

CARCINOMA DE MAMA EN HOMBRES

REPORTE DE CUATRO CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA

DR. POZO PARILLI, J. C.; DR. GODAYOL, FERNANDO; DRA. OTT, SARA; DRA. MANTELLINI, CARMEN;
DR. RACHADELL, JUAN; DR. BIANCHI GINO

RESUMEN: El carcinoma de mama en el hombre es infrecuente y representa el 1% de todos los cánceres de mama. De un total de 603 pacientes con carcinoma de mama en los últimos 6 años en el Hospital Universitario de Caracas tratamos en conjunto cuatro pacientes masculinos, que representaron el 0.66%. Sus edades variaron entre 25 y 73 años. De los factores de riesgo enunciados, dos de ellos presentaron ginecomastia y uno alcoholismo. En todos los casos el tumor se presentó retroareolar y con la misma histología (carcinoma ductal infiltrante). A todos se les practicó mastectomía radical modificada tipo Madden, seguida de radioterapia y tamoxifén, en tres de ellos se asocio quimioterapia. El carcinoma de mama en el hombre, es similar al de la mujer, sin embargo se presenta en pacientes más viejos y estadios mas avanzados. Los factores pronósticos más fuertes son: tamaño del tumor, tiempo de aparición de los síntomas hasta su tratamiento y los ganglios asilares. El tratamiento sugerido es la mastectomía radical modificada, seguida de radioterapia. Los tumores responden muy bien a la hormonoterapia y puede usarse la quimioterapia.

INTRODUCCION

El carcinoma de mama es una neoplasia infrecuente en el hombre, pero representa un serio problema médico. Su incidencia se estima en menos del 1% del total de los casos de cáncer de mama y aproximadamente el 0,08% de las muertes por cáncer en el hombre⁽¹⁾. Existe escasa información sobre esta patología y básicamente ha sido ganada de la experiencia en el tratamiento de estos tumores en la mujer, beneficiando indirectamente al hombre, quien se escapa de los planes de pesquisa y de estudios clínicos controlados, por lo infrecuente del problema. sin embargo hay trabajos retrospectivos y reportes de casos que han tratado de ilustrar mejor esta rara manifestación de una frecuente enfermedad.

MATERIALES Y METODO

Se recolectaron los datos de 4 hombres tratados por cáncer de mama, en los últimos 6 años, de un total de 603 casos en el Hospital Universitario de Caracas, evaluados conjuntamente por el servicio de cirugía y radioterapia.

RESULTADOS

Durante los 6 años evaluados, la patología mamaria representó cerca del 14% del total de pacientes con diagnóstico de cáncer, sumando 603 pacientes con cáncer de mama, de los cuales el 0,66% (4 casos) fueron hombres.

Las edades variaron de 25 años a 73 años. El motivo de consulta fue tumor mamario, retroareolar, en todos los pacientes. Los antecedentes personales identificaron un factor de riesgo asociado en dos pacientes, la ginecomastia, en

el paciente de 25 años era unilateral y de mas de 10 años de evolución. En el otro paciente era bilateral y estaba asociada a alcoholismo crónico. Todos presentaron tumores entre dos y cuatro centímetros, solo uno de estos, no era móvil, en el paciente de 25 años, el cual estaba adherido al músculo pectoral. Todos los pacientes presentaron ganglios linfáticos positivos, sin embargo 2 de ellos clínicamente eran negativos y fueron considerados No. La histología fue común a todos, Carcinoma Ductal Infiltrante.

Solo uno de los pacientes ha presentado Mt (Plastrón mediastinal). El tratamiento aplicado fue mastectomía radical modificada, seguida de radioterapia y Tamoxifeno. A 3 de ellos se les administró además quimioterapia.

DISCUSION

Epidemiología:

La media edad para el diagnóstico es de 60 a 70 años, pero se puede presentar a cualquier edad, por lo general con una media mayor que en la mujer.

Aunque la patogénesis de esta enfermedad no está bien establecida, se han identificado algunos factores de riesgo como son:

- a) Exposición a radiaciones ionizantes sobre la región torácica, a temprana edad, para el tratamiento de linfomas, crecimiento del Timo, ginecomastia prepuberal, sarcomas osteogénico entre otros, observándose tumores de mama tan temprano como 12 años después de la exposición, con una media de 30 años⁽²⁾.
- b) Hombres consanguíneos femeninos, con cáncer de mama⁽³⁾ y recientemente se ha demostrado mediante el análisis molecular, una asociación familiar con el gen BRCA1 localizado en el cromosoma 17q21, con el carcinoma de mama en la mujer. El gen BRCA en el cromosoma 13q12-13 utilizado para el mismo fin, se considera pudiera

ser usado como marcador para determinar con mayor precisión los hombres de elevado riesgo^(1,4).

La feminización debida a causas genéticas o adquiridas, por administración de hormonas o por hipogonadismo, es otro de los factores asociados al aumento de incidencia de cáncer de mama en hombres que cursan con hiperestrogenismo como:

- a) Síndrome de Klinefelter (XXY), en estos pacientes los niveles de testosterona son aproximadamente la mitad de lo normal y los niveles de estrógenos están elevados, reportando una incidencia hasta 20 veces mayor de este cáncer, que en hombres normales⁽⁵⁾.
- b) Enfermedades hepáticas crónicas, está disminuido el metabolismo del estrógeno lo que incrementa sus niveles plasmáticos, esto se ha observado en pacientes alcohólicos. Crónicos así como también pacientes con fibrosis hepática por Bilharzia. Uno de nuestros pacientes, alcohólico, presentaba ginecomastia bilateral, sumado a otros signos de feminización
- c) La administración de estrógenos exógenos utilizados por transexuales después de 5 a 10 años del inicio de la terapéutica; y en pacientes con carcinoma prostático sometidos a terapia estrogénica⁽⁷⁾.
- d) Las lesiones testiculares traumáticas y aquellas orquitis severas producidas por el virus de la parotiditis, también han sido reportadas como responsables de aumentar la patología⁽⁸⁾.

La ginecomastia ha sido in factor de riesgo controversial, existen estudios de correlación clínica positiva y negativa al respecto⁽³⁾. Algunos reportan una fuerte asociación, asumiendo que la presencia de esta feminización agregaría al hombre un riesgo similar al que tiene la mujer. Esto pudiera ser interpretado no como cau-

sa efecto, sino mas bien porque ambas patologías comparten una alteración hormonal similar. Existe una alta prevalencia de ginecomastia clínicamente detectable en la población general, que ha sido reportada hasta de 57% en hombres mayores de 44 años, sin que esto represente significativamente un mayor riesgo para esta población⁽⁹⁾. En los casos revisados se evidenció ginecomastia en dos de los pacientes, en uno de ellos, el alcohólico, era bilateral.

El otro, de 25 años, presentó ginecomastia desde la pubertad y a predominio de la mama que posteriormente desarrollaría cáncer.

Presentación Clínica

La forma más común de presentación clínica es tumor centro mamario, retroareolar o a menos de 1 cm de la areola, en el 90% de los casos, coincidiendo con lo presentado en nuestros pacientes^(10, 11), y se acompaña con frecuencia de retracción del pezón, en ocasión con ulceraciones de la piel o la pared costal. Dos de nuestros pacientes, aunque clínicamente no presentaban invasión de la piel, la biopsia lo demostró. El tiempo promedio desde la aparición de los síntomas hasta la consulta es mayor que en la mujer y se estima entre 4 y 17 meses, reportando series hasta de 27% de pacientes, con dos años de evolución⁽¹²⁾. Esto se relaciona definitivamente con el pronóstico y en nuestra serie, el paciente en estadio mas avanzado, tardó mas de dos años en acudir a consulta médica. El tamaño promedio del tumor es de 4 a 5 cm y el 50% de los casos tratados quirúrgicamente presentan ganglios axilares positivos. La correlación con el examen clínico no es mas acertado que en la mujer, presentando algunas series, como en nuestro caso, falsos negativos de 18 a 38 % y falsos positivos de 8 a 21%^(13, 14). Los sitios de metástasis son similares a los de la mujer, hueso, pulmón. Pleura e hígado. Los receptores estrogénicos y de progesterona, son con mayor frecuencia positivos en el cáncer de mama en el hombre, 75-100% contra 60-

70% en la mujer, esto por fortuna ofrece una fuerte alternativa terapéutica.

Patología

El 96% de los casos son carcinoma, predominando con 89% a 93% los carcinomas ductales infiltrantes, el carcinoma ductal in situ representa del 5% al 7%. Se ha sostenido la tesis que el carcinoma lobulillar no aparecería en el hombre, debido a lo rudimentario de su mama, con ausencia de lóbulos. Estos lóbulos pueden aparecer en presencia de fuerte estimulación hormonal, describiéndose en ginecomastia y con malignidad, en el síndrome de Klinefelter⁽¹⁵⁾. Pueden presentarse tumores metastásicos en la mama, como linfomas, melanomas y cáncer de pulmón, entre otros, representando solo el 0,5% al 2%. También se han descrito sarcomas y tumores filoides⁽¹¹⁾.

Pronóstico

El Tamaño del tumor (T), el status de los ganglios axilares y el tiempo de duración de los síntomas antes del tratamiento mayor de 6 meses, son los factores que se han relacionado negativamente con la sobrevida del paciente.

Con frecuencia se sostiene que el pronóstico es peor en el hombre que en la mujer, quizá por la prevalencia de estadios mas avanzados en el hombre para el momento del diagnóstico, pero algunos análisis comparándolos estadio por estadio y números de ganglios positivos, demuestran que no hay diferencias en la sobrevida entre los dos grupos^(14, 16).

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de mama en el hombre comprende la combinación de cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia. Por mucho tiempo se consideró la mastectomía radical como el tratamiento quirúrgico standard, debido al pequeño tamaño de la mama y a su proximidad con la pared costal. Algunos trabajos han demostrado que la mastectomía radical modificada, seguida de radioterapia,

obtiene resultados comparables en sobrevida y en control local de la enfermedad^(14, 16).

El tratamiento conservador seguido de radioterapia, puede ser considerado, igual que en la mujer⁽¹¹⁾.

El uso de quimioterapia adyuvante ha sido extrapolado del tratamiento en la mujer, sin embargo estudios clínicos han demostrado que el uso de hormonoterapia en hombres, tanto en el tratamiento adyuvante como en el de las metástasis, muestra un incremento significativo de la sobrevida global^(12, 17).

BIBLIOGRAFIA

1. Donegan, W. L. and Redlich Ph. N. Breast Cancer in Men. Surgical Clinics of North America, Vol. 76, No. 2, pp 343-363 April 1996.
2. Eldar, S., Nas, E., and Abrahamson, J. Radiation carcinogenesis in the male breast. Eur. J. Surg. Oncol. 15:274-278, 1989.
3. Sasco A. J., Lowenfels A. B., Pasker-DeJong P. Review Article: Epidemiology of Male Breast Cancer. A Meta-Analysis of Published Case Control Studies and Discussion of Selected Aetiological Factors. Int. J. Cancer. 53:538-549, 1993.
4. Wooster R, Neuhausen S. L., Mangion J., et al: Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA2, to chromosome 13q 12-13. Science 265:2088-2090, 1994.
5. Sheike O., Petersen B., Breast Carcinoma in association with Klinefelter Syndrome. Acta Pathol Microbiol Scand [A] 81:352, 1973.
6. Pritchard T. J., Pankowsky D. A., Crow J.P., Abdul-Karim F. W. Breast Cancer in a Male to Female Transsexual: A case report: JAMA 259: 2278, 1988.
7. Schlappack O. K., Maier U. Report of Two Cases of Male Breast Cancer After prolonged Estrogen treatment for Prostatic Carcinoma. Cancer Detect Prev 9:319, 1986.
8. Mabuchi K., Bross D.S., Kessler I. Risk factors for Male Breast Cancer. JNCI 74:Ñ371-375.
9. Nuttal, F. Q.: Gynecomastia as a physical finding in normal man. J. Clin. Endocrinol. Metab. 48:338, 1979.
10. Hodson, G. R., Urdaneta, L.F., Al-Jutf, As., et al: Male Breast carcinoma. Am. Surg. 51:47, 1985.
11. Donegan, William L. Cancer of the Male Breast. In: Cancer of the Breast. 4th edition. W.B. Saunders Company 1995.
12. SOLIN I. J., Male Breast Cancer. In Fowble B: Breast Cancer Treatment: A comprehensive Guide To Management, St. Louis, 1991 Mosby - Year Book, pp 537 -538.
13. Heller, K. S., Rosen. P.P., Shottenfeld, D., et al: Male breast cancer: A Clinicopathologic study of 97 cases. Ann. Surg. 188:60, 1978.
14. Ouriel, K., Lotza, M. T., and Hinshaw, J. R., Prognostic factors of carcinoma of the male breast. Surg. Gynecol. Obstet., 159:373, 1984.
15. Sánchez A. G., Villanueva A. G., Redondo C.: Lobular Carcinoma of the breasting a patient with Klinefelter's syndrome: A case with bilateral synchronous histologically different breast tumors. Cancer 57:1181-1183, 1986.
16. Erichmman C., Murphy K. C., Elhakim T.: Male breast cancer: A 13-year review of 89 patients. J Clin Oncol. 2:903-909, 1984.
17. Ribeiro G. Male breasts carcinoma. A Review of 301 cases from the Christie Hospital and Holt Radium Institute, Manchester. Br. J. Cancer 51: 115 -119, 1985.