

ARTICULO ORIGINAL

Tumores de mama en hombre. Estudio de diez años

Mammal tumours in men. A ten years study

Dra. Lidia Torres Aja

Especialista de II Grado en Cirugía General Verticalizada en Mastología, Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: El cáncer mamario masculino es extremadamente infrecuente, por lo que es considerado por algunos autores como una verdadera rareza médica. **Objetivo:** Describir el comportamiento clínico patológico del cáncer de mama en hombre, en la provincia Cienfuegos. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los casos de tumores mamaros en hombre, operados en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Las variables analizadas, fueron: edad, mama afectada, localización topográfica del tumor, etapa clínica en el momento del diagnóstico, variante histológica, tipo de biopsia utilizada, técnica quirúrgica aplicada y área de salud de procedencia. **Resultados:** El mayor número de casos se registró en el grupo etario de 61-70 (44,4 %) y en los tumores benignos en el grupo de 31-40 con nueve casos (31,3 %). Se observó un aumento de su incidencia en los últimos siete años, así como su detección predominantemente en etapas muy avanzadas. **Conclusiones:** Es necesario encontrar mecanismos para establecer vías de detección precoz del tumor mamario en la provincia, para lo cual son indispensables la actualización del personal médico y la dispensarización de todos los hombres que presenten factores para el cáncer mamario.

Palabras clave: Neoplasmas de la mama masculina (diag)

ABSTRACT

Basis: The masculine mammal cancer is extremely infrequent, so many authors consider it as a truly clinical rareness. **Objectives:** To describe the clinical-

pathological behaviour of the mammal cancer in men in the province of Cienfuegos. **Method:** A descriptive-retrospective study was carried out of all the cases of mammal cancer in men, submitted to surgery in the University Hospital "Dr Gustavo Aldereguía Lima" of Cienfuegos, between January 1996 and December 2005. The variables were: age, affected mamma, topographic localization of the tumour, clinical stage in the moment of diagnosis, histological variant, type of biopsy used, surgical technique applied, and health area. **Results:** The majority of cases was registered in the 61-70 age group (44.4%); and respecting benign tumors, it was found in the 31-40 age group with 9 cases (31.3%). An increase incidence was observed in the last seven years, as well as its detection in quite advanced stages. **Conclusions:** It is necessary to find mechanisms to establish ways of early detection of the mammal tumours in the province, for which it is essential, the clinical personnel preparation and the dispensarization of all the men presenting factors for the mammal tumour.

Key words: Breast neoplasms, Male (diag)

INTRODUCCIÓN

Los tumores de mama en el hombre son infrecuentes, solo el 1 % tanto de los cánceres como de los tumores benignos, pertenecen al sexo masculino⁽¹⁻³⁾. Se acepta en la literatura universal como cociente de cáncer mamario masculino/femenino, el de 1/100⁽⁴⁻⁵⁾.

La primera descripción de cáncer mamario masculino la encontramos en el papiro de Ebers, en Egipto, 2500 a 3000 años antes de nuestra era; Juan de Anderme, por su parte realizó la primera descripción clínica en Inglaterra, en el siglo XIV.

Posteriormente se han desarrollado otros estudios, entre

Recibido: 14 de septiembre de 2006

Aprobado: 8 de octubre de 2006

Correspondencia:

Dra. Lidia Torres Aja

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos.

ellos el realizado en Nigeria por el Dr. Hassan, en 1995 y en Marruecos, por el Dr. Omari-Alaoni, en el año 2002, donde se dan a conocer la incidencia y características del cáncer de mama masculino en ese continente africano⁽⁶⁻⁷⁾. En América, encontramos trabajos de alta calidad y trascendencia, como los de Auvinen y Curtis, quienes realizaron un estudio de 1778 casos, cuyos resultados fueron publicados en el 2002⁽⁸⁻⁹⁾.

La edad promedio de aparición del cáncer de mama en el hombre, está entre los 60 y 65 años, o sea, unos diez años más tarde que en la mujer⁽¹⁰⁻¹¹⁾, y en el 90 a 95 % de los casos se realiza el diagnóstico en etapas avanzadas, lo cual influye en que presenten un peor pronóstico que en la mujer⁽¹²⁻¹³⁾.

En cuanto a la incidencia, encontramos que las tasas más altas se registran en Estados Unidos de América, Inglaterra, Egipto y Zambia, pero sobre todo, en Israel, donde se detecta la mayor incidencia de cáncer mamario masculino del mundo entre la población judía⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

En Cuba, el cáncer de mama ocupa el lugar 19 entre todos los tumores malignos que afectan al sexo masculino y representa el 1-1,5 % de todos los cánceres de mama diagnosticados⁽¹⁷⁾.

Su etiología, como la de todo cáncer, permanece oculta, pero se han reportado una serie de factores de riesgo:

Factores genéticos: existe un mayor riesgo en aquellos hombres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama, sobre todo, por línea materna, así como en aquellos cuyas familias presentan mutación de BRCA2 en el cromosoma 13⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Factores ambientales: fundamentalmente la exposición mantenida a radiaciones ionizantes.

Factores endocrinos: el tratamiento hormonal con estrógenos esencialmente.

Otros factores de riesgo son: el síndrome de Klinefelter, la disfunción testicular, la cirrosis hepática, la ginecomastia y el alcoholismo⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Las últimas investigaciones sobre cáncer mamario, arrojan que el genoma de este en el hombre, se encuentra en el brazo corto del cromosoma 8 y en la mujer, en el brazo largo del cromosoma 7⁽²⁰⁾.

La localización más frecuente de los tumores mamarios, tanto benignos como malignos, en el hombre, es en la región central o areolar y el tipo histológico predominante es el carcinoma ductal infiltrante entre los malignos y el fibroadenoma y la hiperplasia ductal entre los benignos⁽¹²⁻¹⁹⁾.

Los medios y métodos diagnósticos usados son los mismos que se emplean en las mujeres, con excepción de la mamografía, que no es usada para detecciones precoces en la población sana masculina, ni en mamas sintomáticas por las dificultades técnicas y la pobre información que aportan, debido al escaso tejido mamario del varón.

El tratamiento quirúrgico de elección es la mastectomía radical modificada de Patey, seguida de radioterapia con

cobalto 60, de acuerdo al grado de toma ganglionar existente y de poliquimioterapia citostática u hormonoterapia, de acuerdo a la hormonodependencia del tumor⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

En Cienfuegos, se ha detectado en los últimos años, un aumento en la incidencia de tumores mamarios en hombre, lo que ha motivado a realizar esta investigación, cuyo objetivo es describir el comportamiento clínico patológico de esta enfermedad en la provincia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo, de serie de casos, en un período de diez años (1ro. de enero de 1996 hasta el 31 de diciembre del 2005), en el cual se incluyeron todos los casos de tumores de mama en hombre, operados en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos.

Las variables estudiadas, fueron: edad, mama afectada, localización topográfica, variante histológica del tumor, área de salud de procedencia, etapa clínica en el momento del diagnóstico y técnica quirúrgica aplicada. Además, se determinó la tasa de incidencia por años.

Para la recolección de los datos fueron revisados los archivos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital, así como las historias clínicas de los pacientes incluidos en la serie, y los registros de cáncer provinciales.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante microcomputadora y se utilizaron los programas Microsoft Access y Microsoft Word.

Los resultados se presentaron en tablas, en números y por cientos.

RESULTADOS

Se operaron 38 tumores de mama en hombres, de los cuales 9 fueron diagnosticados como cánceres y 29 como nódulos benignos. La tasa mayor en los cánceres se registró en el año 1999 (1,28) y en tumores benignos, en el año 2003 (6,34). (Tabla I)

Tabla No. 1. Distribución de pacientes por años y naturaleza del tumor

Año	Cánceres		Tasa por 100,000	Nódulos benignos		Tasa por 100,000	Total	
	No	%		No.	%		No.	%
1996	0	0	0	0	0	0	0	0
1997	0	0	0	1	3,4	0,65	1	2,6
1998	0	0	0	0	0	0	0	0
1999	2	22,2	1,28	0	0	0	2	5,2
2000	2	22,2	1,27	0	0	0	2	5,2
2001	2	22,2	1,29	3	10,3	1,9	5	13,1
2002	0	0	0	9	31,0	5,7	9	23,6
2003	1	11,1	0,63	10	34,4	6,34	11	28,9
2004	0	0	0	1	3,4	0,62	1	2,6
2005	2	22,2	1,22	5	17,2	3,05	7	18,4
Total	9	100	-	29	100	-	38	100

El mayor número de cánceres se registró en el grupo etario de 61-70 con cuatro casos (44,4 %) y en los tumores benignos en el grupo de 31-40 con nueve casos (31,3 %). (Tabla 2)

Tabla No. 2. Distribución de pacientes según grupos etarios

Grupos etarios	Cánceres		Nódulos benignos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-30	0	0	4	13,79	4	10,52
31-40	0	0	9	31,3	9	23,68
41-50	2	22,2	8	27,5	10	26,31
51-60	1	11,1	6	20,68	7	18,42
61-70	4	44,4	0	0	4	10,52
Mayor >70	2	22,2	2	6,89	4	10,52
Total	9	100	29	100	38	100

La mama izquierda fue la más afectada, tanto por los cánceres como por los tumores benignos y la región central o areolar la localización más frecuente. (Tabla 3)

Tabla No. 3. Distribución de pacientes según localización en la mama

Zona	Mama derecha				Mama izquierda				Total No./ %	
	Cáncer		Nódulos benignos		Cáncer		Nódulos benignos			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
CSE	0	0	2	18,8	1	16,6	4	22,2	7	18,42
CSI	0	0	1	9,1	0	0	0	0	1	2,63
CIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CII	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Areola	3	100	8	72,7	3	50,0	14	77,7	28	73,68
Prolongación axilar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toda la mama	0	0	0	0	2	33,3	0	0	2	5,26
Total	3	100	11	100	6	100	18	100	38	100

CSE: cuadrante superior externo

CSI: cuadrante superior interno

CIE: cuadrante inferior externo

CII: cuadrante inferior interno

En relación al tipo histológico, de los nueve cánceres operados, siete fueron diagnosticados como carcinoma ductal infiltrante (77,7 %). Entre los tumores benignos, el mayor por ciento lo representaron los lipomas, seguidos de la enfermedad fibroquística y los fibroadenomas. (Tabla 4)

Tabla No. 4. Distribución de pacientes según tipo histológico

Cánceres			Nódulos benignos		
Tipo histológico	No.	%	Tipo histológico	No.	%
Carcinoma ductal infiltrante	7	77,7	Fibroadenoma	5	17,24
Carcinoma medular	0	0	Papiloma	2	6,89
Carcinoma papilar	0	0	Hiperplasia ductal	4	13,79
Carcinoma lobulillar	0	0	Lipoma	10	34,48
Carcinoma moderadamente diferenciado	1	11,1	Adenosis	1	3,44
Sarcoma	1	11,1	Enf. fibroquística	6	20,68
Otros	0	0	Ginecomastia	1	3,44
Total	9	100	Total	29	100

El mayor número de cánceres (cinco casos) se diagnosticó en la etapa clínica II, seguido de la etapa clínica IIIb (dos casos) y la etapa clínica IIIa y los sarcomas (un caso respectivamente). La técnica quirúrgica que se aplicó en mayor número de casos, fue la mastectomía de Maden, seguida de la mastectomía radical modificada. (Tabla 5)

En cuanto al área de salud de procedencia de los pacientes, el mayor por ciento correspondió, tanto en los cánceres como en los nódulos benignos, al municipio cabecera de Cienfuegos. (Tabla 6)

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación son semejantes a los publicados nacional e internacionalmente en la literatura consultada.⁽¹⁻⁷⁾

La más reciente revisión nacional sobre el comportamiento clínico patológico de los tumores mamarios, en este caso de los malignos, fue realizada en el hospital "Mario Muñoz" de Colón, en la provincia de Matanzas, en el año 2005, en la que en un estudio de 24 años, se detectaron ocho cánceres mamarios, sin hacer mención de los tumores benignos, ya que estos no eran objeto de ese trabajo,⁽⁷⁾ mientras que en nuestra

Tabla No. 5. Distribución de pacientes según etapa clínica y técnica quirúrgica aplicada

Técnica aplicada	Cirugía conservadora		MRMP		MMA		MM		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Etapa 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
In situ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etapa I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etapa II	0	0	3	60	0	0	2	40	5	55,5
Etapa IIIa	0	0	0	0	0	0	1	100	1	11,1
Etapa IIIb	0	0	0	0	0	0	2	100	2	22,2
Etapa IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarcomas	0	0	0	0	0	0	1	100	1	11,1
Total	0	0	3	100	0	0	6	100	9	100

MRMP: Mastectomía radical modificada de Patey

MAM : Mastectomía ampliada de Maden

MM: Mastectomía de Maden

Tabla No. 6. Distribución de pacientes según municipio de procedencia

Municipio	Cáncer		Nódulo benigno		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cienfuegos	3	33,3	12	41,37	15	39,4
Abreus	0	0	1	3,4	1	2,63
Aguada	2	22,2	1	3,4	3	7,89
Cruces	1	11,1	8	27,58	9	23,6
Cumanayagua	2	22,2	0	0	2	5,26
Lajas	0	0	3	10,34	3	7,89
Palmira	0	0	1	3,4	1	2,63
Rodas	1	11,1	3	10,34	4	10,5
Total	9	100	29	100	38	100

provincia, en solo diez años se operaron nueve cánceres y 29 tumores.

En el último Simposio Nacional sobre Cáncer de Mama, realizado en el mes de junio del año en curso, en el hospital "Hermanos Almejeiras", se informó oficialmente que los tumores de mama en el sexo masculino, representan el 0,5-1 % de todos los tumores mamarios y específicamente, el 1 % de los cánceres detectados en nuestro país. En Estados Unidos de América, se detectaron en el último año, 1720 casos de cáncer mamario masculino y fallecieron por esa causa 460 hombres⁽⁵⁻⁷⁾. En Europa, la relación cáncer de mama masculino, con respecto al femenino, es de 1 por 100⁽⁵⁾. En Uruguay, se reporta una incidencia de cáncer mamario masculino de 1,5 % y una representatividad del 0,5 al 1% del total de tumores mamarios⁽²⁾.

Son muy superiores a nuestras tasas de incidencia de cáncer mamario masculino, las reportadas en el

continente africano, sobre todo en Marruecos, Egipto y Nigeria, así como las de Israel, según lo demuestran los estudios de Hassan y Omari-Alaoni en el año 2000⁽⁶⁾.

No se encontró ningún trabajo sobre tumores benignos de mama en hombres, ni realizado en nuestro país, ni en las líneas internacionales accesibles.

Considerando el aumento de la incidencia de cánceres mamarios en hombre, en los últimos siete años, y que los diagnósticos se realizaron en etapas avanzadas de la enfermedad, es necesario establecer líneas de detección precoz de esta afección en nuestra provincia, para lo cual es fundamental la actualización del personal médico mediante cursos impartidos por el grupo provincial de especialistas en mastología, y lograr en cada área de salud de la provincia, la dispensarización de todos los hombres que presenten factores de riesgo de presentar cáncer mamario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. William J. Gradishar HF. Male breast cancer in diseases of the breast 2nd Edition. Philadelphia: Editorial Lippincott Williams E Wilkins; 2000. p 661-667.
2. Rosasco M, Centurión D, Carzoglio J. Cáncer de mama masculino en Uruguay, comunicación de 16 casos y revisión de la literatura. Rev. Española Patol. 2004; 37 (1).
3. De los Santos JF, Buchholly TA. Carcinoma of the male breast. Curs Treat Options. Oncol. 2000; 1(3): 221-227.
4. Geordano SH, Puzdor AU, Hoslobagy GN. Breast cancer in men. Ann Inter Med. 2002;137(8): 678-687.
5. Auvinen A, Curtis RE, Ron E. Risk of subsequent cancer following breast cancer in men. Journal of the National Cancer Institute. 2002; 94(24): 1892-1896.
6. Omari-Alaoni H, Lohdiri I, Neyjar I. Male breast cancer a report of 71 cases. Cancer Radiother. 2002; 6 (16): 349-351.
7. González Ortega JM, Gómez Hernández M, López Cueva ZC, Morales Wong M. M. Carcinoma de la mama masculina. Comportamiento clínico-patológico en nuestro medio. [En línea]. VII Congreso Virtual Hispano Americano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet. Cuba. 1 al 31 de Octubre de 2005. La Habana: Servicio de Informática udm; 2005 Disponible en http://www.conganat.org/7congreso/final/vistaImpresion.asp?id_t...
8. Chakravarthy A, Kim CR. Post Mastectomy radiation in male breast cancer. Radiother Oncol. 2002; 65(2): 99-103.
9. European Society for Medical Oncology. Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of primary breast cancer.[página web en Internet].Viganello: European Society for Medical Oncology: 2004.[actualizado: mayo de 2006; citado: 15 de junio de 2006] Disponible en:<http://www.esmo.org>.
10. Goldhirsch A, WoodW C, Gelber R. Meeting Highlights: update Journal of Clinics Oncology. 2003; 21(17).
11. Bobo J.K, Lee NC, Thames SF. Findings from 752 081 clinical breast. Examinations reported to a national screening program from 1995 through 1998. Journal of the National Cancer Institute. 2000; 92 (12): 971-976.
12. Harris J, Morrow M, Bonadona G. Cancer of the breast. En: Hellman S, Rosemberg SA, De Vita VT. Principles and Practice of Oncology. Ediciones Cancer: Filadelfia; 2002.
13. Cajuela M, Pahisa J, Ferrer B. Angiosarcoma de mama, presentación de un caso. Rev. Senología y Patol. Mama. 2000; 3 (1): 39-42.
14. Castro Encinas J, Martín C, Bengochea M. J, Castells I, Verge J, Moreau IM. Fibromatosis de mama, lesión benigna con agresión local, presentación de un caso. Rev Senología y Patol Mam. 2000; 13 (3): 145-148.
15. Gallegos Hernández JF, Aranda Soto M, García Rosalba, Zarco Espinosa G, Pichardo P, Melhodo Orellana OM. Linfadenectomía radio guiada del ganglio centinela en cáncer de mama. Rev. Cir-Ciruj. 2002; 70 (5): 339-345.
16. Gallegos Hernández JF Cirugía estadificadora con mínima invasión axilar en cáncer de mama. El valor del ganglio centinela. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70 (7): 6-10.
17. Zornoza A, Rotellar F, Gil A, Spiteri NR, Regueira FM, Zornoza G. Rev Senología y Patol Mam. 2000; 13 (3): 129-133

- 18.Senra A, Quintela D. Los marcadores diagnósticos y pronósticos del cáncer de mama. Rev Senología y Patol Mam. 1999; 12 (3): 121-132.
- 19.Schmitt FC, Ponsa CV. Factores predictivos en la terapia del cáncer de mama. Rev. Senología y Patol Mam. 2002; 13 (1): 31-38.
- 20.Morillo M, Adame J,Gimeno J, Chacon E, Díaz M, Carrasco S. Incidencia del cáncer de mama en Córdoba. Rev. Senología y Patol Mam. 2000; 13 (3): 134-139.