

Cáncer de mama en el hombre

G. Zornoza* / F. Vicente* / I. Goena* / T. Franquet**

El cáncer de mama en el hombre representa algo menos del 1 % de las neoplasias de esta glándula y supone el 25 % de los procesos de la glándula masculina¹¹. No obstante esta rareza, cada nuevo caso que es diagnosticado, plantea no pocos problemas para el médico que lo ha de tratar, y esto es así porque la experiencia recogida en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en la mama femenina, en muchos aspectos no es superponible al que se seguirá en el hombre, y, por otro lado, no existen grandes series estadísticas de esta localización tumoral que puedan de alguna forma protocolizar la pauta a seguir en estos enfermos.

Etiopatogenia

Existen estudios epidemiológicos que confirman unas características de incidencia en cuanto a razas y países, muy semejantes para ambos sexos²¹. En la tabla I se resumen los distintos factores etiológicos que de alguna forma han sido invocados para el cáncer de mama masculino.

Herencia

Existen pocos datos sobre este aspecto, siendo de reseñar la revisión efectuada por Crichlow⁴ en la que sobre 127 historias de varones portadores de una neoplasia mamaria, en 13 de ellos se menciona el carcinoma de mama en un consanguíneo.

Por otro lado, Haagensen¹⁰ aprecia que en aquellos casos de familias con una alta incidencia de cáncer mamario, es frecuente encontrar algún varón portador de la enfermedad.

Hormonas

Existen múltiples observaciones que apoyan al influjo hormonal en la génesis del cáncer de mama en el hombre. Es lógico deducir que la baja incidencia proporcional de cáncer en la mama masculina ha de estar relacionada con la falta de estímulo hormonal cíclico en los mismos. En consecuencia, se puede pensar que en los casos de cáncer mamario en varón ha de existir un desequilibrio entre andrógenos y estrógenos, por déficit

Tabla I. RESUMEN DE LA CASUISTICA DE CANCER DE MAMA EN EL HOMBRE EN NUESTRO SERVICIO

Caso	Edad	Historia previa	Ginecomastia	Palpación	Anat. patol.	Tratamiento
1	65	Dolor desde hace 3 meses. Secreción sanguinolenta	Si	No masa Ginecomastia bilateral	Carcinoma intraductal de 4-5 mm.	Glandulectomía
2	41	Pinchazos y picor 1 año	No	Tumoración de 1 cm, adherida a piel	Carcinoma intraductal infiltrativo	Mastectomía

A) Factores generales:

- Herencia.
- Hormonas.

B) Factores locales:

- Traumatismos.
- Radiación.
- Enfermedades mamarias previas.

de aquéllos, o exceso de estos últimos (por exceso en la producción o metabolismo deficitario) e incluso por una mayor sensibilidad del tejido mamario ante tasas hormonales aparentemente normales.

Se ha encontrado una muy alta incidencia de cáncer de mama en varones con síndrome de Klinefelter^{2,7,13} así como en el caso de anomalías testiculares, como antecedentes de orquitis, etc.^{18,21} y en esta misma línea, Treves²⁶ encuentra atrofia testicular en más del 50 % de los casos de cáncer mamario.

Por otro lado, la administración de estrógenos al varón determina a nivel mamario un desarrollo lóbulo acinar que semeja al de la glándula femenina y en este sentido van siendo frecuentes las comunicaciones de

* Departamento de Cirugía General.

** Depart. Anat. Patológica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

carcinomas mamarios en varones transexuales que han sido sometidos a terapéutica estrogénica mantenida ¹⁹ ²³. No obstante y frente a ello, son raras ³ las referencias sobre esta posible complicación, en las series de enfermos portadores de una neoplasia prostática, que son sometidos a terapéutica estrogénica, señalando Leis ¹⁴, que la mayor parte de los casos de carcinoma de mama en estos enfermos se tratan realmente de metástasis de su carcinoma prostático.

Se han descrito casos de carcinoma mamario en el hombre con una incidencia mayor de la que cabría esperar en enfermos portadores de hepatopatías, unas veces asociadas a deficiencias de vitaminas del grupo B ⁶, como ocurre en ciertas razas africanas, o en las áreas donde la bilharzosis es frecuente, como en Egipto ⁸; hepatopatías que de alguna manera conducirían por alteración en su metabolismo a un exceso de niveles estrogénicos.

Dao ⁵ y Zumoff ³¹ confirman una alteración metabólica de los estrógenos, evidenciando una mayor eliminación de sus metabolitos estradiol, estriol y estrona, que se normalizan en algunos casos tras la castración ⁵.

Traumatismo

Aun como ocurre en el cáncer de mama femenino, es frecuente el antecedente traumático en la región mamaria de estos enfermos, no existe comprobación alguna de que tal agente pueda ser considerado como determinante del desarrollo de un cáncer mamario, siendo únicamente en ocasiones el motivo que lleva al paciente a un autoexamen en el que detecta una anormalidad.

Radiación

Crichlow ³ recoge 6 casos de cáncer de mama en varones que años antes habían sido sometidos a radiación de la región mamaria. Es un factor que se ha de tener en cuenta, mucho más cuando existen datos que, al menos en la mujer ^{9,30}, confirman que la radiación del área mamaria determina una más alta incidencia de neoplasias de esta localización.

Enfermedades mamarias

Especialmente en lo que se refiere al antecedente de una ginecomastia como proceso previo al desarrollo de una neoplasia mamaria. La incidencia de ginecomastia previa varía y así es excepcional para Crichlow ⁴ y alcanza un 12 % para Liechty ¹⁶, y no existe ningún patrón histológico de ginecomastia que permita confirmar la transición de ella a la neoplasia ²⁹.

No obstante, no se puede negar que en la ginecomastia se presentan frecuentemente patrones hormonales con las características que hemos señalado como propicios o frecuentes en desarrollo del cáncer mamario.

Como puede apreciarse, no existe una evidencia clara de cuáles pueden ser los factores carcinógenos en las neoplasias mamarias del varón, pero admitiendo que los factores herencia, desequilibrio hormonal y ginecomastia en forma aislada o conjunta pueden intervenir, se hace aconsejable no utilizar la terapéutica estrogénica en aquellos casos de pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama o portadores de una ginecomastia.

Clínica

La edad de presentación de este cáncer en el hombre es algo más tardía, de 6 a 10 años, que en la mujer ^{3,28,29}, con un máximo de incidencia en la sexta década, no apreciándose la curva bimodal característica de la distribución por edades en el sexo femenino ¹⁰, habiéndose descrito un caso en un niño de 5 años ²².

Como en la mujer, el 90 % de los casos, la sintomatología inicial es la presencia de un bulto que en el caso de los hombres se presenta preferentemente en localización central, subareolar, de tamaño variable, duro y en ocasiones doloroso.

La secreción por el pezón es más frecuente que en la mujer, pues ésta presenta en el 13-15 % de los casos ^{4,14,25} y cuando esta secreción existe en una mama masculina, en el 75 % de los casos ^{5,29} se debe a un carcinoma especialmente si es de tipo serosanguinolento. En ocasiones es la ulceración de un nódulo preexistente el motivo de la consulta ^{1,28}, hecho que se justifica por la demora en acudir en busca de diagnóstico y el escaso tejido mamario que lo rodea.

La exploración física confirma la existencia de una induración de localización retroareolar, ligeramente más frecuente en el lado izquierdo. La escasez de tejido mamario hace que muy frecuentemente se aprecien signos de infiltración de la piel y pezón, con retracción, umbilicación o ulceración de los mismos. La presión sobre el nódulo puede determinar dolor y/o salida de secreción por el pezón. Se han descrito casos en los que el carcinoma se evidenció como una enfermedad de Paget ²⁴.

La exploración de las áreas ganglionares regionales confirma la existencia de adenopatías en el 40-60 % de los casos ^{2,27}, llegando en alguna estadística al 100 % de los casos ¹.

En ocasiones, este cuadro clínico puede verse encubierto por una ginecomastia, que sólo levanta sospechas al aparecer como excéntrica, con límites imprecisos o con una clara induración diferenciable en el espesor de la glándula hiperplásica. De cualquier forma, como se ha comentado anteriormente, la coexistencia de neoplasia con ginecomastia varía de unos autores a otros,

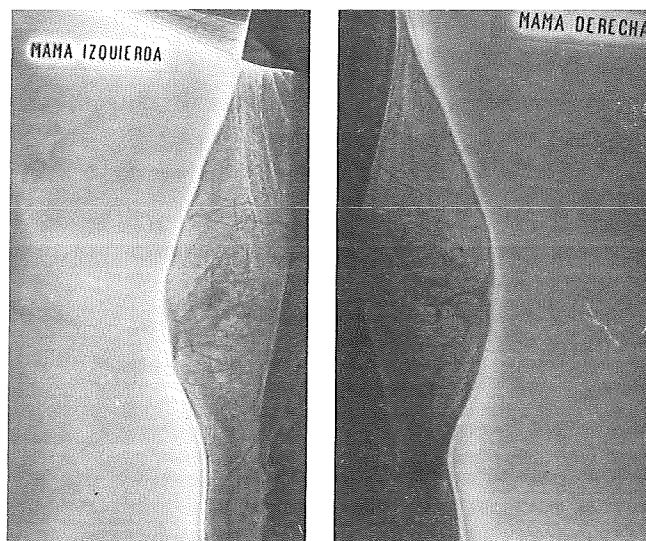


Fig. 1.—Xerografía mamaria en un hombre con ginecomastia bilateral y pequeño carcinoma en mama derecha, no palpable.

debiendo ser sospechosa en el caso de aparecer asimétrica y recurriendo por ello a la biopsia.

No existe experiencia, pero exploraciones como la termografía y la xerografía pueden en ocasiones ser ayudas eficaces en el diagnóstico de una induración mamaria en el varón (fig. 1).

Anatomía patológica

En la glándula masculina puede encontrarse cualquiera de las formas anatomopatológicas de cáncer presentes en la mujer, a excepción del carcinoma lobulillar (por no existir lobulillos en la glándula mamaria masculina). En las revisiones realizadas por Crichlow¹⁴ y Viladin²⁸, la forma ductal infiltrante es la más frecuente, representando según estos autores el 63-85 % (fig. 2).

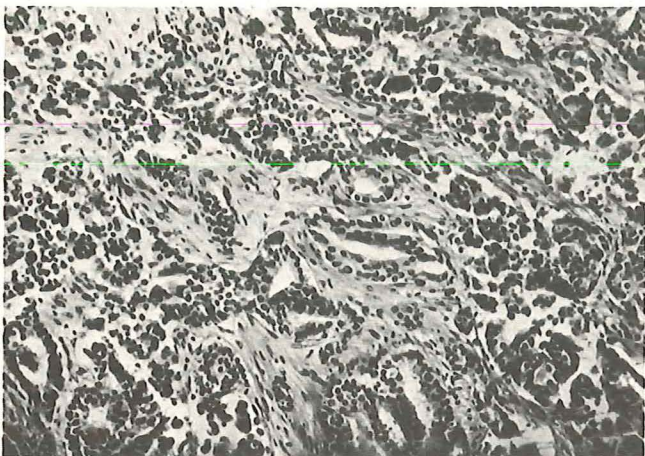


Fig. 2.—Área de adenocarcinoma bien diferenciado en una mama con ginecomastia.

Por otro lado no existe evidencia de lesión mamaria en el hombre que pueda ser considerada como premaligna.

Tratamiento

En principio, las posibilidades terapéuticas son semejantes a las del cáncer femenino, pero existen implicaciones que obligan a ciertas modificaciones.

Sigue siendo la cirugía el tratamiento de elección, no obstante, no existe acuerdo sobre la técnica más adecuada: mastectomía simple o radical. Por otro lado es preciso señalar que estas técnicas con frecuencia se han de utilizar en enfermos con afectación más o menos amplia de la piel, e incluso del plano muscular subyacente, lo que puede obligar a una cirugía agresiva, haciendo precisos injertos cutáneos, etc. De cualquier forma, la elección de la técnica a emplear se basará en las condiciones locales del tumor y generales del paciente.

Otro punto de discusión nace del empleo o no de radioterapia y de si ésta se realizará pre o postoperatoriamente. Pero aquí sí que caben los razonamientos empleados en el tratamiento del cáncer de mama femenino: la radioterapia puede convertir a un cáncer no accesible a la cirugía en tributario de la misma, y en el postoperatorio su utilización estará en razón de la radi-

calidad de la cirugía empleada y de la existencia o no de metástasis ganglionares regionales, ya que si éstas son positivas, aquélla puede retardar la aparición de recidivas aun cuando la supervivencia no sea mejorada.

En el caso de cáncer avanzado, metastásico o recidivado, el protocolo terapéutico paliativo es semejante al femenino. La castración, orquidectomía bilateral, es el tratamiento de elección, obteniéndose cifras de respuesta positivas que oscilan entre el 45 y 85 %^{11, 26} obteniéndose regresiones a nivel de metástasis óseas y pulmonares, así como de la afectación locorregional²⁹. Por otro lado, esta respuesta a la castración no parece estar influenciada como en la mujer, por la edad del paciente¹⁴. Esta mayor tasa de respuestas a la castración en el hombre que en la mujer, parece explicarse por la frecuencia mucho más elevada de receptores estrogénicos 82 %²⁸ en el cáncer masculino. Según Li¹⁷ pueden obtenerse también buenos resultados con la suprarrenalectomía, con la particularidad de que una no respuesta a la castración no presupone el resultado tras la suprarrenalectomía bilateral.

La respuesta a la hormonoterapia aditiva es mínima y tan sólo los corticoides suprarrenales pueden proporcionar mejoras subjetivas²⁶. Por último, queda la quimioterapia a emplear cuando las terapéuticas anteriores han fracasado.

Pronóstico

En el cáncer de mama masculino se dan con frecuencia una serie de circunstancias que consideradas sobre la experiencia del cáncer en la glándula femenina, son de mal pronóstico: diagnóstico tardío, edad más avanzada, frecuente afectación de la piel, localización retroareolar o central. En la amplia revisión efectuada por Crichlow⁴, la supervivencia global es del 49 % a los 5 años, y del 35 % a los 10 años. En el caso de ganglios negativos, estas cifras son del 79 y 62 % respectivamente, descendiendo al 28 y 4 % si los ganglios se mostraron afectados por el tumor.

Bibliografía

1. Bourjat P, Benyaghla H, Rahal M. *Cancer du sein chez l'homme en Algérie. Bilan clinique*. Senologia 4, 67, 1977.
2. Cortes AF, Cornell CN. *Carcinoma of the male breast*. Ann Surg. 173, 275, 1971.
3. Crichlow RW. *Carcinoma of the male breast*. Surg Gynecol Obstet. 134, 1011, 1972.
4. Crichlow RW. *Cáncer de mama en hombres*. Seminarios de Oncología: Cáncer de mama. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1975.
5. Dao TL, Morreal C, Nemojo T. *Urinary estrogen excretion in men with breast cancer*. N Eng J Med. 289, 138, 1973.
6. Davies JNP. *Sex hormone upset in Africans*. Brit Med J. II, 676, 1949.
7. Dodge OG, Jackson AW, Muldal S. *Breast cancer and interstitial-cell tumor in a patient with Klinefelters syndrome*. Cancer 24, 1027, 1969.

8. El-Gazayerli MM, Abdel-Aziz AS. *On bilharziasis and male breast cancer in Egypt*. Brit J Cancer 17, 566, 1963.
9. Grundy GW, Uzman BG. *Breast cancer associated with fluoroscopy*. J Nat Cancer Inst. 51, 1339, 1973.
10. Haagensen CD. *Enfermedades de la mama*. Ed. Beta, S.R.L. Buenos Aires, 1977.
11. Holleb AI, Freeman HP, Farrow JH. *Cancer of the male breast*. N Y State J Med. 68, 656, 1968.
12. Holleb AI. *Cancer of the male breast. Breast cancer, early and late*. Year Book Medical Publish Inc. 245, 1970.
13. Jackson AW, Muldal S, Ockey CH, O'Connor PJ. *Carcinoma of male breast in association with the Klinefelter syndrome*. Brit Med J. I, 223, 1965.
14. Leis HP Jr. *Diagnosis and treatment of breast lesions*. Med Exam Pub Inc. 1970.
15. Leis HP, Raciti A. *Nuevos aspectos del cáncer de mama*. Ed. Salvat. Barcelona. Clin. Ginec. 3/3, 189, 1978.
16. Liechty RD, Davis J, Gleysteen J. *Cancer of the male breast*. Cancer 20, 1617, 1967.
17. Li MC, Janelli DE, Kelli EJ. *Metastatic carcinoma of the male breast treated bilateral adrenalectomy and chemotherapy*. Cancer 25, 678, 1970.
18. Nicolis GL, Sabetghadam R, Hsu CCS, Rohval AR, Lester J. *Breast cancer after mumps orchitis*. JAMA 223, 1032, 1973.
19. O'Grady WP, Mc Divitt RW. *Breast cancer in a man treated with diethyestilbestrol*. Arch Path. 88, 162, 1969.
20. Reingold IM, Ascher GS. *Cystosarcoma phyllodes in a man with gynecomastia*. Am J Clin Pathol. 63, 852, 1970.
21. Schottenfeld D, Lilienfeld AM. *Some epidemiologic features of breast cancer among males*. J Chronic Dis. 16, 71, 1963.
22. Simpsom JS, Barson AJ. *Breast tumors in infants and children, a 40 year review of cases at a children's hospital*. Can Med Assoc J. 101, 100, 1969.
23. Symmers WSC. *Carcinoma of breast in transexual individuals after surgical and hormonal interference with the primary and secondary sex characteristics*. Brit Med J. 2, 83, 1968.
24. Treves N. *Paget's disease of the male mamme: a report on two cases*. Cancer 7, 325, 1954.
25. Treves N, Robbins GF, Amoroso WL. *Serous and serosanguineous discharge from the male nipple*. Asch Surg. 73, 219, 1956.
26. Treves N. *The treatment of cancer, specially inoperable cancer, of the male breast by ablative surgery (orchietomy, adrenalectomy and hypophisectomy) and hormona therapy (estrogens and corticosteroids)*. Cancer 12, 20, 1959.
27. Vanderbilt PC, Warren SHE. *Forty year experience with carcinoma of the male breast*. Surg Gyn Obst. 133, 629, 1971.
28. Viladin P. *Cáncer de mama en el varón*. Oncología/80, 7, 284, 1977.
29. Vinagre LM, Noguerales F, García Sancho L, Gómez Tejada R. *Cáncer de mama masculino*. Rev Esp Oncolog. 25, 305, 1978.
30. Wanebo CK, Johnson KG, Sato K. *Breast cancer after exposure to the atomic bombings of Hiroshima and Nagasaki*. N Engl J Med. 279, 667, 1968.
31. Zumoff B, Fischman J, Casaouto J, Hellman L, Gallagher TF. *Estradiol transformation in men with breast cancer*. J Clin Endocr Metab. 26, 960, 1966.

OBRAS DE INTERES

BIBLIOTECA

nt

NT MEDICINA

ABORTO Y CONTRACEPTIVOS (3.ª edic.)

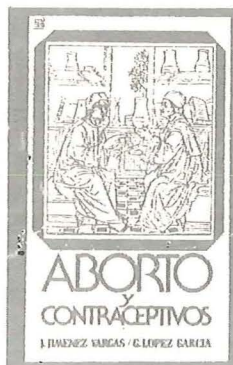
J. Jiménez Vargas y G. López García
1979/192 págs. 300 ptas.

En esta tercera edición corregida y aumentada se explican los hechos biológicos y métodos naturales del control de la natalidad, siendo estudiados el aborto bajo su aspecto clínico y los anticonceptivos, especialmente la píldora.

TEMAS NT

LA ULTIMA EDAD

Diego Díaz Domínguez
1976/160 págs. 215 ptas.



EL SUEÑO Y SUS TRASTORNOS

Luis M.ª Gonzalo
1975/192 págs. 215 ptas.

MANUAL SOBRE EL ABORTO

Dr. J.C. Willke y esposa
1975/192 págs. 215 ptas.

PERSONALIDAD Y CEREBRO

Juan Jiménez Vargas
1976/200 págs. 215 ptas.

EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A.

Plaza de los Sauces. 1 y 2 - Apdo. 396 - Tel. (948) 256850*
BARAÑAIN - PAMPLONA (España)