

CARCINOMA DE MAMA EN EL HOMBRE

REVISIÓN DE CASOS

LAURA BERGAMO, EFREN BOLÍVAR, ALÍ GODOY, NELLY CARRERO, LUIS BETANCOURT

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI" CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es presentar el comportamiento clínico patológico de 8 pacientes del sexo masculino con carcinoma de la mama, atendidos en el Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti" durante los años 2004-2005. El cáncer de mama en hombres representó el 2,33 %, 37,5 % fueron adenocarcinoma ductal infiltrante, 37,5 % estadio IIIA, 87,5 % se trató con mastectomías radicales modificadas, 57,25 % expresan receptores de estrógenos, 28,57 % sobre expresan Her2neu, 37,5 % recibió adyuvancia, 62,5 % con tamoxifeno, el seguimiento promedio fue de 44 meses, 37,5 % de recaídas local y 62,5 % están libres de enfermedad a los 5 años. El cáncer de mama en hombres es muy poco frecuente. El tratamiento primario es la cirugía, siguiendo los mismos lineamientos para la adyuvancia que en las mujeres.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, hombre, adyuvancia, tratamiento, cirugía, recaídas

SUMMARY

The objective of the present work is analyzing the clinic pathologic status of 8 patients of sex male, attending in the Oncological Institute "Dr. Luis Razetti" during the 2004-2005 years. The breast cancer in male represented the 2.33 %, in 37.5 % of them were ductal infiltrante adenocarcinoma, 37.5 % were state IIIA, 87.5 % were treated with surgery: Modified radical mastectomy, 57.25 % express estrogen receptors, 28.57 % over express Her2neu. 37.5 % received adjuvant, 62.5 % with tamoxifen, the average of periodic control was 44 month, and 37.5 % of local recurrence and 62.5 % of the patients are free of disease to 5 years. The breast cancer in male is less frequent. The primary treatment is surgery, with the same form to the adjuvant as in women.

KEY WORDS: Cancer, breast, man, adjuvant, treatment, surgery, recurrence.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de mama masculino es poco común ocupando 0,8 % de todos los carcinomas de mama ⁽¹⁾. A pesar que puede afectar todos los grupos etarios, el rango de edad para el momento del diagnóstico es entre 60 y 70 años.

El número estimado de casos nuevos y defunciones por cáncer de mama masculino en

EE.UU en 2009 es 1 910 y 440 respectivamente⁽²⁾. En Venezuela hubo 15 defunciones en 2006 ⁽³⁾.

Los factores que predisponen al riesgo parecen incluir la exposición a la radiación, la administración de estrógenos y las enfermedades relacionadas con el hiperestrogenismo, como la cirrosis o el síndrome de Klinefelter⁽⁴⁾. También hay tendencias familiares que son definitivas, habiéndose observado una incidencia mayor

Recibido: 12/07/2009 Revisado: 02/02/2010

Aceptado para publicación: 11/03/2010

Correspondencia: Dra. Laura Bergamo. Urb. Vista Alegre calle 2.

Edificio San Gaetano. Apto 20. Caracas, Venezuela.
Tel. 0416725964. E-mail: laurabbrondon@hotmail.com

entre los hombres que tienen varias parientes femeninas con cáncer de mama. Se ha informado de un aumento en el riesgo de cáncer de mama masculino entre las familias en las cuales se ha identificado la mutación *BRCA2* en el cromosoma 13q⁽⁵⁾.

Clínicamente se presenta como tumor indoloro en 75 % de los casos. El complejo areola-pezones se encuentra afectado en 5 % a 10 % de los casos⁽⁶⁾.

La patología es similar a la del cáncer de mama femenino y el cáncer ductal infiltrante es el tipo de tumor más común. También se ha encontrado en los hombres cáncer intraductal, al igual que carcinomas inflamatorios y enfermedad de Paget del pezón, pero no carcinoma lobular *in situ*. El compromiso de los ganglios linfáticos y el patrón hematógeno de diseminación son similares a los que se encuentran en el cáncer de mama femenino⁽⁷⁾.

El tratamiento primario estándar consiste en una mastectomía radical modificada con disección axilar. Las respuestas son generalmente similares a las que se ven en las mujeres con cáncer de mama. También se ha utilizado la cirugía preservadora de mama⁽²⁾. En los hombres con tumores con ganglios negativos, se debe considerar el uso de terapia adyuvante utilizando los mismos principios que para las mujeres con cáncer de mama, pues no hay prueba de que la respuesta de los hombres y de las mujeres sea diferente⁽⁸⁾. En los hombres con tumores y ganglios positivos, se ha utilizado quimioterapia más tamoxifeno y otra terapia hormonal lo cual puede aumentar la supervivencia en el mismo grado que lo hace en las mujeres con cáncer de mama. En la actualidad, se cuenta con estudios controlados que comparen las opciones de tratamiento adyuvante. Aproximadamente el 85 % de todos los tumores de mama masculino son positivos al receptor de estrógeno y el 70 % de los mismos son positivos al receptor de progesterona^(2,4).

Se ha utilizado terapia hormonal, quimioterapia o una combinación de ambas con cierto éxito.

Entre estos tratamientos se encuentran la orquidectomía, hormona liberadora de la hormona luteinizante con bloqueo total de andrógenos o sin este (antiandrógenos), tamoxifeno para pacientes con receptor positivo de estrógeno, progesterona e inhibidores de aromatasa⁽⁹⁾.

En este estudio revisamos diversos aspectos de una serie de 2 años de pacientes masculinos con carcinoma de la mama en nuestra institución.

MÉTODOS

Estudio clínico, descriptivo, retrospectivo realizado en el Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti", durante los años 2004-2005, mediante los datos obtenidos de la revisión de historias de los pacientes que acudieron a la consulta de patología mamaria.

RESULTADOS

Se atendieron 342 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, de los cuales 8 fueron del sexo masculino representando el 2,33 %. La edad promedio fue 58,12 (rango 45-80 años). El 75 % se localizaron en la región centro-mamaria, 25 % en el cuadrante súpero-externo. 37,5 % fueron adenocarcinoma ductal infiltrante, 25 % carcinoma ductal *in situ*, 12,5 % lobulillar infiltrante y 1 carcinoma escamoso primario de mama. Con respecto al estadio clínico el 37,5 % correspondió al estadio IIIA, seguido del IIB, IIIB y 12,5 % estadio IV con metástasis pulmonar. El 87,5 % se trató con mastectomías radicales modificadas y el resto con cirugía preservadora, el 50 % presentó ganglios positivos en la disección axilar niveles I, II y 1 paciente con ganglios positivos en nivel III. El 62,5 % presentó infiltración al complejo areola-pezones. Ninguno presentó multifocalidad ni multicentricidad, el tamaño patológico tumoral osciló entre 20 mm y 110 mm (promedio 48,75 mm). El 57,25 % expresan receptores de estrógenos,

el 42,85 % receptores de progestágenos, el 28,57 % sobre expresan el gen para Her2neu. El 37,5 % recibió adyuvancia tanto quimioterapia como radioterapia, el 62,5 % tratamiento con tamoxifeno, el seguimiento promedio fue de 44 meses, 37,5 % de recaídas local y 62,5 % están libres de enfermedad a los 5 años, 1 paciente falleció por progresión de enfermedad a los 46 meses de seguimiento y 1 paciente presentó metástasis ósea.

DISCUSIÓN

En el hombre la mama es un órgano vestigial y el cáncer de la mama en hombres es de muy baja incidencia, creando una limitante importante en cuanto a su etiología, evolución natural y tratamiento. El cáncer de la mama es similar en las mujeres que en los hombres, el diagnóstico generalmente se realiza en estadios avanzados y fase tardía en comparación con las mujeres. La

sobrevida global es similar a las mujeres para cada estadio clínico-patológico.

Entre los factores de riesgo que se han estudiado se encuentran la edad avanzada, las alteraciones testiculares, antecedentes familiares, exposición a radiaciones y quistes mamarios.

El carcinoma ductal invasor se ha reportado que ocupa el 80 % de los casos, en nuestra serie encontramos un porcentaje menor.

El tratamiento primario es la cirugía principalmente la mastectomía radical modificada, las conductas con respecto al tratamiento sistémico con quimioterapia, hormonoterapia y anticuerpos monoclonales son iguales que para el sexo femenino. Deberían ser tratados con radioterapia adyuvante para disminuir la recurrencia local. El cáncer de mama en hombres es muy poco frecuente. El tratamiento primario es la cirugía, siguiendo los mismos lineamientos para la adyuvancia que para las mujeres.

REFERENCIAS

1. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male breast cancer. *Lancet*. 2006;367(9510):595-604.
2. American Cancer Society. *Cancer facts and figures*. Atlanta, EE.UU. 2009.
3. Anuario de mortalidad. Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela. 2006. Disponible en: URL <http://www.mpps.gov.ve>
4. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med*. 2002;137(8):678-687.
5. Wooster R, Bignell G, Lancaster J, Swift S, Seal S, Mangion J, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature*. 1995;378(6559):789-792.
6. Ribeiro GG. Carcinoma of the male breast: A review of 200 cases. *Br J Surg*. 1977; 64(6):381-383.
7. Dickson RB, Pestell RG, Lippman ME. Cancer of the breast. En: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7ª edición. Filadelfia, EE.UU: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.p.1399-1487.
8. Golshan M, Rusby J, Dominguez F, Smith BL. Breast conservation for male breast carcinoma. *Breast*. 2007;16(6):653-656.