



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2675 - NEOPLASIA DE MAMA EN EL VARÓN, MÁS FRECUENTE DE LO QUE PARECE

A. Matías Hernández^a, V. Gómez Limontes^a, S. Moreno López de Lerma^a, C. Butrón Blanes^b, C. Rodríguez de la Pinta^b y J. Brioso Rodríguez^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón 51 años, HTA, hiperuricemia. TTO: hidroclorotiazida 12,5 mg, fosinopril 20 mg. Acude refiriendo retracción del pezón izquierdo desde hace dos meses.

Exploración y pruebas complementarias: Mama izquierda con retracción del pezón con zona indurada retroareolar y adenopatías axilares izquierdas. Se solicita mamografía y/o ecografía, destacando tumoración densa espiculada, sólida e hipoeoica. Adenopatías patológicas en región axilar izquierda. BIRADS-5. Se realiza punción-biopsia con resultado de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda estadio IIIC (pT2 N3 Mx) G2 y afectación ganglionar. Receptores estrogénicos: +++ Receptores Progesterona: +++ HER2:- Ki67: moderado índice. P53:- E-cadherina y CK-19: + células neoplásicas. Ca 15,3: 55,4. Desde el servicio de Patología Mamaria se realiza mastectomía radical izquierda con linfadenectomía axilar izquierda. En Oncología se pauta tratamiento coadyuvante con epirrubicina + ciclofosfamida cada 21 días por 4 ciclos + paclitaxel semanal por 12 ciclos. Seguido de tamoxifeno 20 mg cada 24 horas durante 5 años. En febrero de 2017 se realiza un TC de extensión, donde se concluyen múltiples nódulos pulmonares compatibles con metástasis, por lo que se decide prolongar epirrubicina + ciclofosfamida durante 8 ciclos más. En mayo de 2017 se realiza un TC de control para valorar respuesta, obteniéndose hallazgos compatibles con buena evolución con desaparición y disminución del tamaño y cavitación de la mayoría de las lesiones pulmonares.

Juicio clínico: Carcinoma infiltrante ductal de mama izquierda estadio IIIC.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma ductal in situ. Carcinoma lobulillar in situ. Carcinoma ductal infiltrante. Carcinoma inflamatorio. Enfermedad de Paget.

Comentario final: Con este caso se pretende remarcar la existencia y los signos de alerta del cáncer de mama en el varón. No existen protocolos diagnósticos para el cáncer mama en varón debido a la escasa prevalencia de esta patología. En la mayoría de los pacientes, el diagnóstico se hace mediante la triple evaluación: clínica, radiológica (mamografía y/o ultrasonido) y biopsia (por aspiración con aguja fina o incisional). La identificación y el tratamiento precoz ayudan a la supervivencia.

Bibliografía

1. Díaz García N, Cuadrado Rouco C, Vich P, Álvarez-Hernández C, Brusint B, Redondo Margüello E. Breast cancer update in primary care. Semergen. 2015;41(2):76–88.

Palabras clave: Cáncer de mama. Retracción del pezón. Adenopatía axilar.