

Artículo Original

Carcinoma de glándula mamaria en el hombre

César Benítez Arregui

Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad IESS, Quito-Ecuador.

Resumen

Se reportan cinco casos de carcinoma de la glándula mamaria en el sexo masculino. Se analiza la presentación clínica, el estadiaje, los procedimientos operatorios, la histopatología y el seguimiento postoperatorio de estos pacientes. Si bien no es posible llegar a conclusiones válidas por el pequeño número de casos, se trata de datos interesantes de una entidad clínica rara que debe ser conocida por el público médico.

Palabras clave: Carcinoma, Glándula mamaria.

Summary

Five cases of male breast carcinoma are reported. Its clinical presentation, staging, operative procedures, pathology, and follow-up are discussed. Because the limited number of cases, it is not possible to raise sound conclusions. It is, however, an interesting data from a rare clinical entity that should be known by the medical public.

Key words: Carcinoma, Breast gland.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central 1997;22(1): 26-27.

Introducción

En el hombre existe normalmente tejido glandular mamario en pequeña cantidad y en reposo, es decir, sin actividad o modificaciones cíclicas. Ocasionalmente, este tejido puede ser asiento de neoplasias, particularmente de carcinoma y es así como se han descrito casos de carcinoma mamario en el hombre en publicaciones que datan del siglo XIV (John de Ardene). En cuanto a la etiología o factores predisponentes, se ha especulado en relación a diversas situaciones o entidades patológicas. En el síndrome de Klinefelter parece haberse comprobado una mayor incidencia de carcinoma mamario, pero probablemente, solamente como resultado del mayor volumen que las glándulas mamarias tienen en estos individuos.¹ En Egipto, se ha encontrado relación con la billharziasis.² Heller y colaboradores, del Hospital Memorial de New York, comprobaron la existencia de ginecomastia microscópica en el 40% de casos de cáncer mamario masculino.³

Es una entidad patológica muy rara en forma universal. En la publicación de Heller se estudian 97 casos operados en el transcurso de 27 años en el Memorial, es decir que, en un gran hospital oncológico, se han realizado tres

operaciones anuales por cáncer mamario en el hombre.

En cuanto a la relación con la incidencia de cáncer mamario en al mujer, ésta se encuentra entre 1 y 2%. Hølleb encontró un caso en el hombre por cada cien casos de mujeres.⁴ Haagensen reportó 22 casos en 16 años, entre más de 2000 casos femeninos.⁵ En el Servicio de Patología del Hospital Andrade Marín, en nueve años (1970-1979), se estudiaron 147 tumoraciones mamarias malignas, entre las cuales 4 ocurrieron en hombres; lo que daría una relación de 2.7 casos de hombres por cada cien en mujeres, lo cual daría una incidencia algo mayor que las estadísticas extranjeras.

Material Clínico

En el Servicio de Cirugía General del Hospital Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad IESS, considerando un período de diez años (1976-1985), se han operado cinco casos de carcinoma mamario en hombres, todos ellos en pacientes de edad avanzada. En relación a la edad, se debe mencionar que en todas las publicaciones se ha establecido que el carcinoma mamario en el hombre ocurre algo más tardíamente que en la mujer. Así, Heller encontró una edad promedio de 65 años en sus enfermos.³

El primer paciente presentó una masa retroareolar de un año de evolución, acompañada de lesiones dérmicas de tipo eczematoide, inclusive sobre el pezón, por lo que se sospechó enfermedad de Paget, sin embargo, Patología, en el estudio ulterior de la pieza, descartó esta posibilidad. Fue posible palpar un ganglio móvil, en la axila correspondiente.

El segundo enfermo, siete años antes de acudir al Hospital Andrade Marín, se realizó una biopsia excisional de una masa retroareolar que, estudiada en ese entonces y en otro hospital, fue catalogada como epiteloma intraductal. Cuando acudió a nuestro hospital, presentó una masa de dos a tres centímetros de diámetro por detrás de una pequeña cicatriz sobre el pezón izquierdo, masa que se acompañaba de ligero dolor y de escasa secreción serosanguinolenta a la presión digital. Había un ganglio palpable, móvil, en la axila homolateral.

El tercer paciente presentaba una masa de un año de evolución que había sido calificada como ginecomastia hasta un mes antes de acudir al Servicio, cuando se había realizado una biopsia, la misma que demostró el diagnóstico de carcinoma.

El cuarto enfermo presentó una masa grande, de 4 centímetros de diámetro, móvil, no adherida a la piel ni a

Dirección para correspondencia: Dr. César Benítez Arregui, Servicio de Cirugía General del Hospital Carlos Andrade Marín del IESS, Portoviejo y Ayacucho, Teléfono 564939, Quito-Ecuador.

la aponeurosis de pectoral, de un año de evolución.

El quinto paciente, portador de una ginecomastia de 3 años de evolución, tuvo una biopsia que fue positiva para carcinoma, 15 días antes de su ingreso al Hospital.

En tres de los casos, el tumor se encontraba en el lado izquierdo y en dos pacientes en el lado derecho. En el trabajo preoperatorio se descartó, en los cinco enfermos, la presencia de metástasis a distancia. Dos casos fueron clasificados como T2N1MO y tres casos como T3NOMO.

El cuarto y quinto enfermos tuvieron una mastectomía radical tipo Halstedt, necesitando la aplicación de un injerto cutáneo para cubrir el defecto de la piel. El tercer paciente fue sometido a una mastectomía radical modificada tipo Patey. En los otros dos casos se realizó una mastectomía simple más linfadenectomía axial baja, en el un paciente en continuidad y en el otro, sin continuidad.

Resultados

La evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria, libre de complicaciones en todos los casos.

El estudio histopatológico demostró en todos los casos la presencia de carcinoma intraductal infiltrativo. En los dos primeros casos no se detalló el compromiso ganglionar. En el caso sometido a mastectomía tipo Patey, se encontró un ganglio positivo para metástasis entre 21 estudiados. En los que tuvieron la mastectomía radical clásica se encontraron 0 y 2 ganglios positivos entre 27 y 22 estudiados, respectivamente.

Todos los pacientes recibieron radioterapia en el postoperatorio inmediato.

En cuanto a la sobrevida, el primer enfermo falleció a

los dos años y medio de la operación por múltiples metástasis óseas. Los otros pacientes han sido controlados a los 2, 4, 7 y 8 años después de la operación, encontrándose entonces sin manifestaciones de actividad tumoral.

En relación a publicaciones internacionales, Treves informó una sobrevida del 29% a los cinco años de la operación en 146 enfermos.⁶⁻⁸ Heller encontró una sobrevida del 79% a los diez años, cuando los ganglios axiales fueron negativos y del 11% a los diez años, cuando los ganglios fueron positivos.

Por el escaso número de casos, esta revisión no permite determinar conclusiones importantes. Constituye sin embargo, un documento interesante de una patología poco frecuente, pero que amerita el conocimiento del médico en general, y muy particularmente del cirujano.

Bibliografía

1. Jackson AW, Muldal S, Ockey CH, Connor PJ: Carcinoma of male breast in association with Klinefelter syndrome. *Br. Med. Journal* 1965; 1: 223.
2. El Gazaverli MM, Abdel-Aziz A S: On billharziasis and male breast cancer in Egypt: a Preliminary report and review of the literature. *Brito. J. Cancer* 1963; 17: 566.
3. Heller K, Rosen P, Schotenfeld D, Ashikari R, Kinne D: Male breast carcinoma: a clinic pathological study of 97 cases. *Ann Surg* 1978; 188 (1): 160-5.
4. Holleb AI, Freeman H.P, Farro JH: Cancer of male breast. *N.Y. State J. Med* 1968; 68: 544-656.
5. Haagensen CD: *Enfermedades de la Mama*. Editorial bibliográfica Argentina Buenos Aires 1959.
6. Treves N, Holleb AI: Cancer of the male breast. A report of 146 cases *Cancer* 1955; 8: 1239.
7. Franco Montoro A, Solis Rivera J, Mantovani Barbosa: Carcinoma da mama masculina. Consideracoes basadas em 5 casos. *Rev. Ass. Med. Brasil*. 1977; 23 (4).
8. Treves N, Robbins G G, Amoroso W L: Serous and serosanguineous discharge from the male nipple. *Arch. Surg.* 1956; 73: 319.