

Cáncer epidermoide de mama en el varón. ¿Primario o secundario?

María D. Balsalobre^a, José M. Rodríguez^a, Nuria M. Torregrosa^a, Antonio Ríos^a, Julián Illana^a, Enrique Martínez^b
y Pascual Parrilla^a

^aServicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

Resumen

El cáncer epidermoide de mama es una enfermedad poco frecuente y representa el 0,06-1,1% de las neoplasias malignas de mama; raramente aparece en varones.

Puede ser un tumor primario, cuyo origen es controvertido (absceso, quiste, etc.), o secundario a un tumor epidermoide de otra localización (pulmonar, laringe, esófago, vejiga y cérvix), por lo que es importante realizar endoscopia, tomografía axial computarizada toracoabdominal y exploración ginecológica en las mujeres, con el fin de diagnosticar posibles lesiones primarias.

Su tratamiento no difiere del resto de tumores de mama, aunque suele presentar un curso rápido y agresivo, con tasas de recurrencia de alrededor del 25%.

Palabras clave: Cáncer epidermoide de mama. Varón. Primario.

Introducción

El cáncer epidermoide de mama representa entre el 0,06 y el 1,1% de las neoplasias malignas de mama; raramente aparece en varones¹⁻³. El tumor epidermoide de mama puede ser primario o secundario a un carcinoma epidermoide primario, generalmente de pulmón, laringe,

SQUAMOUS CELL CANCER OF THE BREAST IN THE MALE. PRIMARY OR SECONDARY?

Squamous cell carcinoma of the breast is an infrequent entity, representing 0.06%-1.1% of malignant breast neoplasms; it rarely occurs in males.

It can be a primary tumour, of controversial origin (abscess, cyst, etc.), or secondary to epidermoid tumour in a different location (lung, larynx, esophagus, bladder and cervix). It is therefore important to carry out endoscopy, thoracic-abdominal computerized axial tomography and gynecological examination in women to diagnose primary lesions.

The treatment of these tumors does not differ from that of other breast tumors, although squamous cell tumors usually have a rapid and aggressive development, with a recurrence rate of approximately 25%.

Key words: Epidermoid breast cancer. Male. Primary.

esófago, vejiga y cérvix. Los criterios que definen el tumor epidermoide de mama primario son: a) ausencia de otra neoplasia ductal o mesenquimal; b) tumor independiente de estructuras cutáneas adyacentes, y c) ausencia de tumores epidermoides a distancia⁴. El diagnóstico diferencial con el resto de variedades del tumor de mama es difícil, ya que no presentan diferencias clínicas ni radiológicas; la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es la prueba más útil para su diagnóstico diferencial⁵.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 77 años, entre cuyos antecedentes destaca ser fumador de 2 paquetes al día, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y haber sido intervenido 8 años antes de úlcus duodenal mediante una vagotomía troncular más piloroplastia. Consultó

Correspondencia: Dr. J.M. Rodríguez González.
Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
30120 El Palmar. Murcia. España.
Correo electrónico: jmrodrig@um.es

Manuscrito recibido el 16-2-2004 y aceptado el 7-6-2004.

por presentar una tumoración en la mama derecha de 3 meses de evolución con aumento progresivo de su tamaño, no dolorosa. En la exploración, se observó una tumoración de aproximadamente 8 cm, que ocupaba toda la mama, dura y anclada a planos profundos. La radiología de tórax fue normal. En la tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal se observó una masa de 12-5 cm en la mama derecha, con infiltración de pared torácica. No se detectaron masas pulmonares ni metástasis hepáticas. El estudio citológico de la PAAF informó de cáncer epidermoide. Se realizaron un endoscopia digestiva alta y una exploración otorrinolaringológica, que fueron normales.

Con el diagnóstico de cáncer epidermoide de mama se intervino al paciente; se llevó a cabo una mastectomía derecha, una resección de sexta costilla derecha y parte de la pleura, y una linfadenectomía axilar derecha. El estudio histopatológico demostró una neoformación epitelial maligna e infiltrante con característica de carcinoma epidermoide de mama, que se disponía mayoritariamente formando un patrón de nidos y trabéculas. El estudio histológico de la costilla mostró, asimismo, una masiva infiltración por el carcinoma. De los 14 ganglios aislados ninguno presentaba infiltración tumoral. El paciente recibió tratamiento con 5-fluorouracilo y cisplatino. A los 2 años de la operación, el paciente está asintomático y libre de enfermedad.

Discusión

El origen del carcinoma epidermoide de mama es controvertido: quistes dermatoides, abscesos crónicos o metaplasia completa del tejido mamario glandular. Su curso es rápido y agresivo, la enfermedad recurre en el 25% de los pacientes y se produce metástasis en alrededor del 50%. La supervivencia media varía entre 9 y 54 meses, según las series¹.

Su forma de presentación es variable, pero la descripción más habitual en la bibliografía es la presencia de un absceso en la mama que no responde al tratamiento quirúrgico, al desbridamiento y al tratamiento antibiótico; de ahí la importancia de realizar una PAAF en los casos en que encontramos un absceso mamario de evolución rápida. También puede presentarse como una masa de crecimiento rápido. En la ecografía y/o mamografía puede aparecer una lesión sólida o con componente quístico, en cuyo caso hay que hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma papilar, el carcinoma medular, el tumor *phyllodes* y el carcinoma coloide^{1,3}.

Ante un carcinoma epidermoide de mama se debe descartar, en primer lugar, la presencia de otro tumor epidermoide primario (pulmón, laringe, esófago, vejiga y cérvix), de ahí la necesidad de realizar exploraciones como la endoscopia digestiva alta y la TAC toracoabdominopelviana^{1,2,6}.

Dentro del cáncer epidermoide de mama, podemos encontrar 4 categorías, descritas por Azzopardi et al⁷:

- Adenocarcinoma con grado variable de metaplasia escamosa.
- Cáncer de células escamosas con áreas extensas de metaplasia celular.

- Cáncer de células escamosas originado en un cistosarcoma *phyllodes*.

- Cáncer de células escamosas puro sin áreas de metaplasia.

En la mayoría de los casos los receptores de estrógenos y progesterona suelen ser negativos, característica que hay que tener en cuenta a la hora de determinar el tratamiento quimioterápico, ya que no suele ser útil la hormonoterapia⁸. En nuestro caso, se trata de un cáncer escamoso puro, con receptores negativos.

El tratamiento del cáncer epidermoide de mama no es diferente del resto de casos de tumores de mama, y aunque la tasa de afección ganglionar es muy baja y es más frecuente la diseminación sistémica, se recomienda la realización de linfadenectomía axilar⁹. Así, realizaremos mastectomía parcial o radical, en función del tamaño del tumor, y linfadenectomía axilar. Se indicará radioterapia en los casos de cirugía parcial y/o en los casos en que existan metástasis ganglionares, aunque su utilidad es discutible⁸. La quimioterapia adyuvante recomendada, aunque discutida, suele ser con cisplatino y 5-fluorouracilo^{1,2,5,8}, y son poco útiles los ciclos con metotrexato, adriamicina y ciclofosfamida.

En conclusión, el cáncer epidermoide de mama puede presentarse en el varón, aunque es infrecuente, y es preciso determinar si se trata de un caso primario o secundario, y descartar en este último caso la presencia de un tumor epidermoide primario.

Bibliografía

1. William R, Wrightson M, Edwards J, McMasters KM. Primary squamous cell carcinoma of breast presenting as a breast abscess. Am Surg 1999;65:1103-5.
2. Francheschi D, Crowe JP, Zolinger R, et al. Not all palpable breast cancers are alike. Arch Surg 1991;126:967-70.
3. Zoltan TB, Konick L, Coleman RJ. Pure squamous cell carcinoma of the breast in a patient with previous adenocarcinoma of the breast: a case report and review of the literature. Am Surg 2001;67:671-3.
4. Pricolo R, Croce P, Voltolini F, Paties C, Schena C. Pure and primary squamous carcinoma of the breast. Minerva Chir 1991;46:215-9.
5. Otto H, Breining H. Bening and malignant breast tumors with squamous cell differentiation. Radiologie 1987;27:196-201.
6. Bellini V, La Porta A, Berni R, Minelli M, Marinuzzi G, Mithetti M, et al. Metaplastic tumors of the breast: a case of primary squamous cell carcinoma. Clin Ter 1999;15:153-7.
7. Azzopardi JG, Ahmed A, Millis RR, Bennington JL. Problems in breast pathology. En: Bennington JL, editor. Major Problems in Pathology. Philadelphia: WB Saunders, 1979; p. 297-301.
8. DeJager D, Redlinch PN, Dayer AM, et al. Primary squamous cell carcinoma of the breast: sensitivity to cisplatin-based chemotherapy. J Surg Oncol 1995;59:1999-203.
9. Wrightson WR, Edwards MJ, McMasters KM. Primary squamous cell carcinoma of the breast presenting as a breast abscess. Am Surg 1999;65:1153-5.