



CASO CLÍNICO

Ganglio centinela en el cáncer de mama masculino: reporte de caso y revisión de la literatura



Antonio Jurado Bambino^a, Xavier Wong-Achi^{b,*}, José Rubio Machuca^b
y Cinthya Apolo Carrión^b

^a Servicio de Mastología, Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo - ION-SOLCA, Guayaquil, Ecuador

^b Residente de Cirugía General, Universidad Espíritu Santo, Samborombón, Ecuador

Recibido el 15 de julio de 2019; aceptado el 28 de enero de 2020

Disponible en Internet el 27 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Mama;
Ganglio centinela;
Factores de riesgo;
Hombre;
Ecuador

Resumen

Introducción: El cáncer de mama masculino representa <1% de todas las neoplasias malignas en hombres, y aunque comparte muchas similitudes con el cáncer de mama en las mujeres, tiene diferencias importantes.

Caso clínico: Paciente masculino de 68 años, de raza mestiza, que acude con cuadro clínico de 5 meses de evolución caracterizado por lesión nodular en la región areolar de la mama izquierda acompañada de dolor ocasional y crecimiento progresivo. El ultrasonido evidenció lesión heterogénea de bordes irregulares con calcificaciones, BIRADS V. Se decidió hacer mastectomía más biopsia de ganglio centinela, con positividad en el transoperatorio, por lo que se completó la linfadenectomía axilar. El reporte de histopatología confirmó carcinoma ductal infiltrante, ganglio centinela y satélite positivo para carcinoma metastásico.

Conclusión: Varias incógnitas permanecen sobre el cáncer de mama en hombres. Es de importancia comprender mejor la biología de la enfermedad para lograr identificar las diferencias entre ambos géneros y así determinar si estas tienen implicaciones terapéuticas.

© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Breast;
Sentinel lymph node;
Risk factors;
Men;
Ecuador

Sentinel lymph node in male breast cancer: Case report and review of the literature

Abstract

Introduction: Male breast cancer accounts for <1% of all malignancies in men, and although it shares many similarities with breast cancer in women, it has important differences.

Case report: A 68-year-old male patient presented with a 5-month history of a nodular lesion in the areolar region of the left breast accompanied by occasional pain and progressive growth. An ultrasound scan showed a heterogeneous lesion with irregular edges

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xawong@uees.edu.ec (X. Wong-Achi).

and calcifications, BIRADS V. It was decided to perform a mastectomy and sentinel lymph node biopsy, with positivity in the transoperative period, and axillary lymphadenectomy was completed. The histopathology report confirmed infiltrating ductal carcinoma, sentinel lymph node- and satellite-positive for metastatic carcinoma.

Conclusion: Several questions remain unanswered about breast cancer in men. It is important to enhance understanding of the biology of the disease to identify the differences between the two sexes and thus determine if they have therapeutic implications.

© 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de mama masculino representa <1% de todas las neoplasias malignas en hombres, y aunque comparte muchas similitudes con el cáncer de mama en las mujeres, tiene diferencias importantes. El riesgo para un hombre es de aproximadamente 1:1000, en comparación con 1:8 para una mujer. Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, historia familiar y mutaciones genéticas¹. En el presente artículo describimos el caso de un paciente masculino con carcinoma de mama tratado con mastectomía y biopsia de ganglio centinela, además de la revisión actual sobre la epidemiología, las características clinicopatológicas, el pronóstico y el tratamiento, con enfoque en los avances recientes, de manera que esta información pueda ser utilizada como objeto de investigaciones futuras que ayuden a la mejor comprensión y prevención de esta enfermedad en hombres.

Caso clínico

Paciente masculino de 68 años, de raza mestiza, sin antecedentes patológicos personales. Acude al servicio con cuadro clínico de 5 meses de evolución caracterizado por lesión nodular en la región areolar de la mama izquierda, acompañada de dolor ocasional y crecimiento progresivo. Al examen físico se constató una masa firme de 3 cm en la región retroareolar izquierda, con lesión exofítica ulcerada en el complejo areola-pezones, no fija a planos profundos (fig. 1). No se palparon adenopatías. Resto de examen



Figura 1 Aspecto de la lesión descrita en el complejo areola-pezones.

físico sin hallazgos importantes. El ultrasonido evidenció lesión heterogénea de bordes irregulares con calcificaciones, BIRADS V. Se realizó una biopsia por punción, con informe patológico de carcinoma ductal infiltrante grado histológico 2. Los exámenes complementarios de laboratorio e imágenes no evidenciaron lesiones relevantes. Se decidió realizar mastectomía total izquierda más biopsia del ganglio centinela y satélite (fig. 2), con resultado positivo para malignidad en el transoperatorio, por lo que se completó linfadenectomía de niveles ganglionares I y II. El informe histopatológico reportó: carcinoma ductal infiltrante grado histológico 2. Tumor de 3 × 2,5 cm con márgenes libres. Ganglio centinela y satélite axilar izquierdo positivo para carcinoma metastásico. Estadío patológico por clasificación AJCC: pT2N1a. Ganglios axilares nivel I y II: 1 de 16 ganglios linfáticos con carcinoma metastásico. Resultado de pruebas de inmunohistoquímica: Ki-67 de 60%, receptores de estrógeno (80%), progesterona (70%) y HER2/neu positivos. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por consulta externa, en espera de iniciar tratamiento adyuvante.

Discusión

El cáncer de mama en hombres es una enfermedad rara e infrecuente: representa <1% de todas las neoplasias malignas en hombres y es responsables del 0,1% de muertes por cáncer en hombres². En 2010 nuestra institución reportó una tasa de incidencia de 1,4 casos de tumores malignos de mama en hombres por cada 100.000 habitantes³. Según los anuarios de estadísticas vitales del Instituto de Estadística y Censo (INEC), entre 2011 y 2015 se reportaron 2.538 defunciones por cáncer de mama, y de ellas 17 correspondían a hombres. La edad promedio al momento del diagnóstico es aproximadamente 5 años mayor para los hombres que para las mujeres (67 vs 62 años)⁴. Las mutaciones del gen BRCA se establecen como factor de riesgo para desarrollo de esta condición; estudios poblacionales demuestran que hasta el 4% de los hombres con cáncer de mama tienen mutaciones BRCA1, y entre el 4 y el 16% tienen mutaciones BRCA2⁵. Se han identificado otros genes, como el CHEK2, que confiere un riesgo de cáncer de mama de hasta 10 veces⁶. La exposición a radiación es otro factor etiológico. Se cree que niveles elevados de estrógeno predisponen a los hombres al cáncer de mama, observado en afecciones como



Figura 2 A) Prequirúrgico: diseño de la incisión y marcaje del ganglio centinela. B) Resultado posquirúrgico, día 36.

ginecomastia, enfermedad hepática, anomalías testiculares y obesidad^{7,8}.

La mayoría de los hombres con cáncer de mama se presentan con una masa retroareolar indolora, retracción o sangrado del pezón, ulceración de la piel y adenopatías axilares palpables⁹. El Colegio Americano de Radiología ha publicado criterios para la evaluación de la mama en hombres que recomiendan la ecografía como prueba inicial para los <25 años con una masa palpable indeterminada¹⁰. La mayoría de los casos son carcinomas invasivos, siendo el carcinoma ductal invasivo el tipo histológico más prevalente. Los subtipos menos comunes incluyen los papilares (2-3%) y mucinosos (1-2%)^{4,11}. En general, en hombres tienen más probabilidades de ser positivos para receptor de estrógeno y negativos para receptor de tipo HER2 comparado con las mujeres. En una serie de 1.483 hombres con cáncer de mama reportada por Cardoso et al.¹², el 99% de los tumores fueron positivos para receptor de estrógeno, el 82% para receptor de progesterona y el 97% para receptor de andrógenos. Solo el 9% de los tumores fueron positivos para HER2. Nuestro paciente presentó positividad para los tres tipos de receptores hormonales. Los hombres mayores, con estadio avanzado de enfermedad y con subtipo triple negativo, tienen tasas de supervivencia más bajas que aquellos más jóvenes, con enfermedad menos avanzada y con subtipo distinto. Estos datos concuerdan con los reportes en mujeres. Sin embargo, si bien las tasas de supervivencia han mejorado con el tiempo, los hombres mantienen una supervivencia menor comparado con la contraparte femenina¹³.

En cuanto al tratamiento, los enfoques se extrapolan de estudios de mujeres con cáncer de mama. Las recién diagnosticadas pueden optar por terapia de conservación de la mama; sin embargo, en los hombres la mayoría se someten a mastectomía con disección linfática axilar o biopsia de ganglio centinela¹². Este último es el método estándar para las mujeres con axila clínicamente negativa, y parece ser factible y extrapolable a los hombres con cáncer de mama^{14,15}. La radioterapia adyuvante localizada también debe incluirse. No se encontraron ensayos aleatorizados que evalúen el papel de la radioterapia después de la mastectomía en hombres, pero estudios observacionales han sugerido un beneficio en los casos con ganglios positivos¹⁶. La quimioterapia adyuvante o neoadyuvante y la terapia dirigida a

HER2 debe ofrecerse a aquellos que tienen un riesgo importante de recidiva y positividad para dichos receptores¹⁷. Se ha reportado mejor supervivencia entre hombres que recibieron quimioterapia adyuvante¹⁸. La terapia hormonal es un componente importante del tratamiento y, a su vez, es el tratamiento con mayor probabilidad de variar en eficacia entre hombres y mujeres debido a las diferencias en la producción de hormonas. El papel de los receptores hormonales en el cáncer de mama masculino no se ha investigado suficientemente. En mujeres posmenopáusicas con tumores positivos para receptores de estrógeno y negativos para receptores de progesterona, la negatividad de estos últimos se considera un marcador de resistencia al tamoxifeno. Se sabe que los tumores de mama en hombres son más propensos a ser positivos para receptores estrogénicos y de progesterona, por lo que responden mejor al tratamiento hormonal y tendrían un pronóstico más favorable. La decisión sobre su duración debe ser individualizada en función del riesgo de recurrencia y de efectos secundarios¹⁷. El tratamiento del cáncer metastásico generalmente se basa en el propuesto para las mujeres, aunque no hay datos disponibles con evidencia terapéutica en esta población. Por último, el seguimiento de los hombres debe ser similar al de las mujeres con cáncer de mama.

Conclusiones

Es de importancia comprender mejor la biología de la enfermedad para lograr identificar las diferencias entre ambos géneros y así determinar si estas tienen implicaciones terapéuticas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Giordano S. Breast Cancer in Men. *N Engl J Med.* 2018;378:2311-20, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1707939>.

2. Malatay C, Pazmiño J, Cordero C. Cáncer de mama en el hombre a propósito de un caso. *Pol Con*. 2017;9:34–43, <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v2i7.222>.
3. Registro de tumores SOLCA. Tasas según grupo de edad. *Estadísticas.med.ec*. 2019 [consultado 14 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Tablas2-1.jsp>.
4. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: A population-based study. *Cancer*. 2004;101:51–7.
5. Basham VM, Lipscombe JM, Ward JM, Gayther SA, Ponder BAJ, Easton DF, et al. BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based study of male breast cancer. *Breast Cancer Res*. 2002;4:R2.
6. Meijers-Heijboer H, van den Ouweland A, Klijn J, Wasielewski M, de Snoo A, Oldenburg R, et al. Low-penetrance susceptibility to breast cancer due to CHEK2(*)1100delC in non-carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations. *Nat Genet*. 2002;31:55–9.
7. Brinton LA, Cook MB, McCormack V, Johnson KC, Olsson H, Casagrande JT, et al. Anthropometric and hormonal risk factors for male breast cancer: Male breast cancer pooling project results. *J Natl Cancer Inst*. 2014;106:djt465.
8. Brinton LA, Carreon JD, Gierach GL, McGlynn KA, Gridley G. Etiologic factors for male breast cancer in the U.S Veterans Affairs medical care system database. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;119:185–92.
9. Goss PE, Reid C, Pintilie M, Lim R, Miller N. Male breast carcinoma: A review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955-1996. *Cancer*. 1999;85:629–39.
10. Mainiero MB, Lourenco AP, Barke LD, Argus AD, Bailey L, Car-kaci S, et al. ACR appropriateness criteria evaluation of the symptomatic male breast. *J Am Coll Radiol*. 2015;12:678–82.
11. Vermeulen MA, Slaets L, Cardoso F, Giordano SH, Tryfonidis K, van Diest PJ, et al. Pathological characterisation of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. *Eur J Cancer*. 2017;82:219–27.
12. Cardoso F, Bartlett JMS, Slaets L, van Deurzen CHM, van Leeuwen-Stok E, Porter P, et al. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. *Ann Oncol*. 2018;29:405–17.
13. Leone JP, Leone J, Zwenger AO, Iturbe J, Vallejo CT, Leone BA. Prognostic significance of tumor subtypes in male breast cancer: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;152:601–9.
14. Gentilini O, Chagas E, Zurrida S, Intra M, de Cicco C, Gatti G, et al. Sentinel lymph node biopsy in male patients with early breast cancer. *Oncologist*. 2007;12:512–5.
15. Flynn LW, Park J, Patil SM, Cody HS 3rd, Port ER. Sentinel lymph node biopsy is successful and accurate in male breast carcinoma. *J Am Coll Surg*. 2008;206:616–21.
16. Abrams MJ, Koffer PP, Wazer DE, Hepel JT. Postmastectomy radiation therapy is associated with improved survival in node-positive male breast cancer: A population analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017;98:384–91.
17. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Nccn.org*. 2019 [consultado 14 Jun 2019]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#breast.
18. Izquierdo MA, Alonso C, de Andres L, Ojeda B. Male breast cancer: Report of a series of 50 cases. *Acta Oncol*. 1994;33:767–71.