

CARTA CLÍNICA

Cáncer de mama en un paciente varón



Breast cancer in a male patient

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 65 años no fumador, con un hábito enólico de 32 UBE por semana y con antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico y apendicectomía a los 25 años. No tiene antecedentes familiares de interés. Acudió a consulta de atención primaria porque se había notado una tumoración en la mama derecha de unos 6 meses de evolución. El paciente decidió consultar por el crecimiento rápido en las últimas semanas. No presentaba astenia, anorexia ni pérdida de peso. No refería ninguna otra clínica. En la inspección inicial se objetivó una lesión cutánea eritematosa y ulcerada a nivel periareolar de la mama derecha (fig. 1). En la exploración se palpó una tumoración de unos 3×2 cm adherida a planos profundos, localizada en el cuadrante superior externo de la mama derecha. La exploración de la mama izquierda fue normal. En la axila derecha presentaba una adenopatía de 1 cm. No presentaba adenopatías en la axila izquierda, supraclaviculares ni en otras localizaciones. La auscultación cardíaca y respiratoria, y la exploración abdominal y neurológica fueron normales.



Figura 1 Tumoración y ulceración periareolar en la mama derecha.

El paciente fue derivado a la unidad de diagnóstico rápido de referencia, donde le realizaron estudio mediante mamografía y ecografía, que objetivaron una masa sólida de bordes mal definidos con microcalcificaciones en su interior que infiltraba piel y con ulceración de esta. El estudio de anatomía patológica, tras realizar biopsia con aguja gruesa, diagnosticó un carcinoma ductal infiltrante grado 3 con receptores del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 negativos y receptores de estrógeno y progesterona positivos. Se completó el estudio mediante resonancia de mama con contraste, en la cual se evidenció en el cuadrante superior externo de la mama derecha una lesión nodular heterogénea mal delimitada con contornos espiculados de $24 \times 17 \times 20$ mm asociada a engrosamiento del tejido subcutáneo y que retraía y se extendía a la piel. Distalmente, en el cuadrante inferior izquierdo se observó una lesión de características similares de $2 \times 7 \times 10$ mm. En la mama izquierda no se evidenciaron lesiones focales. No se apreciaron adenopatías de tamaño significativo. El estudio mediante TAC descartó la existencia de diseminación intratorácica y/o intraabdominal y en la gammagrafía ósea no se evidenciaron metástasis óseas. La clasificación TNM del tumor de mama del paciente fue: T4bN0M0.

Actualmente el paciente sigue tratamiento con quimioterapia con intención neoadyuvante.

Comentario

El cáncer de mama (CM) en el hombre es poco frecuente, aunque su incidencia parece estar aumentando¹. Representa menos del 1% del total de cánceres en los hombres y menos del 1% de los cánceres de mama². La tasa de incidencia de la gran mayoría de los tipos de cáncer es mayor en los hombres que en las mujeres, siendo el CM una de las pocas excepciones a esta regla³. En África se ha observado una alta proporción de casos de CM en los hombres, con unas tasas de incidencia anuales de entre el 5-15%. Estas elevadas tasas son atribuidas a enfermedades infecciosas endémicas como la esquistosomiasis o la infección por hepatitis B y C, que pueden conducir a un hiperestrogenismo⁴.

El CM en los hombres comparte factores de riesgo similares a los del CM en la mujer después de la menopausia. Aproximadamente el 15-20% de los hombres con CM tienen historia familiar. Se estima que aproximadamente el 10% de los hombres con CM tienen una predisposición genética, y BRCA2 es la mutación genética asociada con mayor

Tabla 1 Factores de riesgo de cáncer de mama en el hombre**Edad****Factores genéticos***Bien establecido*

Antecedentes familiares de cáncer de mama

BRCA2>BRCA1

Posible

PALB2

Receptor de andrógenos

CYP17

CHEK2

Condiciones asociadas a una alteración de la ratio estrógenos/andrógenos

Síndrome de Klinefelter

Estrógenos exógenos o uso de testosterona

Obesidad

Orquitis/epididimitis

Finasteride

Estilo de vida: falta de ejercicio**Exposiciones***Bien establecido*

Radiación

Posible

Campos electromagnéticos

Calor

Compuestos orgánicos volátiles (por ejemplo, tetracloroetileno, dicloroetileno y benceno)

Productos químicos

Adaptada de Ruddy y Winer⁵.

BRCA1: gen del cáncer de mama 1; BRCA2: gen del cáncer de mama 2.

claridad^{2,5}. Una revisión sistemática de la literatura publicada en 2013 resume los factores que se han asociado con el CM en los hombres (tabla 1)⁵.

La mayoría de los casos de CM masculino se diagnostican a edades más tardías y en estadios más avanzados que en las mujeres, probablemente debido a la falta de conciencia de que esta enfermedad puede desarrollarse también en los hombres⁶. Los pacientes suelen presentar una masa indolora que normalmente es subareolar, con la participación del pezón entre el 40 y el 50% de los casos. Pueden observarse cambios en la piel, incluyendo retracción del pezón y ulceración, o la fijación de la masa a la piel o a los tejidos subyacentes. Las adenopatías axilares suelen ser palpables en estadios avanzados. El diagnóstico diferencial del CM en el hombre debe realizarse con las siguientes entidades: ginecomastia, pseudoginecomastia, absceso, lipoma, tumor de células granulares, fibromatosis y metástasis⁷.

El abordaje de un paciente de sexo masculino que presenta una masa sospechosa en la mama es similar al de las mujeres e incluye la exploración física, el estudio radiológico (mamografía y ecografía mamaria) y la biopsia que permite confirmar el diagnóstico y realizar la determinación de receptores de estrógeno, receptores de progesterona y receptores del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2⁷.

El carcinoma ductal invasivo es la forma histológica más frecuente del CM en los hombres (85-95%), seguido por

el carcinoma ductal in situ (5-10%). El carcinoma papilar invasivo es más común en hombres que en mujeres, representando aproximadamente el 2-4% de los CM en los hombres en comparación con un máximo del 1% en las mujeres. La enfermedad de Paget del seno y el CM inflamatorio se producen en similares proporciones en hombres y mujeres^{5,8,9}. Otros tipos histológicos menos frecuentes son el medular, el lobular, el mucinoso y el escamoso.

La gran mayoría de los CM masculinos son hormonalmente sensibles. Según el National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results, entre 1973 y 2005 el 92% de los CM masculinos y el 78% de los CM femeninos fueron positivos a receptores de estrógeno^{5,10}. Las tasas de sobreexpresión de receptores del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 están entre el 2 y el 42%⁵.

El tratamiento quirúrgico y adyuvante del CM en hombres es similar al de las mujeres y depende del grado de extensión de la enfermedad.

Inicialmente, el CM en hombres fue asociado a un peor pronóstico con respecto a las mujeres; sin embargo, en publicaciones más recientes, en las que se han realizado análisis ajustados según la edad al diagnóstico, el estadio y el grado del tumor, no se han observado diferencias entre ambos sexos⁷.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- White J, Kearins O, Dodwell D, Horgan K, Hanby AM, Speirs V. Male breast carcinoma: Increased awareness needed. *Breast Cancer Res.* 2011;13:219.
- Korde LA, Zujewski JA, Kamin L, Giordano S, Domchek S, Anderson WF, et al. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. *J Clin Oncol.* 2010;28:2114-22.
- Cook MB, Dawsey SM, Freedman ND, Inskip PD, Wichner SM, Quraishi SM, et al. Sex disparities in cancer incidence by period and age. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18:1174-82.
- Ottini L, Palli D, Rizzo S, Federico M, Bazan V, Russo A. Male breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2010;73:141-55.
- Ruddy KJ, Winer EP. Male breast cancer: Risk factors, biology, diagnosis, treatment, and survivorship. *Ann Oncol.* 2013;24:1434-43.
- Miao H, Verkooijen HM, Chia KS, Bouchardy C, Pukkala E, Laronningen S, et al. Incidence and outcome of male breast cancer: An international population-based study. *J Clin Oncol.* 2011;29:4381-6.

7. Gradishar WJ. Breast cancer in men. UpToDate [Internet] [consultado 12 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
8. Nahleh ZA, Srikantiah R, Safa M, Jazieh AR, Muhleman A, Komrokji R. Male breast cancer in the veterans affairs population: A comparative analysis. *Cancer*. 2007;109:1471–7.
9. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male breast cancer. *Lancet*. 2006;367:595–604.
10. Anderson WF, Jatoi I, Tse J, Rosenberg PS. Male breast cancer: A population-based comparison with female breast cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28:232–9.

I. Villar Balboa^{a,*} y M. Regí Bosque^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Can Serra, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivillar@ambitcp.catsalut.net
(I. Villar Balboa).