



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2585 - Prevención del cáncer de mama (CM) en el varón: ¿Nos olvidamos del género en el diagnóstico precoz del CM? El valor del consejo básico en atención primaria (AP)

A. Porta Salazar^a, M. Díaz Casado de Amezua^b y A. Quero Blanco^c

^aMédico Interno Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga. ^cFEA Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años que presenta absceso mama derecha (MD) de meses de evolución, con empeoramiento progresivo en el último mes. Antecedentes personales: exfumador desde hace 10 años. Intervención de cáncer de laringe hace 10 años. Hepatopatía enólica, cirrosis hepática de 9 años de evolución, síndrome depresivo, atrofia cortical de predominio bifrontal desde hace 5 años. Mala adherencia a hábitos higiénicos-dietéticos y nula conciencia de enfermedad crónica. Antecedentes familiares: hermana fallecida CM.

Exploración y pruebas complementarias: Masa ulcerada pétrea MD. Se remite a valoración preferente por unidad de mama que confirma la existencia de masa y adenopatías axilares patológicas. Mamografía: ginecomastia bilateral. Masa heterogénea de 70 mm con bordes mal definidos sospechosas de malignidad, BIRADS 5. Se recomienda BAG de masa MD y PAAF adenopatía axilar derecha de 14 mm sospechosa, el paciente declina y pospone a otra cita. Informe ecografía y biopsia posterior: masa en MD de 70 mm BIRADS 5 y adenopatía axilar derecha de 15 mm. Patología: carcinoma ductal infiltrante. Inmunohistoquímica: receptores hormonales estrógenos positivo (> 95%), progesterona positivo (> 95%), PathwayHer-2/new (clona 4B5) negativo (1+), índice proliferativo (ki-67) 40%, citoqueratina 7 positivo, GCDP-15 positiva focal; mamoglobina, citoqueratina 20, TTF1, CDX2, PSA negativas.

Juicio clínico: Será presentado en Comité de Mama hospitalario. Tratamiento con tamoxifeno 20 mg/24h.

Diagnóstico diferencial: Absceso mamario.

Comentario final: Debido a la escasa conciencia de esta patología en el varón hace que se retrase el diagnóstico del mismo y tenga, por lo tanto, peor pronóstico comparándolo con la mujer. El retraso entre la aparición de síntomas y el diagnóstico en 10 meses. La incidencia en EEUU durante el año 2015 fue de 2.350 casos nuevos de CM, siendo 0,5-1% varones entre la sexta y séptima década de la vida. En el varón suele debutar como nódulo subareolar indoloro, con histopatología predominante de carcinoma ductal infiltrante y hormonalmente sensible (92% de 5.494 casos entre 1973-2005, según la base de datos del National Cancer Institute). Un estudio multicéntrico, puso de manifiesto que el 12,5% de 3.409 pacientes afectos de CM desarrollaron otro tipo de cáncer (Intestino delgado, recto, páncreas y próstata). No hay estudios que aclaren la estrategia de seguimiento más adecuada. Sí se debe ofertar el consejo genético al varón con cancer mama

especialmente a los que tengan antecedentes de historia familiar de NM y ovario; el 5-10% de hombres con BRCA2+ desarrollarán NM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Culell P, Solemou L, Tarazona J et al. Male breast cancer: a multicentric study. *Breast J.* 2007;13(2):213-5.
2. Hemminki K, Scelo G, Boffeta P, et al. Second primary malignancies in patients with male breast cancer. *Br J Cancer.* 2005;92(7):1288-92.