

Carcinoma de mama en varón

María J. Huertas-Sánchez^a, José Frías-Iñiesta^a, Paloma Sánchez-Pedreño^a, Jorge Martínez-Escribano^a, Antonio Piñero^b, José M.^a Rodríguez^b y Enrique Martínez-Barba^c

^aSección de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

^bSección de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Resumen.—Se presentan 2 pacientes en los que, tras la biopsia de sus lesiones cutáneas mamarias, se diagnosticaron sendos carcinomas, en uno trabecular y en el otro ductal infiltrante. En ambos casos el motivo de consulta original fue totalmente distinto, y las lesiones mamarias fueron hallazgos casuales tras la adecuada exploración física. Los factores de riesgo relacionados eran un traumatismo mamario en el primero y la existencia de enfermedad prostática previa, obesidad y edad avanzada en el segundo.

El cáncer de mama en el varón es poco frecuente. Aunque en el 25% de los casos la primera manifestación suele ser cutánea, ésta no suele ser el motivo de consulta. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico, al igual que en la mujer, por lo que es necesario conocer las manifestaciones cutáneas, pues éstas pueden constituir el signo fundamental para establecer un rápido diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado.

Palabras clave: carcinoma de mama, varón, manifestaciones cutáneas.

MALE BREAST CANCER

Abstract.—We present two patients whose skin lesions in the breast area showed, after a biopsy, trabecular carcinoma and infiltrating ductal carcinoma, respectively. In both cases, the original reason for consulting the physician was completely different, and the breast lesions were detected after a thorough physical examination. The related risk factors were breast trauma in the former, and prior prostate pathology, obesity and advanced age in the latter.

Breast cancer in males is infrequent. Although the first manifestation is cutaneous in 25% of the cases, this is usually not the reason for seeking medical attention. The same as in women, early diagnosis improves the prognosis, so it would be interesting to be familiar with its cutaneous manifestations as they may be the key information that leads to a quick diagnosis and proper treatment.

Key words: breast cancer, male, cutaneous manifestations.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una neoplasia infrecuente en el varón. Aunque en el 25% de los casos su primera manifestación es de carácter cutáneo¹, los dermatólogos no estamos habituados a diagnosticarlo, ya que dicha afectación cutánea no siempre se incluye entre las manifestaciones clínicas del proceso y además existen escasas publicaciones al respecto². El diagnóstico precoz mejora claramente el pronóstico, pues al contrario de las opiniones iniciales, los datos epidemiológicos, factores pronósticos, estadios de supervivencia, patrón de metástasis, tratamiento y respuesta al mismo son similares a las de las mujeres³. Se describen los casos de 2 varones con carcinoma de mama, trabecular en el primero y ductal infiltrante en el segundo, cuyos motivos de consulta fueron un eczema seborreico y una anemia secundaria a insuficiencia renal, respectivamente.

Correspondencia:

José Frías-Iñiesta. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Dermatología. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. 30120 El Palmar. Murcia. España.
jfrías@arrixaca.huva.es

Recibido el 21 de julio de 2004.

Aceptado el 1 de septiembre de 2004.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Un paciente de 54 años sin antecedentes familiares y personales de interés, consultó por eczema seborreico facial y torácico. En la exploración física se apreció en la mama derecha una zona empastada, deprimida, con retracción y desaparición completa de la areola mamaria, incluido el pezón (fig. 1), que el paciente relacionaba con un traumatismo fortuito sufrido 10 años antes, y que desde el principio experimentó un crecimiento lento, progresivo y asintomático. No cursaba con sintomatología sistémica. Se practicó biopsia cutánea, que mostró una infiltración epidérmica de tipo pagetoide, constituida por estructuras tubulares con características citológicas de malignidad, en el seno de un estroma fibrosodesmoplásico (fig. 2). La inmunotinción con c-erb-B2 mostró positividad difusa de membrana, los receptores estrogénicos dan positividad difusa nuclear, y el Ki-67 fue positivo en el 90%.

Ante la presencia de un carcinoma trabecular de mama se realizó mastectomía derecha con márgenes de seguridad de 2 cm y vaciamiento axilar derecho, con posterior administración de seis ciclos de quimioterapia. El estudio de extensión no reveló datos de interés. Ocho meses después del diagnóstico y trata-



Fig. 1.—Caso 1. Zona empastada, deprimida, con retracción y desaparición de toda la areola mamaria, incluido pezón en mama derecha.



Fig. 3.—Caso 2. Lesión papilomatosa en mama derecha con nódulo fuertemente indurado que borra parcialmente la areola mamaria.

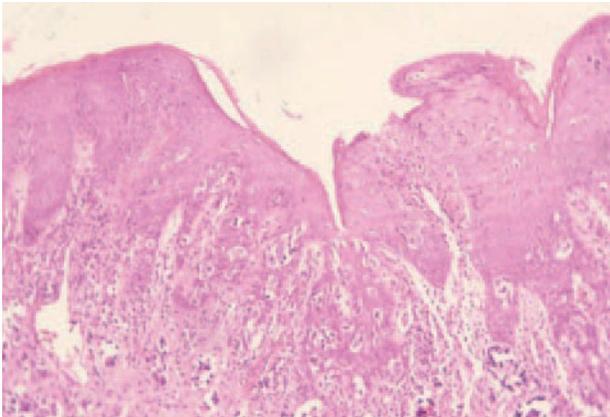


Fig. 2.—Caso 1. Infiltración epidérmica de tipo pagetoide, constituida por estructuras tubulares con características citológicas de malignidad en el seno de un estroma fibroso-desmoplásico de membrana. (Hematoxilina-eosina, $\times 100$.)

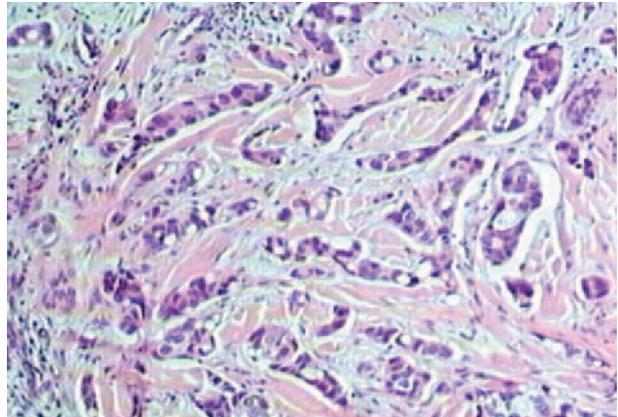


Fig. 4.—Caso 2. Infiltración de la dermis profunda por carcinoma pobremente diferenciado, compatible con origen en carcinoma ductal infiltrante de glándula mamaria. (Hematoxilina-eosina, $\times 100$.)

miento no se observaron signos de recidiva ni metástasis sistémicas.

Caso 2

Un paciente varón, de 90 años, sin antecedentes familiares de interés y entre cuyos antecedentes personales destacaban: obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia prostática, infecciones urinarias y cólicos nefríticos de repetición, insuficiencia renal terminal, aleteo auricular, tuberculosis y accidente cerebrovascular hacía más de 30 años, que presenta en la actualidad insuficiencia cardiaca y anasarca. Durante el ingreso se realizó consulta por una lesión papilomatosa en la mama derecha de años de evolución y de carácter asintomático, constituida por un nódulo fuertemente indurado que borraba parcialmente la areola mamaria (fig. 3). Se practicó biopsia cutánea en la que se observó una infiltración

de la dermis profunda por un carcinoma pobremente diferenciado compatible con origen en carcinoma ductal infiltrante de glándula mamaria (fig. 4). El estudio de extensión realizado no mostró datos de interés. No se realizó ningún tipo de tratamiento por decisión familiar, dada la situación terminal del paciente.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama en el varón representa el 0,5 % de todos los carcinomas mamarios, y entre el 0,2-1 % de los carcinomas en el varón, siendo la causa de muerte en éstos del 0,08 %^{1,2,4} En Estados Unidos se diagnostican de 1.000 a 1.500 casos al año, presentan metástasis en una tercera parte de los casos y fallecen anualmente 300 pacientes⁴. El paciente tipo se encuentra en la sexta década de la vida, y presenta una

masa subareolar, dura y dolorosa, situada en el centro de la mama que causaría asimetría de la misma y que en muy pocas ocasiones origina algún tipo de alteración cutánea en la areola⁴ lo que obviamente retrasa tanto la consulta médica como el diagnóstico. Entre los factores de riesgo destacan edad avanzada, ginecomastia, obesidad, hepatopatías, síndrome de Klinefelter, enfermedades testiculares, terapia estrogénica, tratamiento hormonal para cáncer de próstata, historia familiar de carcinoma mamario y radioterapia en la juventud^{2,4}.

La combinación entre una correcta exploración física y la punción-aspiración con aguja fina, con o sin mamografía, en la mayoría de las ocasiones suele ser suficiente para establecer el diagnóstico y descartar procesos mamarios benignos que en modo alguno son infrecuentes en el varón^{5,6}. Sin embargo, en muchas ocasiones, la biopsia es imprescindible⁷. Histológicamente, al igual que en la mujer, el tipo más frecuente es el carcinoma ductal. En el 75-85 % de los casos se detectan receptores de estrógenos y progesterona^{2,4}, aunque ello no se correlaciona con una mayor supervivencia⁴. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son masa mamaria, dolor mamario, adenopatía axilar, empastamiento muscular y otros que cursan con cambios cutáneos que afectan al pezón y a la areola, como retracción, ulceración, exudación y eczema². Estas manifestaciones cutáneas se producen por contigüidad⁴ y no parecen modificar el pronóstico¹, que presenta una tasa de supervivencia a los 5 años del 22-72 % para todos los estadios¹, que es similar al cáncer de mama en la mujer³. En términos generales el pronóstico, tanto en el varón como en la mujer, depende del tamaño del tumor, de la existencia de adenopatías axilares afectadas^{2,3,6}, y de la precocidad del diagnóstico, siendo este último dato el que empobrece el pronóstico en el hombre², dado que la ausencia de cribados de población y la menor sensibilidad del hombre ante este trastorno hace que se retrase mucho su consulta.

El tratamiento consiste en mastectomía radical con vaciamiento ganglionar, asociado o no a quimioterapia, radioterapia y tratamiento antiestrogénico². Es importante examinar a las hermanas e hijas del varón

afectado, ya que algunos autores han encontrado que en el 15 % de los casos hay algún familiar de primer grado con igual patología⁸, y otros establecen tres veces más riesgo de padecer cáncer de mama entre los familiares⁴. La presencia de historia familiar no afecta a la edad de presentación, la duración de los síntomas, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico ni la supervivencia global⁸.

Hemos presentado dos pacientes en los que el hallazgo cutáneo ha sido el motivo del diagnóstico del cáncer de mama. Ambos presentaban factores de riesgo, como el traumatismo mamario en el primero, que aunque no han sido descritos en varones, sí son factores etiológicos en mujeres⁹ así como la edad avanzada en el segundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raton JA, Bilbao I, Gardeazabal J, et al. Skin involvement in male breast cancer. *Arch Dermatol* 1998;134:517-8.
2. González-Morana A, Martín R, Romana C, Ramosa ML, González-Asensio MP. Cutaneous manifestations as first expression of the male Breast carcinoma. Report of two cases. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003;31:29-33.
3. Vetto J, Jun SY, Padduch D, Eppich H, Shih R. Stages at presentation, prognostic factor, and outcome of breast cancer in males. *Am J Surg* 1999;177:379-83.
4. Kim JH, Benson PM, Beard JS, Skelton HG. Male breast carcinoma with extensive metastases to the skin. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:995-6.
5. Volpe CM, Raffetto J, Collure DW, Hoover EL, Doerr RJ. Unilateral male breast masses: cancer risk and their evaluation and management. *Am Surgeon* 1999;65:250-3.
6. Vetto J, Schmidt W, Pommier R, Ditomasso J, Eppich H, Wood W. Accurate and cost-effective evaluation of breast masses in males. *Am J Surg* 1998;175:383-7.
7. Bruno A, Aguilar J, Yoruba A, Martínez-Gálvez M, Aguayo JL. Intracystic papillary carcinoma in the male breast. *Breast J* 2003;9:249-50.
8. Hill A, Yagmur Y, Tran KN, Bolton JS, Robson H, Borgen PI. Localized male breast carcinoma and family history. *Cancer* 1999;86:821-5.
9. Kocijancic I, Renner M, Vidmar K. Simultaneous occurrence of fat necrosis and carcinoma after breast injury in a traffic accident. *Eur J Ultrasound* 2000;11:213-6.