

Adenocarcinoma de mama en hombre

Andrés Ayala O¹, José Recalde B², Montalvo Flores N³, Juan Molina Z⁴,
José María Aguirre E⁵, Andrea Briones Figueroa¹, Michael Palacios Mendoza¹,
Margarita Kuri González², Manuel Briones Ibarra³

¹ Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil

² Clínica Kennedy, Guayaquil

³ Centro Médico CEDIPE, Guayaquil

Rev Fac Cien Med (Quito). 2015, 40 (1): 110-113

Resumen

El cáncer de mama corresponde a menos del 1% del total de casos de cáncer en hombres. Su pico máximo se produce por encima de los 70 años y se han identificado como factores de riesgo: la mutación del gen BRCA-2, síndrome de Klinefelter, antecedentes familiares, exposición laboral, hiperestrogenismo, entre otros. Sus características clínicas incluyen una masa indolora subareolar, retracción del pezón y descarga sanguinolenta, siendo las dos últimas más frecuentes en estadios avanzados. El diagnóstico suele complementarse con estudios de imágenes, incluyendo la mamografía y ultrasonido de mama, y se confirma mediante el estudio histopatológico, donde destaca la variante ductal invasora como la más frecuente. El tratamiento de elección es la mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar o biopsia de ganglio centinela, la misma que puede acompañarse de radioterapia coadyuvante, terapia hormonal y quimioterapia sistémica. El caso que a continuación se describe corresponde a un hombre de 32 años con una masa nodular levemente dolorosa al tacto, de bordes irregulares, adherida a planos profundos en mama derecha y acompañada de linfadenopatías axilares palpables del mismo lado; la misma que fue estudiada mediante biopsia incisional reportando un adenocarcinoma de mama de localización ductal. El paciente fue sometido a ciclos de radioterapia y quimioterapia; sin embargo falleció un año después del diagnóstico tras el desarrollo de metástasis a distancia.

Palabras clave: Adenocarcinoma, cáncer de mama, hombre.

Abstract: Breast cancer accounts for less than 1% of all cancers in men. The mean age at diagnosis is over 70 years, and recognized risk factors include BRCA-2 mutations, Klinefelter's syndrome, family history of breast cancer, occupational exposure, hyperestrogenism, among others. Presentation is usually as a painless subareolar lump, but nipple retraction and bleeding from the nipple can present at advanced stages. The diagnosis is usually complemented by imaging studies, including mammography and breast ultrasound, and confirmed by histopathology. Infiltrating ductal carcinoma is the most common variant of male breast cancer. The main treatment is modified radical mastectomy with axillary lymph node dissection or sentinel node biopsy. Adjuvant radiotherapy, hormone therapy and systemic chemotherapy can also be used. We present the case of a 32-year-old man with an irregular nodular mass, which was slightly painful and adhered to deep planes, located in the right breast, with ipsilateral axillary lymphadenopathy. An incisional biopsy was made, reporting a ductal adenocarcinoma of breast. The patient underwent radiotherapy and chemotherapy; however he died a year after diagnosis after developing distant metastasis.

Keywords: Adenocarcinoma, breast cancer, male. ADDIE



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Manuel Briones Ibarra - E-mail: mbrionesi@aol.com - Centro Médico CEDIPE, Guayaquil -
Teléfono: 0999608465

Recibido: 17/05/13 • Aceptado: 27/06/15

Introducción

El cáncer de mama en hombres constituye el 0.7% de los cánceres de mama diagnosticados y al 0.17% de los cánceres detectados en hombres. A pesar de su baja frecuencia, se considera que ésta se ha incrementado en los últimos 25 años, presentando su mayor incidencia por encima de los 70 años.^{1,2,3,4,5,6} Además, múltiples factores predisponentes se han asociado, como las mutaciones del gen BRCA2, historia familiar, exposición laboral, síndrome de Klinefelter, obesidad, diabetes, criptorquidia, orquiepididimitis, cirrosis hepática y estrógenos exógenos.^{1,2,7,8,9}

La manifestación principal es la presencia de una masa sólida subareolar.^{1,4,5,10} Esta sospecha clínica se suele complementar con la mamografía; pero es la histopatología la que da el diagnóstico definitivo, siendo el carcinoma ductal la variante más frecuente; además, un alto porcentaje de estos tumores expresan receptores positivos para estrógenos y progesterona y, en menor proporción, receptores HER-2.^{1,2,5,6,7}

El tratamiento de elección es la mastectomía radical modificada más linfadenectomía axilar o biopsia de ganglio centinela. Este procedimiento suele acompañarse de radioterapia, terapia hormonal y quimioterapia sistémica.^{1,5,11}

La extraordinaria infrecuencia de esta patología y su diagnóstico tardío, son dos de los aspectos más relevantes en relación al cáncer de mama en hombres. Ambos brindan especial interés al caso presentado a continuación.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 32 años de edad que acudió por cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por masa sólida en la areola de la mama derecha, acompañada de leve dolor en la zona afecta.

No refiere antecedentes personales o familiares de importancia, y niega consumo de alcohol, tabaco y drogas. Al examen físico se evidenció masa única nodular, de consistencia sólida, de superficie brillante y lisa, de aproximadamente 2.5cm de diámetro, con bordes irregulares, infiltrada, levemente dolorosa al tacto y acompañada de linfadenopatías axilares ipsilaterales. Se realizó una biopsia de la lesión,

cuyo estudio histopatológico reportó un masa nodular no encapsulada, localizada en la dermis reticular, circunscrita por una fina capa de colágeno. La lesión nodular estaba compuesta por estructuras de apariencia glandular con zonas de eosinofilia; además de células atípicas recubriendo los conductos mamarios.

La epidermis mostró hiperpigmentación y cambios inflamatorios, sin atipias celulares. Las características histopatológicas descritas son compatibles con adenocarcinoma de mama.

El paciente fue referido a un centro de mayor complejidad para completar estudios e iniciar tratamiento. Los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de los parámetros normales y el estudio de imágenes para rastreo de metástasis a distancia no mostró alteraciones.

Como tratamiento fueron indicados 6 ciclos de quimioterapia intravenosa (Ciclofosfamida 1000 mg, Metotrexate 60 mg y Fluorouracilo 750 mg) y radioterapia. Los ciclos fueron completados aunque el paciente no acudió a los controles posteriores. Un año después de completar el esquema terapéutico propuesto el paciente falleció habiendo desarrollado metástasis sistémica.

Discusión

El cáncer de mama corresponde a una patología poco frecuente en el género masculino, con su pico de incidencia por encima de los 70 años.^{1,2,5,6} Se ha asociado a diversos factores predisponentes como: mutación del gen BRCA-2, síndrome de Klinefelter e historia familiar de cáncer de mama.^{1,2,7,8} El diagnóstico de esta patología se basa en la exploración física, estudio de imágenes y biopsia. Clínicamente se manifiesta como una masa indolora subareolar, con predominio en la mama izquierda, que puede ser dolorosa y acompañarse de ulceración, retracción del pezón y descarga sanguinolenta, en fases avanzadas de la enfermedad.^{1,4,5,10} La baja incidencia de esta enfermedad y las pocas manifestaciones presentadas en los estadios iniciales de la misma dificultan su sospecha diagnóstica ante el crecimiento de una masa en la región mamaria en un hombre.

En el presente caso, ni la edad del paciente ni la ausencia de antecedentes relevantes apuntan hacia esta posibilidad diagnóstica; sin

embargo, las características clínicas de la masa (sólida, levemente dolorosa, adherida a planos profundos, con bordes irregulares) junto con la identificación de adenopatías axilares hicieron sospechar de malignidad.

Figura 1. Se observa un nódulo eritematovioláceo de 2.5cm de diámetro, con superficie brillante y lisa, de consistencia dura.

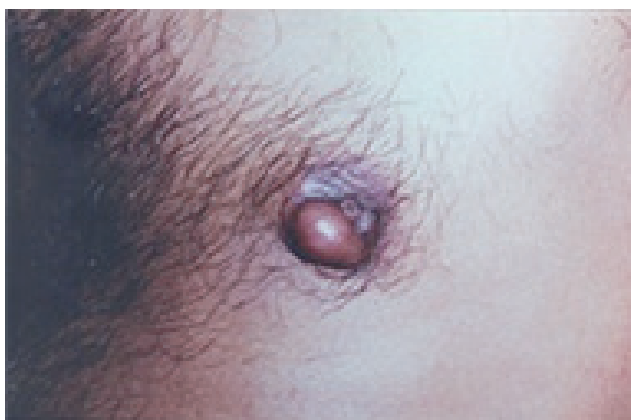
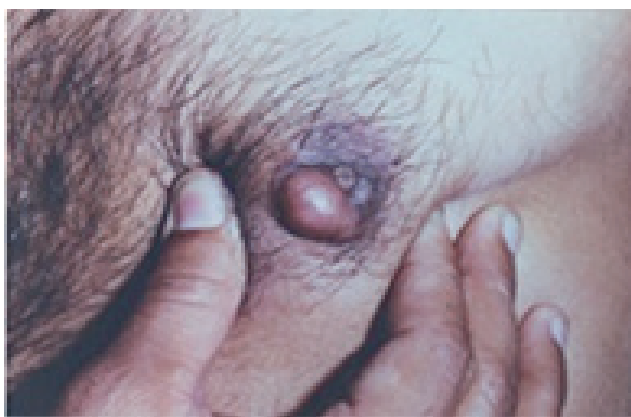


Figura 2. A la palpación se evidenció una masa nodular de aspecto leñoso, irregular, adherido a planos profundos.

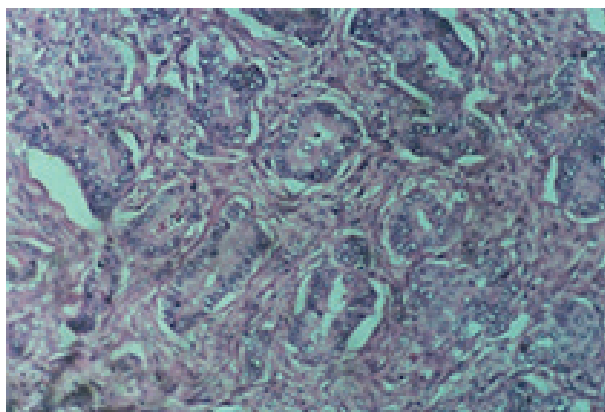


En cuanto a los estudios que complementan el diagnóstico, la mamografía presenta una sensibilidad y especificidad cercanas al 90%, apreciándose en la mayoría de los casos una masa irregular con márgenes espiculados. Por otro lado, el ultrasonido no ha demostrado ser superior, ni aportar información adicional, salvo por la valoración de la afectación nodal.^{1,2,5}

A pesar de la utilidad que han mostrado, rara vez es necesario realizarlas para completar el diagnóstico, tal como sucedió en el caso ya descrito, donde, ante la sospecha clínica, se

procedió directamente a realizarse biopsia incisional de la lesión, la misma que reportó un adenocarcinoma de mama de localización ductal.

Figura 3. Histopatología. Sobre un estroma fibroso se observa glándulas abortivas, tapizadas por epitelio atípico, con núcleos con trastornos de polaridad, con marginación de la cromatina y nucléolos prominentes.



Histopatológicamente, el carcinoma ductal invasor engloba el 90% de los casos de cáncer de mama en hombres, siendo menos frecuentes los papilomas invasores, las lesiones medulares y los de tipo lobulillar. Asimismo, cerca del 90% presentan receptores hormonales positivos (estrógeno y progesterona) y el 37% receptores HER-2. Dada la alta proporción de receptores hormonales positivos, es indispensable la determinación de los mismos en los tumores mamarios en hombres, ya que influye tanto en su pronóstico como en su tratamiento.^{1,2,6,7} Cabe recalcar que este procedimiento no fue realizado en este paciente, aunque hubiese aportado información importante para su manejo. Si bien, tras la biopsia incisional, se iniciaron ciclos de radioterapia y quimioterapia, lo indicado en este caso hubiese sido la realización de mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar o biopsia de ganglio centinela, que ha demostrado ser tan efectiva como la mastectomía radical convencional en reducir la mortalidad y el riesgo de recurrencias.^{1,4,5,11} Además, dado el tamaño tumoral (2,5cm) y la afectación linfática en este paciente, hubiese sido conveniente la realización de radioterapia y quimioterapia coadyuvantes. La radioterapia adyuvante se indica cuando hay afectación de piel o músculo pectoral, márgenes positivos o ganglios linfáticos afectados, habiendo demostrado reducir el riesgo de recurrencia en estos pacientes.^{1,11} La

quimioterapia sistémica, por su parte, se reserva para pacientes con alto riesgo de recurrencia o muerte, como aquellos con tumores de diámetro >1 cm y afectación ganglionar linfática, similares al caso descrito.^{1,10}

La terapia adyuvante hormonal se compone principalmente por el uso de tamoxifeno en tumores con receptores hormonales positivos, que se ha evidenciado mejora la supervivencia en un 17% a los 5 años.¹¹ Esta opción terapéutica también pudo haber mostrado beneficios en el presente caso, si se hubiese constatado la presencia de receptores hormonales. El pronóstico depende principalmente del tamaño del tumor y de la invasión linfática, aumentándose en un 40% el riesgo de muerte en tumores >2 cm y en un 50% cuando hay ganglios linfáticos afectados.¹ Dado que el paciente presentaba ambas condiciones su pronóstico era sombrío.

Conclusión

El cáncer de mama constituye una patología sumamente rara en el género masculino, cuyas manifestaciones clínicas son poco llamativas al inicio de la enfermedad, por lo que su diagnóstico suele darse en etapas avanzadas de la misma. El presente caso se ha expuesto por tratarse de una entidad clínica infrecuente y por el manejo no acorde a lo recomendado en la literatura publicada, que contribuyó al mal desenlace de este paciente.

Conflicto de interés

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Recursos propios de los autores

Referencias:

1. Giordano S. A Review of the Diagnosis and Management of Male Breast Cancer. *The Oncologist*. 2005; 10: 471-479.
2. Mathew J, Perkins G, Stephens T, Middleton L, Yang W. Primary Breast Cancer in Men: Clinical, Imaging, and Pathologic Findings in 57 Patients. *AJR*. 2008; 191: 1631-1639.
3. Weiss J, Moysich K, Swede H. Epidemiology of Male Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005; 14(1): 20-26.
4. Gómez C, Zambrana F, Sereno M, López M, Casado E. Male breast cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 2010; 36: 451-457.
5. Gui G. Male breast cancer: aetiology and clinical features. *Trends in Urology & Men's Health*. 2012; 3: 29-31.
6. Martínez J, Arce C, Lara F. Cáncer de mama en el hombre. *Cancerología*. 2006: 201-210.
7. Fentiman I, Fourquet A, Hortobagyi G. Male breast cancer. *Lancet*. 2006; 367 (9510): 595-604.
8. Fentiman I. Endocrine Therapy for Male Breast Cancer. *J Steroids Horm Sci*. 2013; 4: 1-5.
9. Korde L, Zujewski J, Kamin L, Giordano S, Domchek S, Anderson W et al. Multidisciplinary Meeting on Male Breast Cancer: Summary and Research Recommendations. *Journal of Clinical Oncology*. 2010; 28 (12): 2114-2122.
10. Giordano S, Perkins G, Broglio K, Garcia S, Middleton L, Buzdar A et al. Adjuvant Systemic Therapy for Male Breast Carcinoma. *Cancer*. 2005; 104 (11): 2359-2364.
11. Zygogianni A, Kyrgias G, Gennatas C, Ilknur A, Armonis V, Tolia M. Male Breast Carcinoma: Epidemiology, Risk Factors and Current Therapeutic Approaches. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2012; 13: 15-19.