



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3002 - DOCTORA, LE PARECERÁ UNA TONTERÍA, PERO TENGO EL PEZÓN IZQUIERDO METIDO PARA DENTRO DESDE HACE UN TIEMPO

S. López Zacarez^a, A. Pérez Díaz^b, A. Fernández López^c, J. García García^d, M. Plasencia Martínez^e y J. Melero Abellán^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta de atención primaria por retracción del pezón izquierdo de un mes de evolución; niega pérdida de peso y no presenta ninguna otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: En mama izquierda palpamos zona indurada, no dolorosa y poco definida a nivel retroareolar. A pesar de lo infrecuente de la patología neoplásica mamaria en el varón, decidimos enviar al paciente a anatomía patológica (AP) para estudio histológico por exploración mamaria patológica y diferente de la mama contralateral. Desde AP deciden no realizar punción y aconsejan valoración por dermatología. El paciente vuelve a nuestra consulta angustiado, intentamos tranquilizarlo y decidimos pedir ecografía mamaria urgente que apoye nuestra decisión de biopsiar la lesión; la ecografía informa de una “zona pseudonodular de 2,2 cm retroareolar hipoecoica que sugiere lesión inflamatoria glandular/fibrosis”. Realizamos interconsulta a dermatología a petición de AP, que a su vez deriva al enfermo a AP nuevamente. Esta vez sí se realiza BAG, que describe un estroma esclerosado y foco con estructura glandular con atipias sugerente, de proceso neoplásico. Le explicamos al paciente que es necesario realizar exéresis de la lesión y lo derivamos a cirugía general para mastectomía y estudio axilar que resultó negativo. La pieza quirúrgica se informa de carcinoma ductal infiltrante. Desde cirugía se consulta con oncología para completar estudio y deciden pautar tratamiento adyuvante con Tamoxifeno, con el que se encuentra actualmente.

Juicio clínico: Carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado en un varón de 38 años.

Diagnóstico diferencial: Mastitis, fibrosis, carcinoma de mama.

Comentario final: El carcinoma de mama es muy poco frecuente en el varón (0,1 a 0,2% de todos los cánceres masculinos), lo que condiciona diagnósticos más tardíos que ensombrecen el pronóstico. Una exploración minuciosa y una buena comunicación con los servicios hospitalarios son las claves para el diagnóstico precoz del cáncer de mama en el varón y por tanto, son las claves para un mejor pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

1. Rev Cubana Oncol. 2001;17(2):128-34.

Palabras clave: Carcinoma. Mama. Varón.