

Bibliografía

1. Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis—the plaque and its pathogenesis. *N Engl J Med.* 2006;354:942–55.
2. Fernández-Fernández O, Álvarez-Cermeño JC, ArbizuUrdiaín T, Arroyo-González R, Arnal-García C, Casanova Estruch B, et al. Grupo Post-ECTRIMS. Revisión de las novedades presentadas en el XXVI Congreso del Comité Europeo para el Tratamiento e Investigación en Esclerosis Múltiple (ECTRIMS) (I). *Rev Neurol.* 2011;52:227–38.
3. Costello F, Stuve O, Weber MS, Zamvil SS, Frohman E. Combination therapies for multiple sclerosis: scientific rationale, clinical trials, and clinical practice. *Curr Opin Neurol.* 2007;20:281–5.
4. García-Burguillo MP, Águila-Maturana AM. Estrategias de conservación de la energía en el tratamiento de la fatiga en

pacientes con esclerosis múltiple: Estudio piloto. *Rev Neurol.* 2009;49:181–5.

5. Forwell SJ, Brunham S, Helen T, Morrison W, Oger J. Primary and nonprimary fatigue in multiple sclerosis. *Int J MS Care.* 2008;10:14–20.

I. Miguéns Blanco*, E. Rego Sieira y L. García Méndez

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Matamá, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(I. Miguéns Blanco\).](mailto:iria.miguens@hotmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semrg.2013.06.008>

Cáncer de mama en el varón. A propósito de un caso

Breast cancer in males. Presentation of a case

Sr. Editor:

El cáncer de mama es una neoformación de tejido, generalmente ductal y/o lobular que ocurre en hombres y mujeres; se presenta con mucho menos frecuencia en el varón, alrededor del 1% de todos los cánceres de mama y aproximadamente el 0,2% de todos los cánceres en el sexo masculino; la edad de diagnóstico se encuentra alrededor de los 67 años, con aumento de su frecuencia, siendo hasta en un 80% carcinoma ductal infiltrante¹. No existen protocolos estandarizados y recomendados para el cribado del cáncer de mama en el varón, por lo cual habitualmente no se les recomienda la autoexploración, ni acudir a valoración ante signos que lo indiquen.

A continuación presentamos el caso clínico de un varón de 64 años que acude a nuestra consulta de atención primaria refiriendo mastalgia izquierda de un mes de evolución, con sensación referida como pesadez. Como antecedentes presentaba alergia a sulfamidas, hipercolesterolemia, fibrilación auricular permanente anticoagulada, síndrome ansioso y degeneración macular. Intervenciones quirúrgicas de amigdalectomía, herniorrafia inguinal izquierda, faquectomía bilateral, fimosis, exéresis de lipoma y quiste sebáceo en espalda. Seguía tratamiento con omeprazol 20 mg, digoxina 0,25 mg todos los días excepto sábados y domingos, bromazepam 1,5 mg, simvastatina 10 mg y sintrom 16 mg semanales. En la exploración física destacaba ginecomastia bilateral, presentando en mama izquierda aumento de consistencia de 2 × 2 cm e hipersensibilidad del cuadrante superior externo, sin adherencia a planos profundos, con retracción del pezón observada de aproximadamente 3-4 semanas de evolución, eritema perireolar, sin telorrea, no se palpaban nódulos ni adenopatías axilares y sin presencia de síndrome constitucional. Desde nuestra consulta decidimos derivarle a urgencias de su hospital de referencia para la realización de estudios complementarios.

Tras un mes de su derivación el paciente acude a nuestra consulta con informe clínico del servicio de cirugía general en el cual destaca analítica sin hallazgos significativos, siendo los marcadores tumorales específicos normales Antígeno carcinoembionario (CEA) 1,2 ng/ml (0-5), Ca-125 8 U/ml (0-35), Ca 19-9 12 U/ml (0-40), Ca 15-3 26,5 U/ml (0-31). En la radiografía de tórax se observa ginecomastia bilateral sin otros hallazgos significativos. En la ecografía mamaria se identifica área de atenuación del sonido en región retroareolar de la mama izquierda de aproximadamente 15 × 15 mm. Sin hallazgos en la ecografía axilar. La mamografía mostró lesión espiculada en región retroareolar de mama izquierda con alta densidad que constituye una lesión de sospecha BIRADS 5 con ginecomastia verdadera bilateral. Para confirmación diagnóstica se realizó biopsia-aspiración con aguja fina encontrándose cilindros de tejido mamario que muestran proliferación neoplásica epitelial, de crecimiento infiltrante, sólido y cordonal con formación de ductos, atipia nuclear y hasta 6 mitosis por 10 campos de gran aumento, siendo diagnosticado de carcinoma ductal infiltrante, grado II-III con focos de carcinoma intraductal de alto grado. La TC de abdomen presenta lesión esplénica inespecífica de 3,4 cm a valorar lesión metastásica, lesión inespecífica en el segmento 4 en LHD subcentrimétrica. Tras los hallazgos descritos se realizó tratamiento quirúrgico inicial con mastectomía radical modificada izquierda y tumorectomía derecha mediante mamoplastia de reducción horizontal, siendo presentado el caso al comité de tumores decidiendo completar el tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. El paciente se encontraba clínicamente estable, sin presentar complicaciones posquirúrgicas, refiriendo dolor en sitios de intervención, y se inició diclofenaco 50 mg por vía oral hasta próxima valoración.

Quince días después, el paciente vuelve a nuestra consulta tras la valoración por el servicio de oncología médica con informes de resultados de anatomía patológica en donde se encuentra carcinoma ductal infiltrante mama izquierda GII, PT1c (2 cm), PN1 (3 ganglios de los 26), M0, con afectación de la dermis de aréola y pezón, receptores hormonales positivos y c-erb-B2 positivo +++. Se decidió tratamiento complementario de quimioterapia con 4 ciclos de doxorubicina/ciclofosfamida (AC), 12 ciclos de taxol-herceptin

semanal, seguidos de herceptin cada 3 semanas hasta completar un año. Y además presentó aumento de volumen y dolor en brazo izquierdo, encontrando en la exploración física linfangitis y dolor en brazo izquierdo, con hematoma y colección en hemitórax ipsilateral, sin disnea ni inestabilidad hemodinámica, por lo cual se deriva a urgencias de su hospital de referencia para valoración por posible complicación posquimioterapia.

Al mes de su derivación acude a nuestra consulta comentando que por la complicación presentada se había decidido suspender quimioterapia e iniciar radioterapia y hormonoterapia con tamoxifeno 20 mg/día por 5 años, manteniéndose clínicamente estable en el momento actual.

Al año de seguimiento acude a nuestra consulta encontrándose estable, tolerando adecuadamente el tratamiento y sin cambios significativos en analítica, TC torácica y abdomenopélvica de control.

Discusión

Nuestro paciente es un caso atípico de cáncer de mama en el varón, en el cual se ha realizado una correcta valoración en la consulta de atención primaria, siendo derivado al especialista correspondiente para realización de pruebas complementarias y tratamiento especializado, manteniéndose un seguimiento posterior de las posibles complicaciones postratamiento desde nuestra consulta.

El cáncer de mama en el varón presenta una baja incidencia pero gran morbilidad y mortalidad^{2,3}. Actualmente carece de la atención necesaria debido a que tanto profesionales como pacientes no suelen sospechar esta enfermedad en este sexo, o porque ha sido ignorado dentro de protocolos de atención así como de prevención primaria⁴.

En el pasado era considerado de peor pronóstico al presentarse en varones, atribuyéndose al rápido crecimiento local y a que no presentaba muchas barreras contra las metástasis⁵. Sin embargo, en la literatura médica, cuando se comparan ambos sexos, el pronóstico suele ser semejante en edad y estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico⁶. La principal diferencia encontrada, siendo a la vez la que acarrea un peor pronóstico, es que la evaluación de las lesiones sospechosas suele ser más temprana en las mujeres que en los hombres, esto debido

principalmente a la baja sospecha clínica y a la falta de protocolos establecidos en atención primaria⁷⁻¹⁰.

Bibliografía

1. Borgen P, Senie RT, McKinnon WM, Rosen PP. Carcinoma of the male breast analysis of prognosis compared with matched female patients. Ann Surg Oncol. 1997;4:385-8.
2. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Altekruse SF, et al, editores. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations). Bethesda: National Cancer Institute; 2011. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/
3. Onami S, Ozaki M, Mortimer JE, Pal SK. Male breast cancer. An update in diagnosis, treatment and molecular profiling. NIH public Access. Maturitas. 2010;65:308-14.
4. Eileen T. Men's awareness and knowledge of male breast cancer. AJN. 2010;110:32-40.
5. Maijer-van Gelder ME, Look MP, Bolt-de Vries J, Peters HA, Klijn JG, Foekens JA. Clinical relevance of biologic factors in male breast cancer. Breast Cancer Res Treatment. 2001;6:249-60.
6. Dimitrov NV, Colucci P, Nagpal S. Some aspects of the endocrine profile and management of hormone-dependent male breast cancer. The Oncologist. 2007;12:798-807.
7. Hall F. Identification, biopsy, and treatment of poorly understood premalignant, in situ, an indolent low-grade cancer are we becoming victims of our own success? Radiology. 2010;254:653-9.
8. Iuanow E, Kettler M, Slanetz PJ. Spectrum of disease in the male breast. Pictorial essay. AJR. 2011;196:247-59.
9. Shanle EK, Wei X. Selectively targeting estrogen receptors for cancer treatment. Adv Drug Deliv Rev. 2010;62:1265-76.
10. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. Br J Gen Pract. 2010;60:121-8.

S.A. González-Esparza* y M.E. López-Parra

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Cerro Almodóvar, Gerencia de Atención Primaria División Sureste, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(S.A. González-Esparza\).](mailto:dra.sage@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.06.009>