



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1033 - Una enfermedad de ambos sexos: cáncer de mama

A. Hernández Marcos^a, M. Rubio Gómez^a, M. Lubián Martínez^b, R.I. Estellés Fernández^c, J.C. Laguna Sarría^d, B. Sierra Bergua^e, R. Lavedán Santamaría^f, L. Rejas Morras^f, M. Bastarós Bretos^g y J. Peña Robles^h

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno-Gararrapinillos. Zaragoza. ^dMédico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza III. Centro de Salud Miralbueno-Gararrapinillos. Zaragoza. ^eMédico Adjunto de Medicina Interna/Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ^gMédico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza III. Centro de Salud Oliver. Zaragoza. ^hMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años, hipertenso bien controlado con medicación. Intervenido de hernia inguinal bilateral y umbilical. Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Acude a su médico refiriendo desde hace 1 año nódulo palpable en la mama derecha que ha ido creciendo lentamente hasta hacerse visible, no doloroso, no fiebre ni secreción ni eritema.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destaca nódulo mamario en cuadrante superior externo derecho, endurecido de unos 3 cm de longitud, no doloroso ni fluctuante. Desde primaria se solicitan pruebas de imagen y se deriva a la unidad de mama. Mamografía: nódulo heterogéneo, polilobulado, retroareolar de mama derecha de 59 mm de diámetro mayor sin microcalcificaciones ni especulación que es sospechoso de malignidad. Adipomastia o falsa ginecomastia bilateral. Ecografía mamaria: se confirma nódulo retroareolar, discretamente hipoeccogénico y heterogéneo con neovascularización. BIRADS 4. Estudio de medicina nuclear: se detecta ganglio centinela con muy baja captación del trazador. Anatomía patológica: carcinoma papilar encapsulado con áreas de carcinoma ductal infiltrante. Ganglio linfático, región axilar derecha. Se evidencia de metástasis en 12 ganglios linfáticos aislados de la región axilar. Estadio pT1b, pN0. Estudio inmunohistoquímico: estrógenos y progesterona positiva. Carcinoma ductal infiltrante con inmunofenotipo luminal B.

Juicio clínico: Cáncer infiltrante de mama en el varón.

Diagnóstico diferencial: Fibromatosis mamaria, linfoma mamario, angiosarcoma de mama, mastitis, tumor desmoide, lipoma o cáncer benigno de mama.

Comentario final: Se presenta el caso de un paciente con nódulo mamario palpable de tiempo de evolución (1 año) que debido a su lento crecimiento tarda en consultar con el médico de atención primaria. Gracias a la rapidez de las pruebas diagnósticas y derivación a la unidad de mama pudo ser diagnosticado y tratado lo más precozmente posible. El cáncer de mama en hombres es una entidad rara (menos de 1% de todos los tumores de mama). Frecuente entre los 60-70 años, superior a la edad media de presentación en las mujeres. Entre todos los factores de riesgo, los únicos con asociación demostrada son los genéticos (del 15 al 20% tienen

historia familiar de cáncer de mama y ovario); existen otros relacionados con la elevación de los niveles de estrógenos en el cuerpo como son la obesidad, la cirrosis o el síndrome de Klinefelter. El tipo de cáncer predominante en varones es el llamado ductal causado por la ausencia de lóbulos terminales en la mama masculina. El enfoque terapéutico es igual que en el cáncer de mama presentado en mujeres: cirugía (mastectomía por la enfermedad avanzada y por la anatomía de la mama), radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal con tamoxifeno si presentan receptores hormonales positivos. El pronóstico parece ser peor que el de mujeres en el mismo estadio debido principalmente a diagnósticos tardíos. Nuestro paciente fue intervenido a los 3 meses de mastectomía radical y disección axilar evolucionando favorablemente. No precisó tratamiento con radio ni quimioterapia y actualmente está con terapia hormonal (tamoxifeno).

BIBLIOGRAFÍA

1. Prada N, Ríos JA, Ríos D. Cáncer de mama en hombres. ¿Es una entidad diferente al cáncer de mama en la mujer? Revisión de la literatura. Rev Colomb Cancerol. 2014;18 (2):78-82.