



## CASO CLÍNICO

# CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: REPORTE DE CASO

Vargas Howell, Mauricio

Médico general. Clínica de Mama, Centro Integrado de Salud de Coronado, San José, Costa Rica.

**Resumen:** El cáncer de mama masculino representa el 0,5% de todos los cánceres de mama, y a diferencia del femenino su incidencia se mantiene estable. Los casos aumentan con la edad. La mayoría de estudios son en la mujer, pero esto ha permitido entender su comportamiento en el varón. Hasta el momento no existen estudios sobre la influencia de la mamografía en la detección temprana en el hombre. Los síntomas son similares a los de la mujer, sin embargo, el hombre tiende a consultar más tardíamente. Los estudios de imágenes son útiles cuando se trata de hacer un diagnóstico diferencial con ginecomastia, quistes, u otras patologías de la mama.

**Palabras clave:** glándula mamaria, hombre, carcinoma, receptores de estrógeno y progesterona, HER 2

Recibido: 10 Junio 2013. Aceptado: 21 Agosto 2013. Publicado: 28 Octubre 2013.



## MALE BREAST CANCER: CASE REPORT

**Abstract:** Male breast cancer accounts for 0.5% of all breast cancers, and unlike the female incidence remains stable. The cases increase with age. Most studies are in women, but it has allowed to understand their behavior in the male. So far there are no studies on the influence of mammography in early detection in man. The symptoms are similar to those of women; however, men tend to find it later. Imaging studies are useful when trying to make a differential diagnosis with gynecomastia, cyst, or other diseases of the breast.

**Key words:** mammary gland, male, carcinoma, estrogen and progesterone receptors, HER 2.

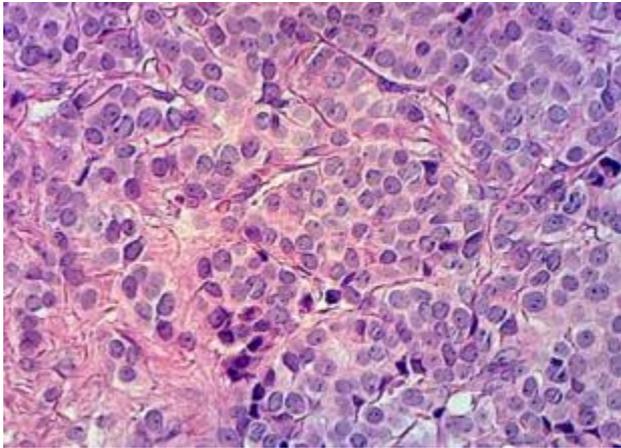
### INTRODUCCIÓN

Los tres tipos de cáncer más frecuentes en el hombre son: el cáncer de próstata, el cáncer de pulmón y el cáncer colorectal [1]. El cáncer de mama es muy poco frecuente en este grupo, 0,5% del total de los cánceres de mama se presentan en hombres[2], por lo que se le ha dado poca importancia. Aún así, el paciente que sufre de cáncer de mama puede cursar con problemas de salud como depresión, dolor y por supuesto la muerte. Este artículo presenta el caso clínico de un paciente masculino con cáncer de mama, el cual no tuvo un adecuado apego al tratamiento, por lo que presentó una evolución importante de su enfermedad, llevándolo a desarrollar una masa de gran tamaño. El pronóstico de esta enfermedad depende de la detección temprana, es por eso que el personal de salud debe informar a los pacientes sobre los posibles síntomas que pueden llegar a presentar.

### CASO CLÍNICO

Este es un paciente masculino de 77 años de edad, vecino de Coronado, San José, que fue atendido en la Clínica de Coronado y en el Hospital Calderón Guardia. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia, portador de glaucoma, marcapaso e hiperplasia prostática benigna, tabaquista de 1 cigarro por día y hernia inguinal operada; consulta en noviembre del 2007 por presentar una tumoración de la mama izquierda, de seis meses de evolución, indolora, con eritema de la piel, T4aN0Mx. En ese momento, fue remitido al Servicio de Oncología del HCG, donde se le realizó una biopsia insinicial de la lesión, la cual reportó una neoplasia epitelial constituida por células pleomórficas, citoplasma eosinofílico y granular, con núcleos que presentan variación en la forma y el tamaño, cromatina abierta hipercromática, nucleolos visibles y frecuentes mitosis. Las células se disponen en forma de sábanas y cordones. Con la técnica de inmunohistoquímica la célula neoplásica expresa receptores de estrógeno, no así de progesterona ni de Her-2. Finalmente se cataloga como un

carcinoma ductal infiltrante de la mama izquierda (ver fig. No.1).



**Fig No. 1.** Histología de paciente masculino con cáncer de mama, Patología, HCG, 2008.

En el año 2008, fue valorado por oncología médica, quienes le indicaron quimioterapia neoadyuvante (Taxol) por 12 semanas. US de abdomen 2008 normal. TAC de tórax del 17/9/2008 sin metástasis. Sin embargo, no volvió al control ni se realizó la cirugía. Posteriormente vuelve a consultar en la Clínica de Coronado, en el año 2010 y es remitido nuevamente a la consulta de oncología médica en agosto ya con enfermedad localmente avanzada, lesión verrucosa, con sangrado fácil y ulcerada de 4 x 5 cm. Se citó en la sesión de oncología para valorar tratamiento con acelerador lineal, pero él no se presentó. El 21/2/11 es valorado nuevamente en la consulta de oncología médica, donde se decide iniciar tratamiento con Anastrozol. En ese momento con lesión de 7 x7 cm, exofítica y ulcerada, adherida a planos profundos (ver fig. No.2). Con estudios del 2011: US de Abdomen normal, RX de Tórax sin metástasis y Gamma óseo negativo por metástasis. Desde el punto de vista del paciente, el mismo decide que se le maneje de forma paliativa ya que

tiene preocupación de sentir nuevamente los efectos secundarios de la quimioterapia y morir en la sala de operaciones por su condición cardíaca. Además, fue referido a Cuidados Paliativos para el control de su dolor. Finalmente el paciente fallece en agosto del 2013 a causa de una fractura patológica de cadera derecha a la edad de 83 años.



**Fig No. 2.** Paciente masculino con cáncer de mama, Clínica de Coronado, 2012.

## DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA

Generalmente el diagnóstico de cáncer de mama masculino suele hacerse más tardíamente debido a que los programas de tamizaje están enfocados en la mujer y además por que el hombre suele consultar cuándo ya presenta algún tipo de sintomatología. Se estima que estos pacientes

tienen un pronóstico menos favorable, sin embargo esto depende de factores como el estadio, el grado, la edad y la falta de un tratamiento loco-regional estandarizado[2].

Algunos estudios han demostrado que existen diferencias significativas entre ambos sexos, con respecto al comportamiento de este tumor. Un estudio realizado con 459,846 mujeres y 2,665 hombres diagnosticados con cáncer de mama en Dinamarca, Finlandia, Ginebra, Noruega, Singapur y Suecia, entre los años 1970 y 2010, mostró que la edad promedio del diagnóstico en mujeres fue de 61.7, mientras que en los hombres fue de 69.6 [3]. En este estudio los hombres tuvieron menor sobrevida a 5 años que las mujeres (0.72 vs 1.27), sin embargo después de ajustar la edad, el año del diagnóstico, el estadio y el tratamiento, los hombres tuvieron mayor sobrevida que las mujeres (0.78 vs 0.62)[3].

La raza negra es otro factor pronóstico para estos pacientes. Un estudio de la Universidad de Columbia de Nueva York, con 510 pacientes masculinos con cáncer de mama (456 blancos y 34 negros), la tasa de mortalidad fue mayor al triple para los hombres de raza negra que para los de raza blanca (3.29 vs 1.10) [4].

Entre un 15 a 20% de los hombres con cáncer de mama tienen historia familiar de cáncer de mama u ovario. Un 10% tienen predisposición genética a mutaciones, más frecuente con el gen BRCA2, y BRCA1 con menor frecuencia. También con los genes PTEN, P53 y CHEK2, y el Síndrome de Klinefelter (XXY) en un 3% a 7,5% [5].

## FISIOPATOLOGIA/ETIOPATOGENIA

La mayoría de los cánceres de mama se derivan de la unidad ducto-lobulillar. Las células tumorales pueden expresar receptores de

progesterona, estrógeno o de Her-2. El estado de los receptores se utiliza para dividir al cáncer de mama en cuatro clases moleculares: carcinoma basal, Her - 2(+), luminal A y luminal B y C; a demás de orientar la terapia medica. Los tumores de mama triple negativo (sin receptores) tienen peor pronóstico debido a que no tienen muchas opciones de tratamiento [4].

Al igual que en la mujer, en el hombre es más frecuente el de tipo ductal infiltrante en un 85 a 95% de los casos [5].

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama en el hombre se muestran en el cuadro 1 [6].

### Cuadro 1 : Factores de riesgo para cáncer de mama en hombres [6].

- Edad avanzada
- 
- Antecedentes de radioterapia torácica (ionizante)
- 
- Exposición laboral (radiación de campos electromagnéticos)
- 
- Criptorquidia
- 
- Lesión testicular
- 
- Paperas (después de los 20 años)
- 
- Síndrome de Klinefelter
- 
- Disfunción hepática (cirrosis, esquistosomiasis, desnutrición)
- 
- Antecedentes familiares de cáncer de mama (BRCA2)
- 
- Ascendencia judía
- 
- Uso de estrógeno exógeno



## DIAGNÓSTICO

En etapas tempranas el cáncer de mama suele ser asintomático e indoloro, y usualmente el hombre llega a consultar en una etapa avanzada, cuando ya produce síntomas.

Los estudios de la mama masculina se planifican como estudios de diagnóstico por que los pacientes siempre presentan síntomas mamarios, a diferencia de los estudios de tamizaje. Los estudios de imagen son de gran utilidad en el diagnóstico diferencial con lesiones benignas de la mama como: ginecomastia, quistes de inclusión epidérmica, lipomas, ganglios linfáticos, hematomas, abscesos, papilomas, entre otros[6].

La historia clínica debe ir orientada a buscar los factores de riesgo para esta patología (ver cuadro No. 1). El examen físico debe realizarse con el paciente sentado o acostado, buscando signos como nódulo o masa indurada e indolora, usualmente retro-areolar, con cambios cutáneos como retracción del pezón o de la piel, piel de naranja, ulceración, telorragia (salida de líquido sanguinolento por el pezón), o adenopatías induradas axilares o claviculares.

La mamografía está indicada en pacientes con sospecha clínica, o en pacientes con antecedentes personales de cáncer de mama, antecedentes familiares de cáncer de mama de varones y mutaciones en el gen BRCA 2.

El hallazgo mamográfico más frecuente es una lesión redondeada u ovalada no calcificada y retro-areolar que tiene bordes bien delimitados u indefinidos y una posición algo excéntrica. También puede hallarse una lesión espiculada asociada a retracción de la piel o el pezón [7].

En la ecografía puede presentarse una lesión quística compleja o una lesión hipo-ecoica de eco-textura heterogénea.

La mamografía combinada con el ultrasonido podrían no ser suficientes para la detección temprana de cáncer de mama en pacientes con riesgo aumentado por historia familiar o en pacientes con mutaciones del BRCA, no obstante la Resonancia Magnética Nuclear tiene una sensibilidad mayor en un estadio más favorable [8].

Los tipos de biopsia y sus indicaciones son iguales que en la mujer. La biopsia con aguja fina cumple un papel importante en el diagnóstico rápido de los tumores mamarios palpables y de otras anomalías palpables de la mama. Aunque la prueba es operador dependiente y la tasa de falsos negativos es alta, constituye una herramienta indispensable para el diagnóstico[9].

La categorización histopatológica y el estado de los receptores es de suma importancia para orientar el tratamiento.

La biopsia del ganglio centinela se recomienda para pacientes con tumores en etapas tempranas sin compromiso ganglionar clínico con el fin de evitar la disección axilar [10].

## TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES POR ESTADIO

Debido a que existen muy pocos estudios para el tratamiento del cáncer de mama en hombres, el tratamiento se basa en el mismo que se utiliza para la mujer.

### Estadio 0 (Carcinoma Ductal in situ)

Se trata con cirugía. Más frecuentemente con mastectomía [11]. Si se realiza una cirugía conservadora debe seguirse con radioterapia. Debido a que el CDIS puede tener áreas de invasión, es prudente examinar los ganglios axilares. Si éstos salen positivos, debe tratarse como un cáncer invasor.

### Estadio I

Estos tumores son relativamente pequeños y pueden o no tener compromiso axilar. El tratamiento principal es la Mastectomía, pero la lumpectomía puede ser una opción. Si se realiza una cirugía conservadora debe seguirse con radiación. Se deben examinar los ganglios axilares con disección axilar o con biopsia de ganglio centinela. La hormonoterapia o quimioterapia como terapia adyuvante, se administran según el tamaño del tumor y los resultados de laboratorio. La quimioterapia se usa en tumores mayores de 1 cm. El trastuzumab puede darse en caso de que las células tumorales expresen Her2.

### Estadio II

Estos tumores son más grandes o se expanden a los ganglios linfáticos adyacentes. Una opción es tratarlos con quimioterapia u hormonoterapia neo-adyuvante [11]. Luego igual que en estadio 1 se realiza mastectomía. La radiación se administra si el tumor es grande o se ha extendido a los ganglios. La radiación disminuye el riesgo de recidiva. La hormonoterapia adyuvante depende del estado de los receptores. Si la neo-adyuvancia con quimioterapia no fue dada, puede utilizarse como adyuvancia. La escogencia entre las diferentes quimioterapias depende de la edad del paciente y su condición general de salud.

### Estadio III

Estos tumores son más grandes en tamaño y con un crecimiento más cercano a la piel o el

músculo, y tumores con mayor compromiso de los ganglios linfáticos. Usualmente debe realizarse mastectomía con disección axilar. También se recomienda la quimioterapia, hormonoterapia y la radiación después de la cirugía. Además del trastuzumab en los casos de Her - 2 positivo [11]. Otra opción es el tratamiento sistémico para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía.

### Estadio IV

En esta etapa, el tumor se ha diseminado a otros sitios del cuerpo, más comúnmente a hueso, hígado y pulmón. La terapia sistémica es la base del tratamiento [11]. Dependiendo de muchos factores, puede ser hormonoterapia, quimioterapia o radiación. La cirugía está indicada en situaciones especiales.

La radiación o la cirugía puede estar indicada en algunas situaciones como:

- Cuando el tumor está causando una herida abierta en la mama o el tórax.
- Para tratar metástasis pequeñas en un área específica.
- Cuando el área del cáncer está presionando la médula espinal.
- Para tratar una obstrucción en el hígado.
- Para aliviar el dolor u otros síntomas
- Cuando el cáncer se ha expandido al cerebro [11].

### PRONÓSTICO

En general, el pronóstico ha mejorado desde 1975 hasta el 2005. La sobrevivida a 5 años varía de 36 a 66%. Las mujeres se diagnostican a edades más tempranas debido al tamizaje con mamografía en algunas regiones.

En la base de datos del SEER (*Surveillance, Epidemiology and End Results*) de 2,500 pacientes

no se mostró relación entre el estado de los receptores hormonales y el pronóstico; tampoco con el Her-2.

Los hombres con cáncer de mama tienen mayor riesgo de desarrollar otro primario de mama en un 1.9% y un 21% de posibilidades de desarrollar una neoplasia maligna en otro sitio diferente de la mama.

La metástasis axilar es el predictor más fuerte la recurrencia local y metastásica y se presenta hasta en un 50% de los casos [5].

## DISCUSIÓN

Aunque la incidencia sea baja, el cáncer de mama es una patología que también se puede presentar en el varón. Los síntomas y signos clínicos son similares a los que presenta la mujer. Aunque no existan programas de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama en el hombre, es necesario que las autoridades de salud informen a la población sobre esta enfermedad y se les incentive a examinarse y acercarse a las clínicas y hospitales para que consulten sobre los posibles síntomas o hallazgos de la auto-examinación. El abordaje temprano mejora la sobrevida y la calidad de vida de estos pacientes.

## REFERENCIAS

1. CDC Centers of Disease Control and Prevention. Cancer Prevention and Control. <http://www.cdc.gov/cancer/dcpc/data/men.htm>. 2013. Accesada 1 de octubre 2013.
2. Miao Hui, Verkooijen helena M, *et al.* Incidence an Outcome of Male Breast Cancer: An International Population-Based Study. J Clin Oncol 2011 Nov; 29 (33): 4381-4386.

3. Anderson, William F, Jatoi Ismail, *et al.* Male Breast Cancer: A Population-Based Comparison with Female Breast Cancer. J Clin Oncol 2010 Apr; 29 (2): 232-239.
4. Crew Katherine D, NeugtAlferd I, *et al.* Racial Disparities in Treatment and Survival of Male Breast Cancer. J Clin Oncol 2007 Mar; 25 (9): 1087-1089.
5. Korde Larissa A, Zujewski Jo Anne, *et al.* Multidisciplinary Meeting on Male Breast Cancer: Summary and Research Recommendations. J Clin Oncol 2010 Apr; 28 (12): 2114-2122.
6. Cardenosa, Gilda. Imagenología Mamaria. Journal, Buenos Aires. 1ª ed 2005, pp 301 – 314.
7. O'Flynn Elizabeth A.M, Wilson Robin, Nerukar Ashutosh, *et al.* Metastatic Breast Cancer in a Young Adult Man After Total-Body Irradiation for Acute Lymphoblastic Leukemia. J Clin Oncol 2011 Jul: e607-e609.
8. Kuhl Christiane K, Schrading Simone, *et al.* Mammography, Breast Ultrasound, and Magnetic Resonance Imaging for Surveillance of Women at High Familial Risk for Breast Cancer. J Clin Oncol 2005 Nov; 20: 8469-8476.
9. Bland, Kirby L. La Mama: Manejo Multidisciplinario de las Enfermedades Benignas y Malignas. Medica Panamericana., Buenos Aires, Argentina. 3ª edición, 2004: 1701-1702.
10. Lyman Gary H, Giuliano Armando E, *et al.* American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer. J Clin Oncol 2005 Oct; 20: 7703-7720.
11. American Cancer Society. Breast Cancer in Men. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-treating-by-stage>. Accesada 1 setiembre 2013.

## INFORMACION DE AUTOR:

Howell Vargas, Mauricio

[mvalgasho@yahoo.es](mailto:mvalgasho@yahoo.es)

