

García Mejido JA *et al.*

**Carcinoma mamario bilateral sincrónico en un varón**

***Synchronous bilateral breast cancer in a male***

José Antonio García-Mejido\* Carmen Delgado-Jiménez,\*\* Laura Gutiérrez-Palomino,\* Miguel Sánchez-Sevilla,\*\*\* Rogelio Garrido-Teruel,\*\*\* Virginia Caballero-Fernandez\*\*\*

\*Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Valme (Sevilla) (España)

\*\*Servicio de Cirugía General en Hospital Universitario de Valme (Sevilla) (España)

\*\*\*Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Valme (Sevilla) (España)

*Correspondencia:*

José Antonio García Mejido

Dom.: C/ Santa Cecilia nº 32 Alcalá de Guadaíra (Sevilla) C.P: 41500

Tel.:955614797 / móvil 685209643

Correo electrónico: jagmejido@hotmail.com

**Resumen**

**Introducción:** el cáncer de mama en varones es una enfermedad con baja incidencia, la cual se reduce aún más cuando hablamos de su presentación bilateral sincrónica.

Existen pocas publicaciones en los últimos años. El objetivo es establecer pautas para el manejo de esta entidad tan infrecuente.

**Caso clínico:** Paciente varón de 75 años de edad, con tumores en ambas mamas, los cuales fueron resecados completamente con exéresis de ganglios palpables. En el estudio histopatológico se informó de carcinoma ductal infiltrante. Realiza tratamiento adyuvante con tamoxifeno y radioterapia, encontrándose en periodo libre de enfermedad.

**Conclusiones:** Se trata de una enfermedad poco frecuente, cuyo tratamiento principal es la cirugía, de ahí la importancia del diagnóstico precoz. En la mayoría de los casos se precisará de quimioterapia y radioterapia adyuvante debido a que suelen diagnosticarse en un estadio avanzado.

**Palabras clave:** cáncer mamario, varón, mama.

## Abstract

**Background:** male breast cancer is a disease with low incidence, which is further reduced when it comes to bilateral synchronous presentation. There are few published in recent years. The aim is to establish guidelines for the management of this disorder so rare.

**Case report:** A 75-year-old with tumors in both breasts, which were completely resected with removal of palpable nodes. The histopathological study reported ductal carcinoma. Make adjuvant tamoxifen and radiotherapy, was found in disease-free period.

**Conclusions:** This is a rare disease, whose main treatment is surgery, hence the importance of early diagnosis. In most cases require adjuvant chemotherapy and radiotherapy because they are usually diagnosed at an advanced stage.

Keywords: breast cancer, male, breast.

## Introducción

El cáncer de mama en varón es una enfermedad relativamente rara, representa el 1% o menos de todos los cánceres en el varón y solo aproximadamente el 1% de todos los cánceres de mama. Sin embargo, cuando hablamos de neoplasia bilateral de mama en el hombre, se debe tener en cuenta, que corresponden al 1,5% de todas las neoplasias mamarias masculinas.<sup>1,2</sup>

Dada la escasa frecuencia de la neoplasia maligna mamaria bilateral en el varón, el objetivo es presentar una revisión del tema siguiendo la evidencia disponible en la literatura médica, a fin de promover su conocimiento y establecer pautas para el manejo de esta entidad.

## Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo con los pacientes atendidos en la consulta de patología mamaria en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla, España) en el periodo comprendido entre el uno de enero del 1999 y el treinta de noviembre del 2011.

Se trataron 1403 casos de cánceres de mama de los cuales 17 casos correspondían a carcinomas mamarios en varones, suponiendo un 1,2% de los cánceres diagnosticados. De los 17 casos en varones, solamente se obtuvo 1 caso de carcinoma bilateral sincrónico, correspondiendo al 5,8 % de los cánceres mamarios presentados en hombres.

Se valora estrechamente al paciente, así como la evolución durante el ingreso hospitalario, haciéndose un seguimiento constante en la Unidad de Patología Mamaria.

**Caso clínico:**

Varón de 75 años, con historia personal de demencia senil leve, refiere que vive con su hermana y es autónomo para sus actividades básicas. Presenta funciones superiores conservadas y disfunción urinaria sin necesidad de uso de pañal. Fumador de diez cigarrillos al día y etilismo crónico por más de cincuenta años de evolución. Refiere que una hermana padeció cáncer de mama, otra falleció de un hepatocarcinoma y su hija ha sido intervenida de neoplasia de origen renal.

El paciente acude traído por su hija, refiriendo la presencia de tumoraciones no dolorosas en ambas mamas que supuran al roce con la ropa. Acude a consulta por la presencia de un nódulos mamarios de reciente aparición que ha aumentado de tamaño en poco tiempo.

A su llegada a urgencias el paciente presenta buen estado general, alerta, consciente y orientado. Presenta lesiones mamarias sobreelevadas, muy irregulares y costrosas en ambas areolas mamarias, más acentuada en mama derecha siendo su diámetro de

30 mm. La lesión en mama izquierda es de 25 mm, presentando una pequeña lesión satélite de 5 mm cerca de dicha mama. No se visualiza secreción activa por dichas lesiones. A la palpación, se detectan ambas mamas muy adheridas a planos profundos sin delimitarse bordes netos, insinuándose lesiones duras retroareolares que abarcan todo el espesor mamario. La axila derecha es clínicamente negativa, sin embargo, la izquierda presenta una pequeña adenopatía bien delimitada y móvil.

No es posible la realización de mamografía, ya que ambas mamas presentan una marcada ulceración siendo dolorosas a la palpación. En la ecografía mamaria se identifica una masa irregular situada en región retroareolar de mama derecha de  $33,5 \times 28,7$  mm, heterogénea, con marcada atenuación sónica posterior (Figura 1). En mama izquierda presenta una lesión similar, localizada en región retroareolar de  $31,7 \times 24,3$  mm; en ambas axilas se visualizan adenopatías altamente sugestivas de metástasis. Se clasifica como un BIRADS de categoría 5 altamente sospechoso de malignidad.

En la tomografía computada (TC) de tórax y abdomen se aprecia la existencia de sendas masas mamarias, bilaterales, que infiltran los músculos pectorales mayores y parecen estar ulceradas a la piel de densidad heterogénea (Figura 2). Existen adenopatías axilares bilaterales de límites superiores de la normalidad en cuanto a tamaño, así como una pequeña adenopatía mamaria interna izquierda. No presenta lesiones ocupantes de espacio intratorácicas ni intraabdominales sugerentes de metástasis.

Practicada biopsia con aguja gruesa (BAG) de ambas tumoraciones mamarias, el diagnóstico es de carcinoma ductal infiltrante bilateral, con adenopatías axilares bilaterales sospechosas de metástasis.

Se realiza mastectomía bilateral tipo Madden con exéresis de ganglios palpables. La variedad histológica es carcinoma ductal infiltrante con micrometástasis en ganglios axilares. Receptores positivos para estrógenos y progesterona en el 90% de las células neoplásicas. p53 y el HER-2 negativos. CK19 positivo. Fracción proliferativa Ki67 de las células neoplásicas en mama derecha del 40-45% y del 20-25% en la mama izquierda.

Se realiza tratamiento adyuvante con tamoxifeno y radioterapia, realizando revisiones en Unidad de Patología Mamaria y Unidad de Oncología en Hospital Universitario de Valme (Sevilla, España), encontrándose actualmente en periodo libre de enfermedad.

#### Discusión:

La neoplasia bilateral de mama en el varón corresponde al 1,5% de todas las neoplasias mamarias masculinas.<sup>1,2</sup>

Existen multitud de factores que pueden predisponer a la aparición de esta patología en el varón. De todos, los más vinculados al cáncer mamario masculino son el síndrome de Klinefelter, la cirrosis hepática, la administración de estrógenos exógenos (como ocurre en casos de transexuales), los pacientes con cáncer de próstata, la obesidad, la exposición a radiación y aquellas personas que son portadoras de genes asociados a neoplasia mamaria hereditaria, como es el caso del gen BCRA2.<sup>3,4</sup> El factor de riesgo más importante es el síndrome de Klinefelter, que cuyo riesgo relativo asciende hasta 50 en aquellas personas que sufren dicho síndrome.<sup>5</sup> En nuestro caso, se descartó este síndrome ya que no había padecido ningún problema de carácter reproductivo. Tampoco se pudo relacionar con ninguno de los factores de riesgos anteriormente nombrados. A

diferencia de lo que pueda parecer, la ginecomastia no está considerada como un estado precanceroso.<sup>6</sup>

El diagnóstico diferencial de la neoplasia mamaria en varón debe hacerse con el cáncer metastásico de origen prostático, ya que es probable la implantación de metástasis mamarias en este tipo de cáncer. El diagnóstico anatomopatológico se realiza mediante un estudio inmunohistoquímico, ya que es prácticamente indistinguible detectar el origen prostático del mamario debido a la similitud histológica que presentan entre ambos.<sup>7</sup>

La edad de aparición del carcinoma mamario masculino es superior a la edad de aparición en las mujeres.<sup>4</sup> Se ha estimado que el momento de aparición en el hombre es sobre el rango de edad comprendido entre los 60 y 70 años,<sup>8</sup> (en nuestros casos, la edad se encuentra en esta franja de edad). Otra diferencia entre hombres y mujeres es la forma de presentación, ya que en las mujeres debuta normalmente como un nódulo palpable, sin embargo en el varón suele observarse un nódulo retroareolar con aplanamiento del complejo areola-pezones (CAP). Esto es debido al poco volumen de la mama masculina e invasión rápida la piel. Esta es la razón por la que el diagnóstico en el varón se realiza en un estadio más tardío que en la mujer.<sup>9</sup> El paciente expuesto en este artículo, presentaba lesiones mamarias excrecentes, irregulares y costrosas infiltrando el CAP en ambas mamas.

Respecto al tratamiento debe considerarse que la mama masculina es de menor tamaño a la femenina, por ello no suele estar indicado realizar cirugía conservadora. De ahí, se deduce que la técnica de elección es la mastectomía, ya que existe escasa posibilidad de conservación de tejido mamario en el varón. Si estamos ante un caso de extensión del carcinoma a piel, como es el caso presentado, la técnica estándar coadyuvante es la

radioterapia. Para los casos sin ganglios axilares palpables puede realizarse la técnica del ganglio centinela, al igual que se realiza en la mujer.<sup>10</sup> En la literatura se describe que estos tumores son hormonodependiente, por ello se aconseja terapia adyuvante con tamoxifeno.<sup>10,11</sup> En nuestro paciente, también se observó esta característica en la anatomía patológica. Se precisan estudios de investigación prospectivos para justificar el uso de Inhibidores de la Aromatasa (IA) en cáncer de mama en varón. Autores como Horimoto et al.<sup>11</sup> consideran que los altos niveles androgénicos en hombres, pueda ser la razón para que los IA no sean tan efectivos como cabría esperar.

Cuando nos referimos al pronóstico, se piensa que el cáncer de mama en varón tiene peor pronóstico que en la mujer. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el diagnóstico en los varones suele realizarse en su forma avanzada. Si lo comparamos con la supervivencia en las mujeres con enfermedad avanzada observamos que no existen diferencias en ambos grupos.<sup>10</sup>

#### Conclusiones:

El pronóstico del cáncer de mama en los varones es similar al pronóstico en la mujer a igualdad de estadio tumoral, diagnosticándose generalmente en estadio avanzado. Por ello, debemos realizar un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad lo más precozmente posible.

#### Referencias

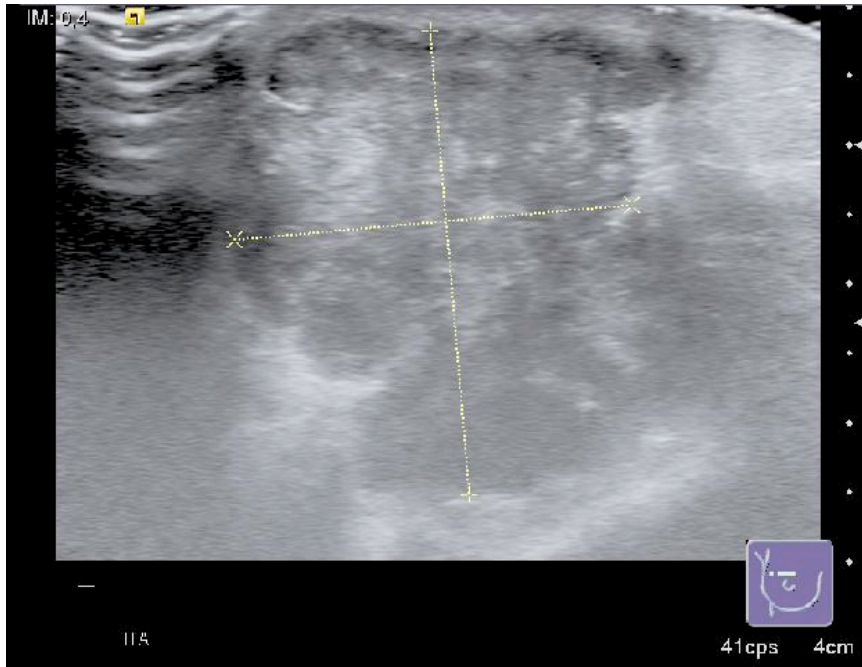
1. Hirose Y, Sasa M, Bando Y, Hirose T, Morimoto T, Kurokawa Y, et al. Bilateral male breast cancer with male potential hypogonadism. *World J Surg Oncol.* 2007;5:60.



2. Lambley J, Maguire E, Yin Lam K. Synchronous bilateral breast cancer in an elderly man. *Breast J.* 2005;11(2):153
3. Mabuchi K, Bross DS, Kessler II. Risk factors for male breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1985;74(2):371-375.
4. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi G. Male breast cancer. *Lancet* 2006;367(9510):595-604.
5. Hoque HMR, Kothari A, Hamed H, Fentiman IS. Synchronous bilateral breast cancer in a patient with Klinefelter's syndrome. *Int J Gen Med* 2010;3:19-21.
6. Giordano SH, Valero V, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Efficacy of Anastrozole in Male Breast Cancer. *Am J Clin Oncol* 2002;25(3):235-237.
7. dos Santos VM, Cintra Osterne EM, de Castro RA, Marques HV Jr. Bilateral Male Breast Cancer: Too Many Concerns?. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2007;8(4):640-641.
8. Just E, Botet X, Escolà D, Martínez S, Duque E.. Neoplasia intraquística bilateral de mama en un varón. *Cir Esp.* 2009, 86(5):321-322.
9. Ben Dhiab T, Bouzid T, Gamoud A, Ben Hassouna J, Khomsi F, Boussen H, et al. Male breast cancer: about 123 cases collected at the Institute Salah-Azaiz of Tunis from 1979 to 1999. *Bull Cancer.* 2005;92(3):281-285.
10. Goyal A, Horgan K, Kissin M, Yiangou C, Sibbering M, Lansdown M, et al. Sentinel lymph node biopsy in male breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30(5): 480-483.
11. Horimoto Y, Hino M, Saito M, Arakawa A, Matsumoto T, Kasumi F. Bilateral Nonsynchronous Male Breast Cancer: Two Case Reports. *Breast Care.* 2008;3(1):51-53.

## **Figuras**

**Figura 1.** Ecografía mamaria derecha: masa irregular y heterogénea de 33'5×28'7 mm en región retroareolar.



**Figura 2.** Tomografía computada de tórax: masas retroareolares indicado con las flechas blancas que infiltran piel y plano muscular pectoral.

