



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



Carcinoma de la mama masculina. Comportamiento clínico-patológico en nuestro medio.

Dr. José María González Ortega*, **Dr. Mario Michel Gómez Hernández***, **Dra. Zoraida Caridad López Cuevas***, **Dr. Mario Miguel Morales Wong***

* Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz". Colón. CUBA

Resumen

INTRODUCCION: El cáncer de mama en el hombre ha sido considerado durante mucho tiempo como una curiosidad médica, este ocupa el lugar 19 en la incidencia de cánceres que afectan al hombre en Cuba, su causa permanece oscura, siendo la presentación clínica, la patología y la historia natural similares a la mujer, no siendo así el pronóstico. **MATERIAL Y METODOS:** En el presente trabajo analizamos el comportamiento clínico-histológico de 8 hombres diagnosticados con cáncer de mama en el Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Colón Provincia Matanzas, Cuba, en un período de 24 años, comprendido entre Enero de 1980 a Diciembre del 2004, siendo un estudio de diseño observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, hacemos además una revisión de la literatura.

RESULTADOS: Entre los resultados más relevantes tenemos que el cáncer de mama en el hombre tuvo una incidencia del 1,6 %, la edad promedio del diagnóstico fue de 69 años, la localización más frecuente fue la subareolar, en 6 pacientes se hizo la confirmación histológica de un carcinoma ductal infiltrante, en un caso se diagnosticó un carcinoma escirroso y en el otro un carcinoma papilar. El 50% se encontraban en un Estadio II a, la Mastectomía Radical Modificada ha sustituido a la Mastectomía Radical en el tratamiento quirúrgico de los estadios iniciales. **CONCLUSIONES:** Los resultados coinciden con los encontrados en la literatura revisada, siendo denominador común el precepto del peor pronóstico del cáncer mamario en el hombre fundamentado por una invasión linfática temprana y metástasis a distancias precoces.

Introduccion

El cáncer de mama en el hombre es una enfermedad rara y poco frecuente que se presenta en una proporción muy baja con respecto a los diferentes tipos de cánceres, dicha entidad constituye el 0,2 – 1,5% de todos los tumores malignos en los hombres y aproximadamente el 1% de los cánceres mamarios en ambos sexos (1-6) . Esta enfermedad ha sido considerada durante mucho tiempo como una curiosidad médica y ocupa el lugar 19 en la incidencia de cánceres que afectan al hombre en Cuba. La referencia más antigua de cáncer de mama se encuentra en el Papiro Quirúrgico de Edwin Smith de Egipto el cual data de 3000 a 2500 años antes de nuestra era y parece haber sido referido precisamente a un hombre. La primera descripción clínica de un caso ocurrió en Inglaterra durante el siglo XIV y se le atribuye a Juan de Anderme (7) . Revisando la literatura mundial sobre el cáncer de mama en el hombre encontramos reportes más actualizados como el de Auvinen y Curtis quienes logran reunir en un estudio multicéntrico un total de 1778 casos, los cuales fueron registrados en el Surveillance Epidemiology and End. Results (SEER) Program y publicado en el año 2002 (8) . En el continente africano encontramos trabajos como el presentado por el Dr. Hassan de Nigeria en 1995 (9) y el de Omari-Alaoni de Marruecos con 71 casos en el año 2002 (1) . En los Estados Unidos de Norteamérica la incidencia del cáncer de mama en hombres es del 0,8%. Se diagnostican 1500 casos nuevos anualmente. Según reportes de la Revista New York Times en su sección dedicada a la salud (Noviembre/1998), en dicho país se reportan hasta 300 causas de muerte por cáncer mamario en hombres anualmente, lo que representa el 0,6% del total de fallecidos por cáncer de mama en ambos sexos (46 240) y el 0,08% entre todos los fallecidos por cáncer en los hombres (4, 15) . Esta entidad se presenta entre los 60 y 65 años de edad, es decir unos 6 a 11 años más que la edad en que se diagnostica en la mujer (1,2,10-12) . El diagnóstico clínico se hace al encontrar un nódulo subareolar, el cual está localizado centralmente en el 70-90% de los casos. El diámetro promedio de la masa es generalmente de 3 a 3,5cm pero puede oscilar de 0,5 a 12 cm. Las modificaciones del complejo areola-pezón tales como: retracción del pezón (7-38%), la ulceración del pezón o de la piel (14-22%) y la telorragia (4-15%) son manifestaciones clínicas que acompañan a la tumoración. La afección es bilateral hasta en el 5% de los casos, ya sean sincrónicos o metacrónicos. En el cáncer mamario masculino es posible ver las mismas variedades histológicas del tumor que en el femenino, aunque predomina el carcinoma ductal infiltrante sin otra especificidad. Debido a que la estructura morfológica de la mama en el hombre no tiene lóbulos, ni acinis, los casos de carcinomas lobulares son vistos de manera infrecuente (13) . La Sociedad Americana contra el Cáncer parece estar de acuerdo en que el cáncer mamario masculino puede atribuirse a ciertos factores de riesgo como: ? Edad avanzada. ? Estado socio-económico elevado. ? Exposición a radiaciones ionizantes y

campos electromagnéticos. ? Historia familiar (cáncer mamario en madre o hermana). ? Exposición a hormonas. ? Función testicular reducida (testículos no descendidos, orquitis urleana, herniorrafia inguinal, Síndrome de Klinefelter). ? Hiperprolactinemia (trauma craneal, prolactinoma, medicamentosa). ? Disfunción hepática (cirrosis hepática). ? Ginecomastia (signo de feminización). Se han hecho investigaciones que sugieren que el genoma del cáncer mamario en el hombre se encuentra en el brazo corto del cromosoma 8, mientras que en el caso de la mujer se encuentra en el brazo largo del cromosoma 7 (14) . El diagnóstico positivo se basa fundamentalmente en la clínica y la confirmación histológica, a diferencia de la mujer en los hombres no se practican mamografías regularmente cuando visitan al médico lo que permite que los tumores cancerosos se detecten con mayor frecuencia en fases tardías (15) . El pronóstico es generalmente muy reservado, peor que en la mujer, pues el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas, con ganglios axilares y mediastínicos metastáticos, así como por la frecuencia alta de diseminación pulmonar de la enfermedad lo que ensombrece el pronóstico aún más (16) . Con relación a la terapéutica, el tratamiento quirúrgico continúa siendo hoy día el manejo ideal para el cáncer de mama en los hombres . La técnica de la Mastectomía Radical Modificada de Merola-Patey es la más usada en el mundo actual, complementada con una terapia adyuvante, objetivas remisiones se han obtenido usando la orquiectomía, cuando la enfermedad es avanzada se considera debe practicarse la radioterapia, la endocrinoterapia y la quimioterapia combinadas. El carcinoma de mama metastático en hombres, sobre todo con metástasis ósea o de tejidos blandos en pacientes con tumores con receptores de estrógenos positivos que han recibido terapia antiestrogénica con Tamoxifén, responden satisfactoriamente a la administración del Anastrozole, que siendo un inhibidor selectivo de la aromatasas, es utilizado como hormonoterapia de segunda línea (17) . Motivados por todos los antecedentes expuestos nos decidimos a realizar la presente investigación que evalúe diferentes variables del comportamiento del Cáncer Mamario Masculino en nuestro medio.

Material y Métodos

Se diseñó un estudio sobre el Cáncer de Mama en el hombre de tipo descriptivo, corte transversal y retrospectivo, realizado en el Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del Municipio de Colón, Provincia de Matanzas, en el período comprendido entre Enero/1980 hasta Diciembre/2004, ambos incluidos.

Nuestra muestra de estudio estuvo comprendida por todos los hombres que en los últimos 25 años habían sido intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del centro de referencia con el diagnóstico histológico de carcinoma mamario, resultando en un total de 8 pacientes donde se estudiaron las siguientes variables: Edad del paciente al diagnóstico, Tipo histológico del tumor, Estadío Clínico del tumor (postoperatorio), Presencia de metástasis ganglionares regionales, Tipo de técnica quirúrgica utilizada y/o terapia adyuvante.

El procesamiento de la información se realizó mediante una Microcomputadora Pentium IV, utilizando los programas Microsoft Access y Microsoft Word del Paquete Microsoft Office XP en un ambiente de Windows XP. Los resultados se presentan en tablas para su mejor comprensión utilizando el método estadístico porcentual.

Resultados

Entre los años de 1980 y 2004, fueron tratados en nuestro centro un total de 535 cánceres que afectaban la glándula mamaria, de ellos 527 se presentaron en el sexo femenino y 8 en el sexo masculino, todos estos cánceres fueron confirmados histológicamente en el Departamento de

Anatomía Patológica, por lo tanto en nuestro hospital el 1,4 % de todos los cánceres de mama tratados en estos 25 años correspondieron a los hombres (TABLA No. 1).

TABLA No.1 Total de Cánceres de Mama operados según Sexo.
Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.
Período 1980-2004.

SEXO	NÚMERO	PORCIENTO
FEMENINO	535	98,6 %
MASCULINO	8	1,4 %
TOTAL	493	100 %

La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 69 años, con un límite inferior y superior de 59 y 82 años respectivamente.

Los 8 pacientes se presentaron clínicamente con una tumoración subareolar y uno de ellos tenía además una ulceración a nivel del complejo areola-pezones. La mama izquierda se vio afectada en 5 pacientes y la derecha en los restantes 3, ninguno de los cánceres fue bilateral.

Seis de los pacientes fueron diagnosticados como Carcinoma ductal infiltrante, uno de ellos con una infiltración pagetoide del pezón. Un caso se clasificó como Carcinoma escirroso y el otro como un Carcinoma papilar. (TABLA No.2).

TABLA No.2 Distribución de pacientes con Cáncer de Mama masculino según Tipo Histológico.

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.
Período 1980-2004.

TIPO HISTOLOGICO	NUMERO	PORCIENTO
C. ESCIRROSO	1	12,5 %
C. DUCTAL INFILT.	6	75 %
C. PAPILAR	1	12,5 %
TOTAL	8	100 %

Atendiendo al Estadiamiento Postoperatorio, tuvimos solo un paciente en Estadío I (12,5%), cuatro enfermos en estadío II a (50%), dos en Estadío II b (25%) y un paciente en Estadío III (12,5%). Cuatro pacientes

presentaron ganglios metastáticos en la axila (TABLA No.3).

TABLA No.3 Distribución de pacientes con Cáncer de Mama masculino según Estadiamiento

Postoperatorio y presencia de Metástasis Ganglionar

Axilar.

Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy". Colón.

Período 1980-2004.

VARIABLES	NUMERO	PORCIENTO
ESTADÍO POSTOPERATORIO		
ETAPA I	1	12,5 %
ETAPA II A	4	50 %
ETAPA II B	2	25 %
ETAPA III	1	12,5 %
ETAPA IV	0	0
METASTASIS GANGLIONAR		
No	4	50 %
N1	4	50 %

En cuanto al tratamiento

empleado, a 2 pacientes se les practicó Mastectomía radical (operados entre los años 1980-1981), a otros 4 se les realizó Mastectomía radical modificada por Merola-Patey y a 2 pacientes se les hizo una Mastectomía Total ampliada (con vaciamiento del primer nivel ganglionar axilar). Se empleó radioterapia post-operatoria a 5 pacientes y no se administró a los otros tres por diversas razones y dentro de ellas la edad muy avanzada que presentaban que junto al estado general también limitaron el uso de la quimioterapia.

Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden en sus preceptos al compararlos con otros estudios ⁽¹⁻⁶⁾, donde se expresa que aproximadamente el 1% de todos los cánceres mamarios corresponden al sexo masculino. El cáncer de mama se diagnostica en el hombre de edad avanzada, generalmente 9 años por encima de la edad promedio de

detección en la mujer, lo que se corresponde con otros estudios (1,2,10-12) , nuestro límite máximo de edad estuvo representado por un paciente de 82 años.

El Carcinoma ductal infiltrante sin otra especificidad, es la variedad histológica más frecuente al igual que en la mujer, siendo reportado igual hallazgo en grandes reportes de casos (7) .

La localización central del cáncer mamario en el hombre, le brinda peor pronóstico, pues al tener menor cantidad de parénquima mamario la invasión linfática axilar es precoz (50% de nuestra serie), al igual que la presencia de metástasis a distancia como a pulmón, que es la más frecuente, siendo en estos casos el Intervalo Libre de Enfermedad (ILE) y la superviviencia muy bajas, por tal motivo en la mayoría de los enfermos se hace el diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad como se reporta en la literatura (16) y ratificado con nuestros resultados al encontrar solo un paciente en Estadío I (12,5%) .

La Mastectomía Radical Modificada de Mérola-Patey con vaciamiento de los tres niveles ganglionares axilares con terapia adyuvante es la más utilizada en el mundo actual, coincidiendo con el proceder mayormente empleado en nuestro centro. Después del advenimiento de las técnicas de detección del Ganglio Centinela (GC), en los casos con GC negativos solo se practica la Mastectomía sin vaciamiento ganglionar axilar (12) .

Estudios recientes de cáncer de mama en el hombre han sugerido que debido a la ausencia constitucional de tejido mamario en dicho sexo, la radioterapia post-operatoria debería ser rutinariamente empleada en todos los estadíos de esta enfermedad (18) .

De forma general la enfermedad estudiada a pesar de tener una baja incidencia en comparación con la enfermedad cancerosa de la glándula mamaria en la mujer, tiene un impacto desbastador en la salud del hombre pues tiene un grave pronóstico y solo el diagnóstico muy precoz de la enfermedad podrá mejorarlo.

Bibliografía

- 1) El Omari-Alaoni H, Lahdiri I, Nejjar I. Male breast cancer. A report of 71 cases. Cancer Radiother 2002 Dec;6(6): 349-51
- 2) Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, Hutten N, Body G. Male breast cancer: 19 cases report. Ann Chir 2002 Oct;127(8):619-23
- 3) Altinli E, Gorgun E, Karabicak L, Uras C, Unal H. Anthropometric measurements in male breast cancer. Obes Surg 2002

- Dec; 12(6): 869-70
- 4) Geordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med* 2002 Oct; 137(8): 678-87
 - 5) De los Santos JF, Buchholz TA. Carcinoma of the male breast. *Curr Treat Options Oncol* 2000 Aug; 1(3): 221-7
 - 6) Heinig J, Jackisch C, Rody A, et al. Clinical management of breast cancer in males: a report of four cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Apr; 102(1): 67-73
 - 7) Donegan WL, Redlich PN. Breast cancer in men. *Surg Clin N Am* 1996; 76(2): 343-58
 - 8) Auvinen A, Curtis RE, Ron E, et al. Risk of subsequent cancer following breast cancer in men. *J Natl Cancer Inst* 2002 Dec; 94(24): 1892
 - 9) Hassan J. Cancer of the male breast in Zaria, Nigeria. *East Afr Med J* 1995 Jul; 72(7): 457
 - 10) Hali F, Chiheb S, El Ona zzani T, Lakhdar H. Male breast cancer in Morocco. *Ann Dermatol Venereol* 2002 May; 129(5): 699-702
 - 11) Koc M, Polat P. Epidemiology and aetiological factors of male breast cancer: a ten years retrospective study in eastern Turkey. *Eur J Cancer Prev* 2001 Dec; 10(6): 531-4
 - 12) Gibson TN, Brady-West D, Williams E, et al. Male breast cancer. An analysis of four cases and review of the literature. *West Indian Med J* 2001 Jun; 50(2): 165-8
 - 13) Koc M, Oztas S, Erem MT, Ciftcioglu MA, Onuk MD. Invasive lobular carcinoma of the male breast: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2001 Sept; 31(9): 444-6
 - 14) Chuaqui RF. Loss of heterozygosity on the short arm of chromosome 8 in male breast carcinomas. *Cancer* 1995 Nov; 55(21): 4995-8
 - 15) Rembert TC. Factores ambientales y el cáncer en las tetillas. *The New York Times-Salud* 1998 Nov 13: 45, 10
 - 16) Donegan WL. Carcinoma of the breast in male: A multiinstitutional survey. *Cancer* 1998 Aug; 83(3): 498-509
 - 17) Giordano ST, Valero V, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Efficacy of Anastrozole in male breast cancer. *Am J Clin Oncol* 2002 Jun; 25(3): 235-7
 - 18) Chakravarthy A, Kim CR. Postmastectomy radiation in male breast cancer. *Radiother Oncol* 2002 Nov; 65(2): 99-103

