples, dos de ellas con vaciamiento axilar. El tratamiento adyuvante a la cirugía empleado se describe en la tabla 2.

De los 25 pacientes con enfermedad no metastásica recayeron 11 (44,4%). El tipo de recaída fue local en dos casos, regional en tres y a distancia en seis. Las localizaciones metastásicas fueron: cinco en hueso, tres en hígado, tres ganglionares, dos sobre cicatriz de mastectomía, una pleural y otra pulmonar. La mediana del tiempo libre de enfermedad fue de 42,5 (rango: 5-101) (tabla 3).

De los 27 pacientes de la serie, 11 viven sin enfermedad, dos viven con enfermedad, cuatro fueron perdidos de seguimiento (dos de ellos con enfermedad) y 10 han fallecido, ocho de los cuales por progresión de la neoplasia. La mediana de supervivencia de la serie no ha sido alcanzada (Fig. 1).

TABLA 2
TRATAMIENTO ADYUVANTE A LA CIRUGÍA

Tipo de tratamiento	Número de pacientes
Hormonoterapia	3
Hormonoterapia + radioterapia	6
Quimioterapia + hormonoterapia	2
Quimioterapia + radioterapia	1
Radioterapia	2
Quimioterapia + radioterapia + hormonoterapia	8

TABLA 3
TRATAMIENTO DE LA RECAÍDA

Tipo de tratamiento	Número de pacientes
Cirugía	1
Quimioterapia	3
Hormonoterapia	1
Cirugía + hormonoterapia	1
Quimioterapia + hormonoterapia	2
Quimioterapia + radioterapia + hormonoterapia	1
Sintomático	2

DISCUSIÓN

La incidencia de cáncer de mama masculino en nuestro hospital es de 1,1%, es decir, por cada varón diagnosticado de esta neoplasia se diagnostican 87,8 mujeres. En la literatura se estima que la proporción de cánceres de mama en el varón respecto al de mujer se cifra en un 1%.⁶

El carcinoma de mama en el varón se presenta en sujetos de edad avanzada, cuya media se sitúa 10 años por encima del cáncer de mama femenino.⁷ La edad media de nuestra serie fue de 62 años, similar a la de otros estudios.⁸⁻¹⁰

El síntoma clínico inicial más frecuente fue el nódulo o tumoración indolora al igual que en la mayoría de las series publicadas.¹¹⁻¹³ Por el menor tamaño de la mama en el varón es más habitual la continuidad al pezón y los signos de extensión local que en la mujer.³ En un 7,4% de los casos de nuestro trabajo las alteraciones

del pezón fueron el primer signo de la enfermedad. Como en otros estudios, la localización del tumor fue con mayor frecuencia central y de predominio en mama izquierda.^{3,7} La ginecomastia en nuestra serie, al igual que en otros estudios, no ha demostrado ser factor predisponente al padecimiento de esta neoplasia.¹⁴

En general suele existir un retraso importante en el diagnóstico debido a que el paciente infravalora los síntomas o no se piensa en patología tumoral en un primer momento. La mediana del intervalo de tiempo entre el primer síntoma y el diagnóstico fue de 27 semanas en nuestra serie. Esta demora influye en el estadio más avanzado en que es diagnosticada esta neoplasia en el varón;^{3,15} el 42,3% de los pacientes de esta serie tenía un estadio IIIB.

En un 46% de los pacientes sin enfermedad metastásica existía afectación a nivel regional; este porcentaje contrasta con el 5-10% de mujeres tratadas en nuestra Unidad, que presentan afectación ganglionar. Por el valor pronóstico de la afectación de los ganglios linfáticos se debe incluir siempre su estudio del mismo modo que en las pacientes femeninas.

El carcinoma ductal infiltrante, como ya ha sido referido en la literatura^{3,9,11,16} fue el tipo histológico más frecuente (81,5%). En un caso el tumor correspondía a un carcinoma lobulillar infiltrante, que, aunque no suele ser frecuente,¹⁷ sí es posible su aparición en el varón, aunque algunos autores consideren que este tipo histológico es inexistente porque la mama masculina no forma lobulillos.¹⁸ En nuestra serie no hubo ningún caso de carcinoma ductal *in situ* como en otros trabajos de la literatura,¹⁹ a pesar de ser la forma en la que se debería intentar diagnosticar este tumor.

Por el amplio intervalo de tiempo de nuestra serie los primeros pacientes fueron tratados con cirugía sin un tratamiento adyuvante en la mayoría de los casos. Los receptores hormonales sólo se determinan de forma rutinaria en los últimos 15 años. En la actualidad disponemos de un protocolo diagnóstico-terapéutico único para todos los pacientes: el tratamiento locorregional con cirugía seguida de radioterapia sí existen factores de riesgo de recidiva locorregional y tratamiento adyuvante con quimio y hormonoterapia según factores de riesgo y/o estado de los receptores.²⁰

Aunque se ha considerado que los pacientes varones con cáncer de mama tienen peor pronóstico, esto no se confirma cuando se comparan pacientes con el mismo estadio patológico.^{8,18,21}

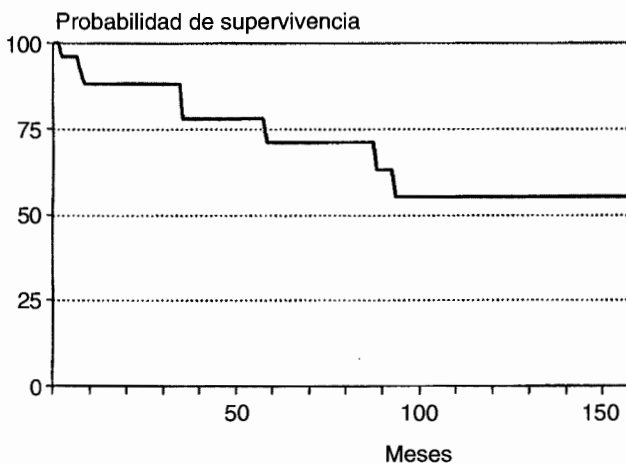


Fig. 1. Cáncer de mama en el varón.

En conclusión:

- El cáncer de mama en el varón es una enfermedad infrecuente que afecta a individuos de edad avanzada.
- La manifestación clínica más habitual es una nodulación indolora sin relación con la ginecomastia. Las alteraciones cutáneas son más frecuentes que en la mujer.
- La ginecomastia previa no es un factor predisponente al posterior desarrollo tumoral.
- Esta patología pasa en muchas ocasiones inadvertida tanto para el propio paciente como para el médico, por ello se diagnostica en estadios avanzados, lo que no hace posible un tratamiento precoz.
- El subtipo lobulillar es infrecuente, pero posible en el carcinoma de mama masculino.
- El protocolo de tratamiento debe ser el mismo que el empleado para el cáncer de mama femenino.
- La determinación de los receptores debe realizarse de forma sistemática en todos los casos, ya que una alta proporción de varones son receptores positivos.
- Debida a la baja incidencia de esta neoplasia sería conveniente unificar criterios de diagnóstico y tratamiento entre los distintos centros.

RESUMEN

El cáncer de mama en el varón es una enfermedad infrecuente que supone menos del 1% de todos los tumores mamarios. Hemos realizado un estudio retrospectivo desde 1969 hasta 1997 de 27 casos en la Unidad de Mama del Hospital La Fe (Valencia). En general, los hombres son mayores (media: 62 años) y se presentan en un estadio más avanzado que la mujer en el momento del diagnóstico. La ginecomastia no parece estar asociada con el desarrollo del cáncer de mama. La gran mayoría de los tumores son carcinomas ductales infiltrantes. El protocolo de tratamiento que empleamos para las mujeres está completamente indicado también en varones. El pronóstico de estos pacientes es el mismo que el de las mujeres cuando se emplean datos específicos de la enfermedad. Por ello queremos alertar sobre los beneficios del diagnóstico precoz y de la instauración del tratamiento en un estadio en el cual la curación aún es posible.

REFERENCIAS

1. Vilhelm MC, Wanebo HJ. Cáncer de mama en el hombre. En: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Bland/Copeland III. Panamericana; 1993.
2. Van Geel AN, Van Slooten EA, Mavrunac M, Hart AAM. A retrospective study of male breast cancer in Holland. *Br J Surg* 1985;72:724-7.
3. Joshi MG, Lee AKC, Loda M, Camus MG, Pedersen C, Heatley GJ, et al. Male breast carcinoma: an evaluation of prognosis factors contributing to a poorer outcome. *Cancer* 1996;77:490-8.
4. Fox S, Rogers S, Day C, et al. Oestrogen receptor and epidermal growth factor receptor expression in the male breast carcinoma. *J Pathology* 1992;166:13-8.
5. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observation. *J Am Stat Assoc* 1958;53:457-81.
6. Fernández Chacón C, Alonso A, García A, García P, Arranz JA, Meana JA, et al. Cáncer de mama del varón: revisión de 49 casos. *Oncología* 1991;14:68-72.
7. Willsher PC, Leach LH, Ellis IO, Bourke JB, Blamey RW, Robertson JFR. A comparison outcome of male breast cancer with females breast cancer. *Am J Surg* 1997;173:185-8.
8. Alonso A, Aguilar F, Santos JA, Pérez. Carcinoma de mama en el varón: revisión de 32 casos. *Oncología* 1983;16:29-35.
9. Schuchardt U, Seegenschmiedt H, Kirschner MJ, Renner H, Sauer R. Adjuvant radiotherapy for breast carcinoma in men: a 20-year clinical experience. *Am J Clin Oncol* 1996;19(4):330-6.
10. Vicente F, Ahenke, Gómez A, Duarte S, Zornoza G. Carcinoma de mama en el varón. *Rev Senología y Patol Mama* 1988;1:25-8.
11. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, Potter C, Hoffmann B, Kinne DW, et al. Current management of male breast cancer. A review of 104 cases. *Ann Surg* 1992;215:451-9.
12. Rezola R, Laka A, Arias-Camisa I, Michelena MJ, García J. Cáncer de mama masculino: estudio clinicopatológico de 17 pacientes. *Oncología* 1986;9:1925.
13. Sierra A, Fernández F, Cipagauta L, Carrillo A, Gómez R, Moreno A, et al. *Rev Senología y Patol Mam* 1991;4:248-55.
14. Cole FM, Qizilboosh AA. Carcinoma *in situ* of the male breast. *J Clin Pathol* 79:1128-34.
15. Shukla NK, Seenu V, Goel AK, Raina GK, Rath GK, Singh R, et al. Male breast cancer: a retrospective study from a regional cancer center in northern India. *J Surg Oncol* 1996;61:143-8.
16. Carter CL, Allen C, Henson DE. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. *Cancer* 1989;63:181-7.
17. Recht JR, Winchester DJ. Male breast cancer. *Am J Clin Pathol* 1994;102:S25-30.
18. Donegan WL. Cancer of the male breast. *Major Prob Clin Surg* 1979;44:2362-5.
19. Cutili B, Dilhuydy JM, De-Lafontan B, Berlie J, Lacroze M, Lesaunier F, et al. Ductal carcinoma *in situ* of the male breast. Analysis of 31 cases. *Eur J Cancer* 1997;33:35-8.
20. Cutili B, Lacroze M, Dilhuydy JM, Velten M, De-Lafontan B, Marchal C, et al. Male breast cancer: results of the treatments and prognostic factors in 397 cases. *Eur J Cancer* 1995;31A:1960-4.
21. Guinee VF, Olsson H, Moller T, Shallenberger RC, Van den Blink JW, Peter Z, et al. The prognosis of breast cancer in males. A report of 335 cases. *Cancer* 1993;71:154-61.