

6. Zieren J, Menenakos C, Paul M, Muller JM. Sexual function before and after mesh repair of inguinal hernia. *Int J Urol.* 2005;12:35-8.
7. Pappalardo G, Frattaroli FM, Mongardini M, Salvi PF, Lombardi A, Conte AM, et al. Neurectomy to prevent persistent pain after inguinal herniorraphy: a prospective study using objective criteria to assess pain. *World J Surg.* 2007;31:1081-6.
8. Mui WL, Ng CS, Fung TM, Cheung FK, Wong CM, Ma TH, et al. Prophylactic ilioinguinal neurectomy in open inguinal hernia repair: a double-blind randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2006;244:27-33.
9. Wijsmuller AR, Van Veen RN, Bosch JL, Lange JF, Kleinrensink GJ, Jeekel J, et al. Nerve management during open hernia repair. *Br J Surg.* 2007;94:17-22.
10. Alfieri S, Rotondi F, Di Miceli D, Di Giorgio A, Ridolfini MP, Fumagalli U, Groin Pain Trial Group, et al. Chronic pain after

inguinal hernia mesh repair: possible role of surgical manipulation of the inguinal nerves. A prospective multicentre study of 973 cases. *Chir Ital.* 2006;58:23-31.

Maria de los Ángeles Martínez-Serrano^a, José Antonio Pereira^{b,*}, Valentín Junca^a, Marcel Segura^a y Luis Grande^a

^aDepartamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

^bDepartament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpereira@imas.imim.es (J.A. Pereira).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.01.028

Neoplasia intraquística bilateral de mama en un varón

Bilateral intracystic neoplasm in the male breast

El cáncer de mama en el varón (CMV) es una enfermedad infrecuente que representa menos del 1% de todos los carcinomas de mama y menos del 1% de todas las neoplasias malignas del varón¹. La edad en el momento del diagnóstico suele ser de 60 a 70 años².

Presentamos el caso de un paciente con un tumor de mama intraquístico bilateral. Se trata de un paciente de 70 años de edad sin antecedentes patológicos de interés ni historia familiar de cáncer de mama. Ocho meses antes de la intervención quirúrgica, el médico de cabecera estudió al paciente por una tumoración de mama bilateral. En la ecografía no se observó ningún signo de malignidad. Como las tumoraciones aumentaron de tamaño, se envió al paciente a nuestra Unidad de Mama. En la exploración física se palpó una tumoración retroareolar bilateral con probable contenido quístico, sin que se detectaran adenopatías axilares. La mamografía reveló unos nódulos retroareolares bien definidos, y la ecografía mostró unas tumoraciones quísticas habitadas bilaterales de 45 mm (derecha) y 25 mm (izquierda) de diámetro (fig. 1). La punción con aguja fina de la mama derecha dio como resultado anatopatológico una proliferación papilar con discreta atipia. La biopsia con aguja gruesa de la mama izquierda mostró fibrosis sin ningún signo de malignidad. Los marcadores tumorales CEA y CA 15/3 no estaban aumentados. Se indicó tratamiento quirúrgico y se llevó a cabo una mastectomía subcutánea bilateral. En el espécimen quirúrgico de la mama derecha se observó un nódulo fibroso adyacente a la tumoración. El examen histológico diagnosticó en la mama izquierda un carcinoma papilar intraquístico (CPI) con invasión capsular y de la grasa (fig. 2), y en la mama derecha un CPI con invasión capsular y

de la grasa, con un foco de carcinoma ductal infiltrante (CDI) y carcinoma ductal in situ (CDIS) de alto grado, cribiforme en el nódulo fibroso (lo que significa 3 variantes histológicas en la misma mama).

Los receptores de estrógenos (55%) y de progesterona (90%) fueron positivos. La actividad proliferativa era baja (el 5% de proteína Ki67), y la expresión de la proteína c-erB2 fue negativa.

Con este resultado anatopatológico se indicó una nueva intervención para biopsia de ganglio centinela del lado derecho, que fue negativa. Como tratamiento adyuvante sólo



Figura 1 - Ecografía: nódulo quístico habitado por masas papilares.

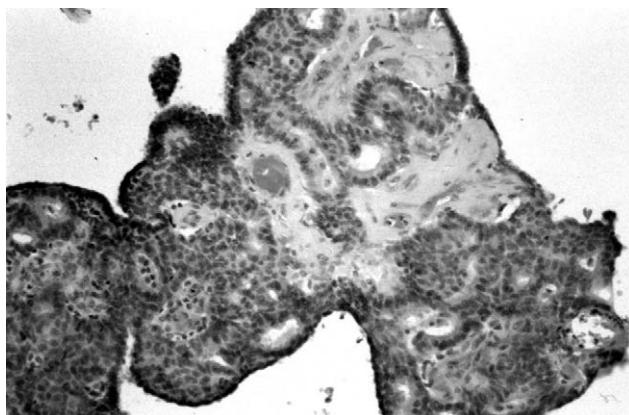


Figura 2 – Detalle del componente del carcinoma papilar intraquístico (tinción con hematoxilina-eosina × 40).

se consideró necesario un tratamiento hormonal con tamoxifeno. El paciente sigue controles periódicos y en la actualidad, 4 años después de la intervención, se encuentra libre de enfermedad.

El cáncer de mama en el varón y en la mujer tiene un pronóstico y un índice de supervivencia similares¹. El CDI es el CMV más frecuente (92%), seguido por el papilar (2%) y el mucinoso (2%)³.

El CDIS, que sólo representa el 5% de todos los CMV⁴, es una lesión infrecuente con diferencias morfológicas del CDIS de mama femenino⁵. El CDIS puede aparecer sólo o asociado a un CDI. La variante histológica más frecuente del CDIS es la papilar (74%), a menudo con superposición de un patrón cribiforme⁵. El CPI de mama en el varón es una enfermedad muy rara⁶⁻⁸. Se supone que este carcinoma se origina en los ductos más anchos y de situación más central, y que su crecimiento y secreción causan dilatación del conducto, lo que origina la formación de un quiste⁹. Molecularmente, el CPI muestra pérdida de la heterocigosisidad del cromosoma 16q, mientras que el papiloma intraductal no¹⁰. A pesar de la ausencia inicial de signos de malignidad en el caso que presentamos, el rápido crecimiento tumoral y la proliferación papilar intraquística condujeron a la sospecha de malignidad y al subsiguiente tratamiento quirúrgico.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.012

B I B L I O G R A F Í A

- Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: A population-based study. *Cancer*. 2004;101:51-7.
- 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;215:451-7.
- Hodgson NC, Button JH, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS. Male breast cancer: Is the incidence increasing? *Ann Surg Oncol*. 2004;11:751-5.
- Cutuli B, Dilhuwy JM, De Lafontan B, Berlie J, Lacroze M, Lesauvage F, et al. Ductal carcinoma in situ of the male breast. Analysis of 31 cases. *Eur J Cancer*. 1997;33:10-1.
- Hittmair AP, Lininger RA, Tavassoli FA. Ductal carcinoma in situ (DCIS) in the male breast: A morphologic study of 84 cases of pure DCIS and 30 cases associated with invasive carcinoma-a preliminary report. *Cancer*. 1998;83:2139-49.
- Imoto S, Takahiro H. Intracystic papillary carcinoma of the breast in male: Case report and review of the Japanese literature. *Jpn J Clin Oncol*. 1998;28:517-20.
- Balsa-Marín T, Díez, Timón J, Gil B, Palomar A, González N. Non invasive intracystic papillary carcinoma of the male breast. A case report. *Cir Esp*. 2005;78:266-7.
- Andrés B, Aguilar J, Toroba A, Martínez-Gálvez M, Aguayo JL. Intracystic papillary carcinoma in the male breast. *Breast J*. 2003;9:249-50.
- Lefkowitz M, Lefkowitz W, Wargotz ES. Intraductal (intracystic) papillary carcinoma of the breast and its variants: A clinicopathological study of 77 cases. *Human Pathol*. 1994;25:802-9.
- Tsuda H, Uei Y, Fukutomi T, Hirohashi S. Different incidence of loss of heterozygosity on chromosome 16q between intraductal papilloma and intracystic papillary carcinoma of the breast. *Jpn J Cancer Res*. 1994;85:992-6.

Ernest Just*, Xavier Botet, Diana Escolà, Sergi Martínez y Enric Duque

Servicio de Cirugía General, Hospital Alt Penedès, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 27798ejr@comb.cat (E. Just).

Bazo ectópico intrapancreático Intrapancreatic accessory spleen

La presencia de tejido esplénico ectópico en la cavidad abdominal se ha reportado en la población general en un 10 a un 15%, y se encuentra habitualmente localizado próximo al hilio esplénico. Su presencia intrapancreática se observa en el 1 al 2% de los casos¹. Generalmente, se trata de anomalías que

permanecen asintomáticas, por lo que en su mayoría se descubren en forma accidental. La importancia de esta entidad anatomo-patológica radica en que pueden simular neoplasias pancreáticas malignas, lo que genera laparotomías innecesarias^{2,3}.