

Incidencia de Cáncer de mama en varones. Una revisión de 14 años en SOLCA Núcleo de Quito

Dra. Jinna Aucancela*, Dr. Iván Paocarina**, Dr. Patricio Peralta***

* Médico residente Solca Núcleo de Quito

** Médico Cirujano

*** Cirujano Oncólogo Tratante Solca Núcleo de Quito

ABSTRACTO

El cáncer de mama en varón es una entidad rara, en nuestra institución de especialidad oncológica hemos diagnosticado y tratado 9 pacientes en el lapso de 14 años, revisamos sus expedientes y analizamos factores de riesgo, características de pacientes, del tumor y tratamiento de los mismos.

Palabras Claves: Cáncer mama hombre

ABSTRACT

Breast Cancer in male is a rare entity, in our Oncology Institute we have been treated and diagnosed 9 patients fourteen years; we reviewed their files and analyzed risk factors, patient's characters, tumor and treatment.

Key words: The Breast cancer in male

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es raro en varones, con un estimado de 1000 casos diagnosticados en EEUU en cada año, y 300 defunciones por esta patología ⁽¹⁾ en Quito se estima la tasa de 0.2x100.000 ⁽²⁾ y en promedio de un caso por año en Solca Núcleo de Quito; la frecuencia relativa de cáncer de mama del varón en relación al de la mujer es de alrededor 1 en 100 ⁽³⁾, y son menos de 1.5% de todos los cánceres en varones ⁽⁴⁾, menos del 1% aparece antes de 30 años, 6% antes de 40 años. El promedio de diagnóstico es de 60 años ⁽⁵⁾. La historia natural de la enfermedad en varones es idéntica al cáncer mamario de la mujer en lo que respecta a la presentación y sitios de metástasis a distancia ⁽⁶⁾.

Los subtipos histopatológicos son similares en hombres y el carcinoma ductal infiltrante con o sin componente intraductal son los más frecuentemente observados ⁽⁷⁾.

Los factores de riesgo asociados a cáncer de mama en varón se consideran dentro de factores hormonales estrogénicos exógenos como en transexuales o pacientes con cáncer de próstata en tratamiento antiandrogénico, o endógenos como en pacientes con orquitis, hombres que trabajan en hornos, molinos de acero y laminado en los cuales las altas temperaturas en la que laboran pueden producir disfunción testicular ⁽⁸⁾, la obesidad.

El síndrome de Klinefelter que causa un hipoandrogenismo ⁽⁹⁻¹⁰⁾, influencias genéticas, antecedentes familiares iguales al cáncer de mujer ⁽¹¹⁾, la ginecomastia, hiperprolactinemia por TCE o fármacos ⁽¹²⁾, otros factores ocupacionales implicados son contacto con colorantes, recinas, aceites y solventes en trabajadores de editores y periodistas. En pacientes infectados con esquistosomiasis hepáticas, hombres que han recibido radiación ionizante o pacientes expuestos a fluoroscopías repetidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión retrospectiva de catorce años (Dic. 1990 – Sept 2004) en el Solca Núcleo de Quito encontrándose 9 casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer mamario en este lapso se estudian sus historias clínicas tomando datos de edad, antecedentes patológicos personales y familiares; signos y síntomas, factores de riesgo, patología de tumor primario, tratamiento inicial; se analizan estos datos.

RESULTADOS

Nueve pacientes masculinos fueron diagnosticados y tratados en nuestra Institución en un período de 14 años, los datos clínicos de los pacientes se reportan en la tabla No. 1.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Patricio Peralta.
Servicio de Cirugía Oncológica
Hospital Oncológico Solón Espinoza Solca Quito
Av. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Tabla No. 1

Edad	entre 48 – 82 promedio	70
Estado civil	casado ó viudo	1



Ocupación	Agricultor	3
	Chofer	2
	Artesanos - Sastre	1
	Artesano	1
Antecedente Patológico:	Testicular	1
	Diabetes tipo II	1
	Hernia umbilical	1

Antecedente Patológico familiares (de Cáncer de Mama)

Cabe anotar que ningún paciente tubo historia clínica familiar de cáncer de mama ni ginecomastia, no consumían hormonas y solo 1 paciente tubo historia de hidrocele, no hay en ninguno historia de exposición inusual a radiación.

Características clínicas de presentación están resumidas en la tabla No. 2

Tabla No. 2

Examen Físico	No. de pacientes
Masa en pezón	3 (1 a 3cm)
Masa ulcerada del pezón	2
Masa pectoral	2 (5 y 10 cm)
Lateralidad:	
Izquierdo	4
Derecho	5
Adenopatías axilares	4

La detección inicial del cáncer de mama ocurrió en la mayoría de los casos por autoexamen de masa tumoral, ningún caso fue investigado por mamografía.

El signo más común fue de una masa palpable en el pezón, el diagnóstico histopatológico fue: Carcinoma ductal infiltrante en 7 casos, Adenocarcinoma mucinoso en 1 caso y cáncer papilar en 1 caso, este diagnóstico fue hecho por PAAF en 4 casos y por biopsia transoperatoria en los 9 pacientes; fueron sometidos a MRM de inicio en 5 pacientes, 3 continúan con Tamoxifen; en 2 pacientes se realiza neoadyuvancia con quimioterapia 6 ciclos y RT 6.000 CGy y pasaron a mastectomía de rescate; 1 paciente recibió QT y 1 paciente no recibió tratamiento alguno por falta de recursos.

DISCUSIÓN:

El cáncer de mama en hombres es raro y nuestras estadísticas son similares a las presentadas en series mundiales es decir menos del 1% en relación a cáncer de mama en mujeres y se presenta sólo el 0,2% de todos los cánceres de hombres ⁽¹³⁾ en un promedio de un caso por año en nuestra Institución.

En nuestros pacientes los datos epidemiológicos no muestran los factores de riesgo tanto familiares que en la mayoría de series están presentes en 30% y que estos estudios demuestran una mutación en la línea germinal BRCA2 asociado a mujeres ⁽¹⁴⁾.

La sobreexpresión de las proteínas c-myc, c-erbB-2 y p53 puede

ser considerado como un factor pronóstico adicional en el cáncer de mama masculino ⁽¹⁵⁾.

En ninguno de ellos el rango de edad concuerda con los descritos por la literatura, al igual que el cuadro clínico más frecuente como es la presencia de masa indolora detrás de la areola y secreción por la tetilla, el mismo debe ser realizado por la triada clínica, citología y biopsia que hemos realizado en todos nuestros pacientes que reuniendo su rendimiento llega al 100% de éxito diagnóstico, no se han realizado mamografías en ningún paciente, el uso infrecuente de mamografías en hombres refleja el escaso porcentaje de varones con cáncer de mama lo que no lo hace un estudio de screening en hombres, y por otro lado la presentación clínica de la mayoría de ellos que se lo hace clínicamente por tumor palpable, sin embargo, la mamografía debería usarse para diferenciar entre ginecomastia y tumor maligno en pacientes masculinos ⁽¹⁶⁾. La ausencia de cáncer de mama bilateral, en comparación con la contraparte femenina es consistente con otras series esto es debido en parte a la edad tardía (en promedio 20 años después que el de la mujer) en que es hecho el diagnóstico en pacientes masculinos resultando en fallecimiento de estos debidos a otras causas antes de que se aparezca la enfermedad contralateral.

Nuestros hallazgos de Adenocarcinoma ductal infiltrante en 85% de los casos es explicado porque acinos verdaderos y lóbulos pueden desarrollar cáncer durante la exposición a estrógenos en el climaterio masculino.

El tratamiento ha ido evolucionando en las series más grandes del mundo desde la mastectomía radical a la lumpectomía gracias a los tratamientos adyuvantes. En una de la series más grandes del mundo una revisión de 229 pacientes en el Princess Margaret Hospital dividieron en períodos de tiempo el tipo de cirugías realizado así entre 1955 – 1965 realizaron mastectomía radical 47.2% y entre 1976-1985 solo el 5.6% tuvieron mastectomía radical, durante el período 1986-1996 ningún paciente fue sometido a mastectomía radical, siendo la mastectomía simple o radical modificada la técnica quirúrgica más popular; la lumpectomía con o sin disección axilar deben ser bien valoradas ya que podría ser de elección en pacientes determinados por el tamaño del tumor ⁽¹⁷⁾.

Nosotros consideramos que el tratamiento quirúrgico debe ser evaluado entre un cáncer operable y avanzado en nuestra casuística, cinco pacientes fueron sometidos a MRM, en un paciente se realizó mastectomía de rescate, luego de quimioterapia neoadyuvante y RT un paciente se sometió a mastectomía radical, un paciente fue declarado inoperable por un conglomerado ganglionar axilar de 5cm y recibió QT y RT y un paciente no recibió ningún tratamiento; las series mundiales reportan que la operabilidad inicial no ha cambiado significativamente, así, en 1940 Eacsh en una serie de 264 varones el 74% tenía un cáncer operable, en 1944 Sheiche en una serie de 253 varones el 78% eran operables, en fechas recientes en los 80s en serie de 495 pacientes el 81% eran operables de ellos el 68% fueron sometidos a MR y 13% a mastectomía simple, en los 90s de 89 pacientes el 95% fueron operables de ellos 6 fueron sometidos a lumpectomía, 17 a mastectomía simple, 46 a MRM y se realizaron solo 16 MR. Riveiro reporta en una serie de 292 pacientes el 71% operables de estos 71 pacientes se realizaron MRM, 93 pacientes mastectomía simple más RT y 25 ablación sencilla y RT (Lumpectomía). Nosotros consideramos que el estándar de

tratamiento local para cáncer de mama en hombres es la mastectomía, si el tumor no esta fijo al músculo pectoral la MRM puede ser hecha; si el músculo esta involucrado de manera limitada, una porción de esta estructura puede ser removida; para pacientes con extensa invasión al músculo pectoral la mastectomía radical debe ser requerida ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

La disección axilar debe ser realizada ya que los ganglios linfáticos positivos tienen igual o mayor importancia pronóstica ⁽²⁰⁾ en varones que en las mujeres además en los pacientes con ganglios positivos esta justificado la QT o tratamiento adyuvante con tomosifeno de acuerdo al estadio de los receptores hormonales. Así es recomendable el uso de tomosifeno adyuvante por cinco años, si los ER son positivos.

En adición, recientes estudios del Internacional Breast Cancer Study Group, el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project y el Southwestern Oncology Group de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama muestran que la adición de QT al tamoxifeno adyuvante pueden ser benéficos para pacientes con nódulos linfáticos negativos o positivos o con ER positivo o negativo, estos hallazgos sugieren que tratamientos mas agresivos, que incluyan QT adyuvante pueden ser benéficos en hombres ya que el cáncer de mamas en hombres con metástasis tiene igual evolución que el cáncer de mujeres postmenopáusicas. En el cuadro 3 presentamos nuestros tratamientos.

CUADRO 3

Combinación de tratamiento

Cirugía sola	1*
Cirugía + QT	
+ Hormonoterapia	1
Cirugía + Hormonoterapia	1
Cirugía + QT	2
QT + RT + Cirugía	2
QT sola	1
Ningún tratamiento	1

* Paciente operado en fecha reciente

Por ser una serie corta y no poder comparar los tratamientos realizados en cada uno de ellos nos remitimos a realizar el comentario de los resultados de otras series grandes en que se pudo analizar la edad, compromiso linfático, tamaño del tumor y presencia de metástasis incluso la década en que fueron tratados parece ser que el tratamiento ideal para casos operables es tratamiento quirúrgico (MRM) mas hormonoterapia por T1 N0M0; MRM mas QT por T1-2 N1M0; cirugía mas QT y hormonoterapia por T1-2N1M0 con ER positivo, la hormonoterapia puede incluir tamoxifen, diethyl - estil - bestrol o medroxiprogesterona o terapia hormonal ablativa con orquiectomía. Este tratamiento debe ser administrado por 2 años.

Con este tratamiento la supervivencia reportada a 5 años en nodos negativos es de 68 a 77 e incluso el 100% y para pacientes con nodos positivos se reportan sobrevidas de 37 a 61% ⁽²¹⁾.

La comparación del pronósticos entre hombres y mujeres es controversial, pero algunos reportes sugieren peor pronóstico para hombres al parece debido a que la anatomía de la mama masculina puede tener menos barreras para la metástasis o que la biología del tumor sea más agresiva. Lastimosamente debido que no se puede llevar un seguimiento adecuado en nuestros pacientes no podemos presentar comparaciones de tratamiento y pronósticos.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama en hombres es raro, su historia natural parece ser idéntica a la del cáncer femenino el diagnóstico y tratamiento ha cambiado últimamente debido a tratamientos menos agresivos gracias a la quimioterapia adyuvante y hormonoterapia, el pronóstico es más sombrío que en mujeres en iguales estadios sobre todo cuando hay nódulos positivos, nuestros datos presentados en este estudio retrospectivo no son apropiados para establecer conductas de tratamiento ni pronósticos y debemos seguir utilizando tratamientos establecidos en series grandes multicéntricas, la investigación va encaminada a la biología molecular particularmente en relación al BRCA1 y BRCA2 que al parecer juegan el rol más importante en la QT adyuvante y determinan el óptimo tratamiento de la enfermedad metastásica.

Bibliografía:

1. Wingo P., Tong T., Balden S.: Cancer Statistics 1995, CANCER 1995:8
2. Registro Nacional de Tumores (RNT). Cáncer en regiones del Ecuador. 1997-1999
3. Henderson, IC.: Oncología Clínica. 2^{da} ed, Publicación científica N 559.OPS, p. 246, 1996.
4. Crichlow RW.: Carcinoma of the male breast. Surgery Gynecology Obstet 1972;134:1011-9
5. Crichlow RW, Galt SW: Clínicas Quirúrgicas de Norte América, Cáncer de la región mamaria en el varón. Vol 5, 1173-1176, 1990.
6. Izquierdo MA, Alonso C, DeAndres L, Ojeda B.: Male breast cancer: report of a series of 50 cases. Acta Oncol 1994; 33: 767-71.
7. Hecht RJ, Winchester DJ.: Male Breast Cancer. Am J. Clin Pathol 102(11): 525-530, 1994.
8. Krause W, Splieth B.: Disease of the Male Breast. 46(6) 422-426, 1996.
9. Jackson AW, Muldal S, Ockey CH, et al: Carcinoma of male breast in association with the Klinefelter Sd.Br. Med J. 1:223, 1965.



10. Kelsey JL, Gammon MD.: Epidemiology of breast cancer. Epidemiology Rev 1990; 12:228-40.
11. Borgen P, Wong G, Vlamis U, et al: Current Management of Male Breast Cancer: a review of 104 cases. Ann Surg 215; 451, 1992.
12. Olsson H, Ranstam J.: Head trauma and exposure to prolactin elevating drugs as risk factors for male breast cancer. JNCI 80: 679, 1988.
13. Alvear E., Alvarado J.: Cáncer de Mama 1987;1 (1)
14. Ahearne PM, Leach SD, Feig BW: Cáncer de mama invasivo. M.D. Anderson Oncología, p. 14, 2000.
15. Pich A, Morgania E, and Chiusa L.: Oncogenes and Male Breast Carcinoma: c-erbB-2 and P53 Coexpression Predicts a Poor Survival. J Clin Oncol, 18: 2948-2956, 2000.
16. Haagensen CD.: Enfermedades de la mama. Carcinoma de la mama masculino, 3^{ra} ed, 1021-1022, 1991.
17. Goss PE, Reid C, Pintilie M, et al: Male Breast Carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955 – 1996. Cancer 1999; 85: 632-633.
18. Borgen P, Wong G, Vlamis U., et al: Current Management of Male Breast Cancer: a review of 104 cases Ann Surg 1992; 215: 451.
19. Harris J, Morrow M, Norton L: Male Breast Cancer. In: Cancer Principles and Practice of Oncology: Vincent De Vita Jr. Vol 2. 5^a ed, p. 1586, 1997.
20. Heller KS, Rosen PP, Shothensfeld D, et al: Male breast cancer: A clinicopatological study of 97 cases. Ann Surg 188:60, 1978.
21. Erlichman C, Murphy KC, Elhakim T: Male breast cancer: A 13-year review of 89 patients. J Clin Oncol 2 :903-9, 1984.

Del Editor

CHEQUEO PARA LOS AUTORES, PREVIO A LA ENTREGA DE TRABAJOS

- | | |
|--|--|
| ☐ Se requieren el original y 2 copias del manuscrito y de las ilustraciones. | teléfono, fax o dirección de correo electrónico. |
| ☐ El manuscrito debe estar escrito a doble espacio. | ☐ Cada ilustración debe estar en una página separada en la que debe indicarse (en el borde superior), el nombre del primer autor, el título del trabajo y el número del orden que le corresponde. |
| ☐ El último debe ser conciso y corto. | ☐ Debe enviarse el certificado de exclusividad y de no tener conflicto de interés financiero relacionado al trabajo, firmado por todos los autores. |
| ☐ El abstracto tendrá un máximo de 500 palabras en el caso de artículos originales, y de 100, en los reportes de casos. | ☐ Para la publicación del manuscrito en la revista, es indispensable el certificado de cesión de los derechos de autor. |
| ☐ Debe incluirse la versión en inglés del abstracto. | |
| ☐ Especificar la filiación institucional de cada autor, incluyendo el nombre completo del autor o autores, dirección, | |