

# ADENOCARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA EN PACIENTE MASCULINO.

## A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA DEL CARMEN CORREA, NÉSTOR GUTIÉRREZ, CLAUDIA RODRÍGUEZ, MARÍA VIRGINIA ROJAS, ISABEL VARELA

SERVICIO DE CIRUGÍA 2, SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, MARACAY, VENEZUELA

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Se presenta un paciente masculino, quien presentó un adenocarcinoma ductal infiltrante de mama, y quien fuera atendido en el Servicio de Cirugía 2, Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, Venezuela. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 57 años de edad quien inició su enfermedad actual 3 meses antes de su ingreso con nódulo de 1 cm de diámetro, retroereolar izquierda, no doloroso, el cual, tiene un crecimiento rápido hasta alcanzar 5 cm x 5 cm de diámetro. Posteriormente dicha lesión se ulcera, drenando exudado serohemático en moderada cantidad, motivo por el cual consulta y le realizan biopsia que reportó carcinoma ductal infiltrante. Se realizó mastectomía radical izquierda, evidenciando lesión ulcerada de 4 cm de diámetro que infiltra hasta aponeurosis del pectoral mayor. Además de plastrón ganglionar con ganglios de 1 cm de diámetro, de consistencia aumentada. **DISCUSIÓN:** Se presenta el caso debido a lo infrecuente de encontrar adenocarcinoma de mama en un hombre. Los pacientes con cáncer de mama pueden ser sometidos a procedimientos quirúrgicos que van desde el extremo conservador de una tumorectomía hasta el opuesto de una mastectomía radical ampliada, dependiendo del criterio o preferencia del cirujano.

**PALABRAS CLAVE:** Adenocarcinoma ductal infiltrante, hombre, tratamiento, mastectomía radical.

### SUMMARY

**INTRODUCTION:** We present a masculine patient, who presented adenocarcinoma ductal infiltrante of breast, and who was attended in the Surgery Service 2, Autonomous Independent Service Central Hospital of Maracay, Venezuela. **CLINICAL CASE:** Masculine patient of 57 years old, who initiated his present disease 3 months before its entrance with nodule of 1 cm of diameter, at retroereolar left zone, non painful, which, it has a fast growth until reaching 5 cm x 5 cm of diameter. After this lesion was ulcerate, draining serohematic exuded in moderate amount, reason by which it, he consults and we made biopsy that report infiltrate ductal carcinoma. Left radical mastectomy was made, demonstrating ulcerate injury of 4 cm of diameter, that infiltrates until greater pectoral aponeurosis. In addition, fixed axillary's lymph nodes with lymph nodes of 1 cm of diameter, of increased consistency. **DISCUSSION:** We present this case due to the infrequent of finding an adenocarcinoma of breast in a man. The patients with breast cancer can be put under surgical procedures that go from the preservative end of a lumpectomy to the opposed one of a radical mastectomy, depending on the criterion or preference of the surgeon.

**KEY WORDS:** Infiltrate ductal adenocarcinoma, man, treatment, radical mastectomy.

### INTRODUCCIÓN

# E

l cáncer de mama es una lesión neoplásica del epitelio mamario y el proceso por el cual estas células son capaces de sufrir la transformación

Recibido: 18/07/2004 Revisado: 16/11/2004

Aceptado para Publicación: 20/01/2005

Correspondencia: Dra. María del Carmen Correa  
Servicio de Cirugía 2, Servicio Autónomo Hospital  
Central de Maracay, Urb. La Floresta, final Av. Sucre,  
Maracay, Edo. Aragua, Venezuela.

maligna es conocido en algunos aspectos, pero en otras áreas permanece oscuro <sup>(1)</sup>. El riesgo de cáncer aumenta cuando existe hiperplasia epitelial asociada a una enfermedad fibroquística, más aún, cuando existe hiperplasia epitelial atípica y particularmente en pacientes con atipias lobulillares, en quienes se ha demostrado una incidencia cuatro veces mayor de carcinoma que en personas con enfermedad fibroquística sin atipia <sup>(2,3)</sup>.

El cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres, excepto por el cáncer de la piel que no es melanoma. Se calcula que en el 2003 se diagnosticarán aproximadamente 211 300 casos nuevos de cáncer invasivo de mama (etapas I a IV) entre las mujeres en EE.UU. Cada año se presentan aproximadamente 55 700 casos nuevos de carcinoma *in situ*. El carcinoma *in situ* (etapa 0) no es invasivo y es la forma más temprana de cáncer de mama. Los hombres también pueden padecer cáncer de mama. Aproximadamente 1 300 hombres serán diagnosticados con esta enfermedad.

Se da 1 cáncer en hombres de cada 100 en mujeres, pero en éste es más agresivo, por tener menos tejido graso y la diseminación es más rápida <sup>(4-6)</sup>.

En Venezuela en recopilación de la mortalidad de 12 años desde 1977 hasta 1988 de un total de 5 229 defunciones por cáncer mamario correspondieron a varones 33, que representa el 0,63 % <sup>(7)</sup>. Pese a que la frecuencia es menor que entre las mujeres, los hombres que sufren un cáncer de mama suelen tener un peor pronóstico de la enfermedad <sup>(6)</sup>. Esta diferencia no se debe a que el tumor mamario en los hombres sea de un peor tipo, sino sencillamente a que se diagnostica bastante más tarde que entre las mujeres, sobre todo por desinformación <sup>(6)</sup>.

El riesgo de que un hombre desarrolle cáncer de mama aumenta si ha sufrido el llamado síndrome de Klinefelter, una alteración por la que no se produce testosterona. Otros factores

de riesgo son haber padecido enfermedades testiculares o sufrir sobrepeso, así como exposición a radiaciones, concentraciones altas de estrógeno, y antecedentes familiares de cáncer de mama.

La edad promedio de diagnóstico del cáncer de mama en hombres es entre los 60 y 70 años de edad. Se describe que 70 % son del tipo ductal infiltrante (8). Es posible encontrar los siguientes tipos de cáncer de mama masculino: a. Carcinoma canalicular infiltrante: cáncer que se ha esparcido más allá de las células que recubren los conductos mamarios. Este es el tipo que padece la mayoría de los hombres con cáncer de mama. b. Carcinoma canalicular *in situ*: células anormales que se encuentran en el recubrimiento de un conducto; también llamado carcinoma intracanalicular. c. Cáncer inflamatorio de mama: un tipo de cáncer en el cual la mama tiene aspecto enrojecido e inflamado y caliente al tacto. d. Enfermedad de Paget del pezón: la extensión a la superficie de un tumor subyacente de los conductos bajo el pezón <sup>(1)</sup>.

La supervivencia para los varones con cáncer de mama es similar a la de las mujeres con la misma afección cuando se diagnostican en la misma etapa. No obstante, el cáncer de mama masculino generalmente se diagnostica en una etapa posterior. El cáncer detectado en una etapa posterior tiene menos probabilidades de curarse <sup>(6)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 57 años de edad quien inició su enfermedad actual 3 meses antes de su ingreso con nódulo de 1 cm de diámetro a nivel retroareolar izquierda, no doloroso, el cual, tiene un crecimiento rápido, hasta alcanzar 5 cm x 5 cm de diámetro. Posteriormente dicha lesión se ulceró, drenando exudado serohemático en moderada cantidad, motivo por el cual consulta. Se le realiza una biopsia de la lesión

exofítica de la mama izquierda, que reportó: carcinoma ductal infiltrante. Se realizaron estudios de extensión de la enfermedad, revelando el gammagrama óseo, hallazgos de hipercaptación intensa y patológica a nivel del hemitórax izquierdo, en posible infiltración a partes blandas de primario conocido, o de invasión ósea del mismo. Se realizó una mastectomía radical izquierda, constatándose como hallazgos operatorios: lesión ulcerada de 4 cm de diámetro de localización areolar que infiltraba hasta la aponeurosis del pectoral mayor. Además de plastrón ganglionar en región axilar izquierda con ganglios de 1 cm de diámetro de consistencia aumentada.

## DISCUSIÓN

Se presenta el caso debido a lo infrecuente de encontrar adenocarcinoma de mama en un hombre. Sin embargo, este caso coincide en varios aspectos con lo descrito en la bibliografía, donde la edad promedio de diagnóstico del cáncer de mama en los hombres es entre 60 y 70 años de edad, en este caso el paciente tiene cerca de 60 años <sup>(5,7)</sup>. Coincide con que el tipo más común descrito en la literatura es el ductal infiltrante (70 %).

El diagnóstico de cáncer de mama se basa en los cambios que se producen en la mama ante su aparición. Es evidente que cuanto más pequeño sea el tumor más difícil será detectarlo pero también más efectivo será su tratamiento; por tanto, es conveniente extremar el cuidado para poder detectar con prontitud el cáncer mamario <sup>(3)</sup>.

El examen médico del paciente con una masa mamaria comienza con la anamnesis, de manera de detectar los posibles factores de riesgo para cáncer de mama. Posteriormente se procede a la exploración física iniciando con una inspección de las mamas y pezones, la palpación de toda la mama y de la axila.

La exploración clínica es seguida de un estudio complementario de mamografía y ecografía y eventualmente por la citología por punción aspiración de nódulos detectados.

A cualquier masa anómala de la mama se debe tomar muestra citológica mediante aguja fina y dirigida por ecografía, por radiología o bien clínicamente por el explorador. También se puede tomar material para diagnóstico histopatológico mediante biopsia por aguja gruesa, biopsia escisional: un procedimiento quirúrgico en el cual toda una masa anormal o área sospechosa se extirpa para el diagnóstico; el tejido se examina luego bajo el microscopio.

El líquido o tejido obtenido es remitido al laboratorio de citología donde será procesado, teñido y valorado. El citólogo da entonces un diagnóstico del tumor lo que permitirá catalogar correctamente cualquier masa tumoral mamaria <sup>(3)</sup>.

En este paciente el diagnóstico fue clínico y anatomopatológico, dado por una masa ulcerada, a la cual, se le tomó biopsia, reportándose el adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda.

Durante 80 años la terapia de elección para el carcinoma de mama fue la mastectomía radical de Halsted-Meyer; la descripción de nuevos procedimientos, basados en criterios bien argumentados, ha originado una gran controversia y ha creado confusiones con respecto al manejo del tumor primario. Los pacientes con cáncer de mama pueden ser sometidos a procedimientos quirúrgicos que van desde el extremo conservador de una tumorectomía hasta el opuesto de una mastectomía radical, dependiendo del criterio o preferencia del cirujano <sup>(3)</sup>.

La cirugía del cáncer de mama se basa en el concepto de que los cambios celulares malignos comienzan en el epitelio de los conductos o acinos, permaneciendo por un tiempo como carcinoma *in situ*, luego infiltra la membrana basal y permanece como un fenómeno local por

cierto período, al cabo del cual, se extiende a los linfáticos regionales y finalmente hace su diseminación sistémica. Virchow en 1860 sostuvo que los ganglios linfáticos constituyen una efectiva barrera de pasaje de células tumorales. En consecuencia se ha considerado como tratamiento curativo el procedimiento quirúrgico que ejecutado cuidadosamente, da una razonable certeza de que toda la enfermedad local y regional ha sido diseminada<sup>(9)</sup>.

B. Fisher afirma que cuando el tumor da manifestaciones clínicas ya no puede considerarse una enfermedad localizada, porque hasta en el 50 % de ellas puede tener nuevas manifestaciones de afección maligna, después del tratamiento locorregional.

Las mastectomías radicales modificadas consisten en la resección de la glándula mamaria,

disección del contenido axilar en continuidad y preservación de uno o ambos músculos pectorales. Los colgajos deben ser finos, pero no totalmente desprovistos de grasa y deben extenderse hasta la línea media esternal, la clavícula, el músculo dorsal ancho y el recto anterior del abdomen<sup>(9)</sup>.

La observación de que pacientes tratados con mastectomía radical, en las que no existía invasión ganglionar, presentaban después metástasis, llamó la atención y luego condujo al conocimiento de que en ocasiones coinciden la identificación clínica del problema y enfermedad diseminada. La supervivencia es similar estadísticamente cuando se comparan la cirugía conservadora y la radical. En general, un plan de tratamiento comprende el uso de recursos diversos: cirugía, radioterapia, quimioterapia, y hormonoterapia<sup>(7)</sup>.

---

---

## REFERENCIAS

1. Allegra JC, Lippman ME, Simon R, Thompson EB, Barlock A, Green L, et al. Association between steroid hormone receptor status and disease-free interval in breast cancer. *Cancer Treat Rep.* 1979;63(8):1271-1277.
2. Barbacid M. Oncogenes and human cancer: Cause or consequence? *Carcinogenesis.* 1986;7(7):1037-1042.
3. Atkins H. The treatment of breast cancer. Ed. Atkins H. Medical and technical publishing Co. LTD; 1974.
4. Armstrong B. Recent trends in breast-cancer incidence and mortality in relation to changes in possible risk factors. *Int J Cancer.* 1976;17(2):204-211.
5. Kelsey JL, Berkowitz GS. Breast cancer epidemiology. *Cancer Res.* 1988;48(20):5615-5623.
6. Watanabe H, Hirayama T. Epidemiology and clinical aspects of breast cancer. *Nippon Rinsho.* 1968;26(8):1843-1849.
7. Hernandez Muñoz G. Avances en Mastología. Editorial Universitaria. Caracas, Venezuela. 1992.
8. Stocks P. The epidemiology of carcinoma of the breast. *Practitioner.* 1957;179(1071):233-240.
9. Bedwinek J. Treatment of stage I and II adenocarcinoma of the breast by tumor excision and irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1981;7(11):1553-1559.