

Cáncer de mama masculino: a propósito de un caso

Matías Mir Montejano y Manuel Taboada Taboada

Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama masculino es una enfermedad infrecuente, ya que representa el 0,2% de todos los tumores. Existe un caso por cada 100 en mujeres¹. Se suele presentar en grupos de edad avanzada², como una placa en los tejidos subareolares o una masa firme persistente³. La mayoría de las series publicadas comunican un diagnóstico más tardío que en el grupo de población femenino, con el consiguiente peor pronóstico^{2,3}. Así, la supervivencia en pacientes varones con estadio I de la clasificación TNM es idéntica a la de las mujeres con igual estadio (el 89% a los 10 años). La diferencia en el pronóstico se produce a partir del estadio II, en el que la supervivencia a los 10 años es sólo del 12%. El comportamiento biológico del tumor en varones, cuando se diagnostica de forma precoz, probablemente no difiere del cáncer de mama en mujeres⁴.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón con cáncer de mama de 12 años de evolución que mantiene un excelente estado general, pese a la existencia de enfermedad metastásica pulmonar.

CASO CLÍNICO

Se trataba de un varón de 68 años seguido en nuestra consulta de atención primaria y el Servicio de Oncología del Hospital La Paz de Madrid. Como antecedentes familiares destacaban el padre y un hermano fallecidos de cirrosis no alcohólica. Entre los antecedentes personales, el paciente no había mantenido hábitos tóxicos; había sido diagnosticado de hepatopatía crónica secundaria a hemocromatosis y adenoma de próstata intervenido 10 años antes. En esta fecha fue diagnosticado de adenocarcinoma de mama, practicándosele una mastectomía simple sin vaciamiento ganglionar. Recibió tratamiento con tamoxifeno durante 2 años. Seis años después de la intervención se objetivó una imagen de densidad cálcica en el segmento superior izquierdo del pulmón izquierdo que impresionó de gra-

Figura 1. Radiografía de tórax.



Figura 2. Corte torácico mediante tomografía axial computarizada.

Correspondencia: Dr. M. Mir Montejano.
Centro de Salud Fuencarral. Olesa de Montserrat, 6. 28034 Madrid.
SEMERGEN 2000; 26: 92-93.

nuloma pero que no existía en las radiografías previas. Un año después la radiografía de tórax presentaba una afectación intersticial difusa compatible con metástasis (fig. 1). En 1996 el paciente continuaba asintomático, la ecografía abdominal fue normal, así como la gammagrafía. La fibrobroncoscopia demostró una broncopatía crónica con biopsias normales. La TC presentó múltiples lesiones nodulares de pequeño tamaño en ambos hemitórax (fig. 2). El paciente fue tratado con poliquimioterapia (ciclofosfamida, 5-fluorouracilo y epirubicina). Desde entonces no se han producido cambios en las pruebas a las que ha sido sometido el paciente, quien permanece con un excelente estado general.

DISCUSIÓN

La baja prevalencia del cáncer de mama masculino comporta dificultades en el conocimiento de la epidemiología y de la historia natural de la enfermedad.

Se ha observado una incidencia más elevada en varones judíos así como en sujetos de raza negra, en varones con historia de orquitis a edades superiores a los 20 años, en casos de síndrome de Klinefelter y en aquellas situaciones de exceso absoluto o relativo de estrógenos. Se ha señalado, así mismo, la exposición a temperaturas altas, campos electromagnéticos de baja frecuencia y radiaciones ionizantes.

Histológicamente, la mayor parte de los carcinomas de mama en el varón son carcinomas ductales infiltrantes, y resulta excepcional el carcinoma lobular (que representa el 10% en las mujeres). También existen diferencias en la localización. Así, en varones es más frecuente la localización central y del pezón que en las mujeres^{4,5}.

La presencia de cualquier masa o nódulo en el pecho de un varón exige un estudio exhaustivo hasta demostrar su benignidad. La mamografía resulta útil, aunque con las lógicas dificultades técnicas. La punción-aspiración con aguja fina permite distinguir la ginecomastia de un eventual carcinoma. Si ésta es negativa se requerirá una biopsia escisional.

El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinario que incluye cirugía (mastectomía radical modificada o mastectomía radical cuando esté indicada), radioterapia y, en aquellos casos de tumores extensos o enfermedad metastásica, quimioterapia. Así mismo, la enfermedad avanzada, especialmente si el tumor es dependiente de estrógenos,

debe ser tratada con terapia hormonal. El fármaco más utilizado es el tamoxifeno. Otras terapias como la castración química o quirúrgica representan una tercera opción para casos muy seleccionados de enfermedad avanzada.

Nuestro paciente tuvo una excelente respuesta con la mastectomía simple y el tratamiento con tamoxifeno, sin evidencia de enfermedad durante 6 años, hasta el desarrollo de enfermedad metastásica pulmonar. Sorprende el buen estado general del paciente y la inexistencia de sintomatología durante los últimos 4 años, pese a la afectación intersticial difusa y múltiples nódulos en ambos pulmones. Las espirometrías han sido siempre normales. El paciente continúa con el diagnóstico de enfermedad estable, sin evidencia de metástasis en otra localización.

El cáncer de mama en varones es una enfermedad rara. Esto determina dificultades en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, así como de las mejores opciones terapéuticas. La mayoría de las series publicadas coinciden en que aparece en edades más avanzadas que en las mujeres, así como en que la supervivencia es significativamente más baja en los varones. Se cree que este peor pronóstico viene determinado por un diagnóstico más tardío. No está justificado el cribado de cáncer de mama en el varón, dada la baja incidencia de la enfermedad. Sin embargo, la existencia de cualquier alteración en la mama de un varón debe hacernos pensar a los médicos de atención primaria en la posibilidad de un tumor maligno, sobre todo para evitar el peor pronóstico asociado a diagnósticos más tardíos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hudson MJK, Smit CJ. Carcinoma of the male breast. *Br J Surg* 1974; 61: 440-443.
2. Wezwoda WR, Hesdorffer C, Dansey R, Moor N, Derman D, Browde S et al. Breast cancer in men: clinical features, hormone receptor status, and response to therapy. *Cancer* 1987; 60: 1337-1340.
3. Winchester DJ, Winchester DP. Male breast cancer: presentation, treatment, and outcome. *Anti-cancer Treatment*. París: Sixth International Congress, 1996.
4. Schultz MZ, Coplin M, Radford D, Virgo KS, Johnson FE. Outcome of male breast cancer in the Department of Veterans Affairs. *Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol* 1996; 15: A257.
5. Reid C, Pintilie M, Goncalves S, Catton J, Lim R, Miller N et al. A review of 229 male breast cancer patients presenting to the Princess Margaret Comprehensive Cancer Centre. *Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol* 1997; 16: A476.