

Nódulo Mamario (varón de 77 años)

Emilio González Jiménez^a, María José Aguilar Cordero^a,
Judith Álvarez Ferre^b, Carlos A. Padilla López^c.

^a Departamento de Enfermería.
Escuela Universitaria de
Ciencias de la Salud.
Universidad de Granada.

^b Hospital Universitario
San Rafael. Granada.
^c Técnico en Informática.
Universidad de Granada.

Correspondencia:
Emilio González Jiménez,
Departamento de Enfermería,
Escuela Universitaria de
Ciencias de la Salud,
Universidad de Granada,
Avda. de Madrid s/n,
18071 – Granada, España.
Telf.: 667051570,
e-mail: emigoji@correo.ugr.es.

Recibido el 16 de octubre de
2009.

Aceptado para su publicación
el 22 de diciembre de 2009.

RESUMEN

El cáncer de mama en el varón es una patología poco frecuente que representa el 1% del total de cánceres de mama. Su incidencia es mayor en pacientes con historia familiar previa de cáncer de mama, alteraciones testiculares o patologías que cursan con niveles altos de estrógenos. Respecto a su sintomatología y cuadro de inicio, no hay diferencias con respecto al cáncer de mama en la mujer. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados, lo que justificaría el peor pronóstico en este sexo.

Presentamos el caso de un paciente varón de 77 años diagnosticado de carcinoma ductal infiltrante.

Palabras clave. Neoplasias de la Mama.

ABSTRACT

Breast lump (77 year old man)

Male breast cancer is rare accounting for 1% of total breast cancer cases. Its incidence is higher in patients with a family history of breast cancer or with testicular diseases that cause high oestrogen levels. Symptoms are the same as those in women. Most cases are diagnosed at an advanced stage and this explains the poor prognosis in men.

We describe a case of a 77 year old man diagnosed with infiltrating ductal carcinoma.

Key words. Breast Neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en el varón es una patología poco frecuente, representando el 1% del total de cánceres de mama y menos del 1,5% de los tumores malignos masculinos¹. Su incidencia es mayor entre aquellos pacientes que presentan una historia familiar previa de cáncer de mama^{2,3}, alteraciones testiculares o patologías que cursan con niveles altos de estrógenos⁴. Por otra parte, se constata una asociación entre la presencia de cirrosis hepática⁵ y aumento de prolactina con la aparición de este tipo de tumores^{6,7}. Respecto a su sintomatología y cuadro de inicio, no hay diferencias con respecto al cáncer de mama en la mujer. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados, lo que justificaría el peor pronóstico en este sexo⁸. En lo que respecta a la forma tumoral, estadiaje, tratamiento y seguimiento, son superponibles al cáncer de mama femenino. La cirugía representa la herramienta terapéutica más importante en la actualidad, pudiéndose asociar a terapias complementarias⁸.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente varón de 77 años de edad, completamente autónomo, que consultó al apreciar un aumento del tamaño de una tumoración mamaria. Como antecedentes personales, el paciente presentaba hipertensión, diabetes, obesidad e hipercolesterolemia, siguiendo tratamiento en la actualidad con medicación oral y presentando un buen control. El paciente sufrió en su juventud tuberculosis con afectación pleural. Refirió presentar la tumoración en la mama desde hacía más de 20 años, sin relación con ningún traumatismo previo. Había

consultado con su médico de Atención Primaria en varias ocasiones, y había sido registrada una tumoración de origen benigno sin previo diagnóstico histológico. El nuevo crecimiento de la misma sin traumatismo previo, junto con dolores subescapulares, motivó su consulta de nuevo.

Fue remitido a la Unidad de Patología Mamaria, donde a la palpación se objetivó una tumoración de gran tamaño que ocupaba la totalidad de la mama derecha.

La ecografía realizada mostró una gran formación nodular, ligeramente lobulada y con unas medidas aproximadas de 4,5 x 3 cm de diámetro, de textura interna ligeramente heterogénea, con alguna trabeculación interna y débil vascularización según el estudio doppler.

El diagnóstico radiológico orientó acerca de un proceso neoplásico de larga evolución, compatible con un fibroadenoma gigante o carcinoma, recomendando en cualquiera de los dos casos su extirpación quirúrgica.

Se practicó estudio de extensión mediante radiografía de tórax y ecografía abdominal, con resultado negativo para metástasis en ambos casos. Posteriormente se realizó una biopsia (P.A.A.F) con resultado anatomopatológico positivo para carcinoma, recomendándose la extirpación completa del nódulo y realizándose cirugía radical acompañada de vaciamiento axilar de primer grado.

El resultado anatomopatológico concluyente fue de carcinoma ductal infiltrante de alto grado histológico, con un tamaño de 5,5 cm, sin infiltrar cápsula y sin alcanzar los márgenes de resección. Se localizaron veinte ganglios linfáticos axilares, no existiendo evidencia de afectación metastásica.

El paciente fue valorado por el servicio de oncología médica, siendo tratado mediante régimen de quimioterapia adyuvante (esquema de Ciclofosfamida + Metotrexate + 5 Fluorouracilo, seis ciclos) y radioterapia externa con una dosis total de 50 Gy sobre la zona intervenida.

En el mes de enero de 2008 el paciente refirió dolores generalizados, incluyendo ambas regiones subescapulares, motivo por el que se realizó estudio de extensión (P.E.T y R.M.N), evidenciándose una progresión generalizada de su enfermedad a nivel óseo y pulmonar. Actualmente, y previo consenso con familia, se encuentra sometido a tratamiento paliativo, desestimándose, por tanto, iniciar nuevo régimen quimio/radioterápico.

COMENTARIOS

El carcinoma de mama en el varón constituye una

afección rara. Se le ha intentado correlacionar, en sujetos varones, con ciertos factores considerados como de riesgo⁹, como la existencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, tanto en el sexo masculino como en el femenino¹⁰, o antecedentes claros de traumatismos en región mamaria asociados a su vez a ginecomastia, circunstancias ambas ampliamente descritas en la literatura como factores de riesgo¹¹⁻¹⁴. La presencia de obesidad, manifiesta en el caso que presentamos, supone otro factor potencial, así como la mutación del gen BRCA-2 en el cromosoma 13q y la expresión positiva del gen corrector tumoral P53, aspecto este último identificado igualmente en el paciente expuesto.

Sobre la localización predominante de este tipo de neoplasias, existe cierto grado de controversia. Desde la literatura se plantea una distribución equitativa en ambos lados¹⁵ (mamas derecha o izquierda), sin embargo, parece evidenciarse una cierta mayor incidencia en mama derecha, hecho que podemos verificar, asimismo, en el caso que aquí se presenta.

En relación al pronóstico, serán varios los aspectos a considerar. Entre ellos cabe destacar tanto la presencia o no de afectación axilar (nº de ganglios invadidos por el tumor y superación o no de la cápsula) como el tamaño tumoral (T), de tal modo que tumores con más de 5 cm de diámetro en el momento del diagnóstico se correlacionan con una elevada tasa de recidiva¹⁶.

Respecto a su diagnóstico, se mantiene el mismo procedimiento que en la mujer, siendo la mamografía y la P.A.A.F (punción - aspiración con aguja fina) las técnicas habitualmente empleadas^{17,18}. Existe cierta evidencia científica en relación al grado de sensibilidad de la PAAF según sexo masculino o femenino, mostrando una sensibilidad y fiabilidad diagnóstica similar en ambos sexos¹⁹.

Podemos concluir afirmando que el carcinoma de mama en el varón no comporta peor pronóstico en base a una mayor agresividad celular, pues más bien la cuestión estriba en un diagnóstico a menudo más tardío que en la mujer dada la menor predisposición a la sospecha de este tipo de tumores en varones. Asimismo, aspectos como la ginecomastia intensa pueden suponer un factor enmascarante en relación a su detección precoz, lo cual, unido al menor tamaño de la mama en el varón, condiciona la rápida infiltración de los tejidos adyacentes, oscureciendo, aún más si cabe, el pronóstico. En este sentido, resulta necesaria una toma en consideración acerca de su presencia potencial por parte de los profesionales sanitarios y población general, dado que, a pesar de su relativa frecuencia entre el sexo masculino, es una realidad cuyo pronóstico variará en función de su temprano diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crichow W, Galt SW. Male breast cancer. *Breast Cancer*. 1990;1165-77.
2. D'Avanzo B, La Vecchia C. Risk factors for male breast cancer. *Br J Cancer*. 1995; 71:1359-62.
3. Akashi-Tanaka S, Fukumi T, Fukami A, Fujiki T. Male breast cancer in patients with familial history of breast cancer. *Surg Today*. 1996; 26(12):975-9.
4. Hecht JR, Winchester DJ. Male breast cancer. *Am J Clin Pathol*. 1994; 102(4 Supl 1):25-30.
5. Sørensen HT, Friis S, Olsen JH, Thulstrup AM, Møller M, Linet M et al. Risk of breast cancer in men with liver cirrhosis. *Am J Gastr*. 1998; 93(2):231-3.
6. Borrego Galan M, Espinoza S, Munárriz B et al. Cáncer de mama en el varón. Revisión de 27 casos. *Rev Senología y Patol Mam*. 1998; 187-90.
7. Sandler B, Perry RR. Cancer of the male breast. *Am Surg*. 1994; 60(11):816-20.
8. Salvadori B, Saccoczi R, Monzari A. Prognosis of breast cancer in male: on analysis of 170 cases. *Eur J Cancer*. 1994; 30:930-5.
9. El Hajjam M, Khaiz D, Benider A. Cancer du sein chez l'homme. A propos de 50 observations. *J Chir*. 1995; 132:131-6.
10. Chantra PK, So GJ, Wollman JS, Basset LW. Mammography of the male breast. *Am J Roentgenol*. 1995; 164:853-60.
11. Stierer M, Rosen H, Weitensfelder W. Male breast cancer: Austrian experience. *World J Surg*. 1995; 19:687-93.
12. Hanlo DM, Keut P, Kerin MJ, Given HF. Unilateral breast masses in men over 40: a diagnostic dilemma. *Am J Surg*. 1995; 170:24-6.
13. Volpe CM, Raffetto JD, Cellare DW, Hoover EL, Doerr RJ. Unilateral male breast masses: cancer risk and evaluation and management. *Am Surg*. 1999; 65(3):250-3.
14. Thorlacius S, Tryggvadottir L, Olafsdottir GH. Linkage to BRCA-2 region in hereditary male breast cancer. *Lancet*. 1995; 346: 544-5.
15. Fernández Chacón de Lucas C, Alonso Muñoz A, García Yañez A. Cáncer de mama del varón: revisión de 49 pacientes. *Oncología* 1991; 14:68-72.
16. Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J. Axillary metastasis from occult breast carcinoma: diagnosis and management. *Am Surg*. 1995; 61:431-4.
17. Das DK, Junaid TA, Mathews SB. Fine needle aspiration cytology diagnosis of male breast lesions. A study of 185 cases. *Acta Cytol*. 1995; 39:870-6.
18. Donegan WL, Redlich PN. Breast cancer in men. *Surg Clin North Am*. 1996; 76:343-63.
19. Sasco AJ, Lowenfels AB, Pasker P. Review article: Epidemiology of male breast cancer. A meta-analysis of published case-control studies and discussion of selected etiological factors. *Int J Cancer*. 1993; 53:538-49.