

CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE, DOBLE PRIMARIO METACRONICO: A PROPOSITO DE UN CASO.

CASO CLINICO

Dr. Carlos Paz G. *
Dra. Aixa González F. *
Dr. Blas Sosa C. *
Dr. José Pérez T. *
Dr. Juan Rodríguez R. *
Dra. Angela Ruiz *

Resumen

El cáncer de mama en el hombre es raro. Menos de 1% de todos los carcinomas de la mama, ocurren en el hombre. La edad media del diagnóstico está entre los 60 y los 70 años.

Los factores de riesgo predisponentes incluyen, exposición a radiaciones, administración de estrógenos, y enfermedades como la cirrosis hepática, el síndrome de Klinefelter, y la Schistosomiasis hepática.

Palabras clave

Cáncer, Mama, Hombre.

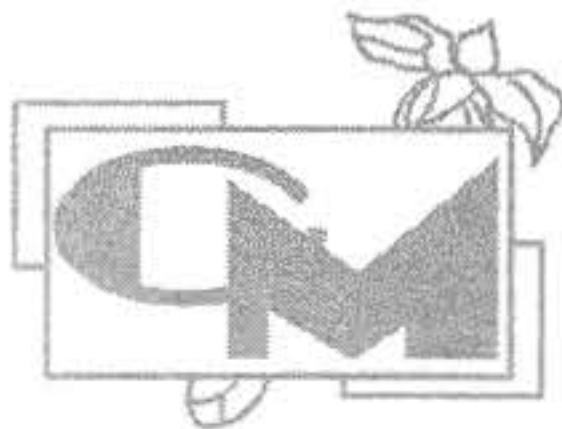
Abstract

Male breast cancer in men is rare. Less than 1% of all breast carcinomas occur in men. The mean age at diagnosis is between 60 and 70.

Predisposing risk factors to include radiation exposure, estrogen administration, and diseases such as cirrhosis, Klinefelter's syndrome or hepatic schistosomiasis.

Key words

Cáncer. Breast. Men.



* Instituto Oncológico Luis Razetti. Caracas, Venezuela.

Introducción

El cáncer de mama en el hombre, es una enfermedad poco común,^(1,2) y constituye menos del 1 % de todos los carcinomas de la mama. Para 1996 se diagnosticaron en los Estados Unidos 1.400 nuevos casos, de los cuales fallecieron 260 pacientes por causa de la enfermedad⁽³⁾. La incidencia del carcinoma de mama bilateral en el hombre, es aún más baja, reportando algunas series menos del 2%;^(4,5) en nuestro País se reporta una incidencia de carcinoma bilateral, un poco más alta, aproximadamente 7,69%.⁽⁶⁾ Esta enfermedad puede afectar al hombre a cualquier edad, pero la edad promedio se ubica entre los 60 y los 70 años.^(7,8) Los factores de riesgo predisponentes, parecen incluir exposición a radiaciones⁽⁹⁾, antecedentes familiares de cáncer de mama, administración de estrógenos, enfermedades tales como cirrosis hepática o Síndrome de Klinefelter,⁽¹⁰⁾ también se ha asociado con la Schistosomiasis hepática II. Con excepción de los pacientes con síndrome de Klinefelter, la presencia de ginecomastia no parece estar asociada con un incremento del riesgo de cáncer de mama.⁽¹²⁾ Estudios recientes han mostrado un mayor riesgo, en pacientes en los cuales hay mutación del gen BCRA2 en el cromosoma 13q.^(13,14) La patología es similar al cáncer de mama femenino. El tipo histológico más frecuente es el Ductal Infiltrante.^{12,15} Aproximadamente 80% de los tumores contienen receptores de hormonas.⁽¹⁶⁾

Caso

Se trata de un paciente masculino (F. B.) de 57 años a quien en Enero de 1994 se le diagnosticó un cáncer de mama derecha Estadio I, y cuyo estudio anatomopatológico reportó carcinoma ductal infiltrante, ganglios negativos (0/15), T1, grado histológico I grado nuclear II, con receptores de estrógenos desconocidos. Este paciente fue tratado con una mastectomía radical modificada tipo Madden derecha, en Abril de 1994, y posteriormente recibió tratamiento radiante a pared costal (5.000 cgy). El paciente permanece asintomático durante 2 años y 9 meses (I.L.E.), y en Enero de 1997 presenta en la mama izquierda 2 nódulos cuya biopsia reportó carcinoma ductal infiltrante, el paciente es sometido a una mastectomía radical modificada tipo Madden izquierda y el estudio anatomopatológico definitivo fue carcinoma ductal infiltrante, ganglios negativos (0/15), T2, grado histológico 11 grado nuclear 11, áreas del tumor con patrón Cribiforme y áreas de Carcinoma In Situ, y receptores de estrógenos positivos. De manera adyuvante se le planificó seis ciclos de quimioterapia, esquema conocido con el acrónimo de CMF, del cual ha cumplido seis ciclos. El paciente se encuentra en los actuales momentos en buenas condiciones generales, sin evidencia de enfermedad locoregional o a distancia,

Discusión

El cáncer de mama bilateral en el hombre, es una entidad clínica sumamente rara, el cual tiene una incidencia muy baja, aunque en nuestro país se reporta un 7.69%. El curso clínico, la clasificación TNM y los factores pronósticos son similares al cáncer de mama femenino⁽⁸⁾, al igual que la tasa de supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad⁽¹²⁾. La impresión que se tenía antiguamente de que el cáncer de mama masculino era de muy mal pronóstico, era porque el diagnóstico se realizaba en etapas tardías.⁽⁸⁾ El tratamiento va a depender del

centro médico

Dr. Carlos Paz G. • Dra. Aixa González F. • Dr. Blas Sosa C. • Dr. José Pérez T. • Dr. Juan Rodríguez R. • Dra. Angela Ruiz

estadio y de los factores pronósticos.^(1, 6, 17,18) Este paciente constituye el primer caso, documentado, en el Instituto Oncológico Luis Razetti, de cáncer de mama masculino bilateral.

Referencias Bibliográficas

1. Borgen P, Wong G, Vlanis V. Current management of male breast cancer: a review of 104 cases. *Annals of Surgery*, 215(5).- 451-9.1992
2. Wingo P, Tong T, Bolden S. *Cancer statistics*, CA 1995:8.1995.
3. Parker S, Tong T, Bolden S. *Cancer statistics*, 1996. CA-A Cancer Journal for clinicians. 46 (1): 5-27.1996.
4. Bland IZ, Copeland E. La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Editorial Médica Panamericana.1.244-9. 1993.
5. Crichlow R, Galt S. Male breast cancer. *Surg Clin North Am*. 70: 1.165-7.1.990.
6. Pacheco C, Barrios G, Peña J, Tejada A, Moreno L. Tratamiento del carcinoma de mama en el hombre. En *Avances en Mastología*. 2da. edición. Editor Gerardo Hernández. 521-9. 1996.
7. Jaiyesimi I, Buzdar A, Sahin A. Carcinoma of the male breast. *Annals of internal Medicine*. 117 (9): 771-7.1992.
8. Eldar S, Nash E, Abrahamson J. Radiation carcinogenesis in the male breast. *Eur J Surg. Oncolog*. 15: 274.1989.
9. Jackson A, Muldal S, Ockey C. Carcinoma of the male breast in association with Klinefelter Syndrome. *Br Med J*, 1 : 223.1965.
10. El Gazarelli M, Abdul-Aziz A. On biliarhiziasis and male breast cancer in Egypt: a preliminary report and review of the literature. *Br J Cancer*. 17: 566.1963.
11. Heller K, Rosen P, Schottenfeld D. Male breast cancer: a clinicopathologic study of 97 cases. *Ann Surg*. 188: 60.1978.
12. Wooster R, Bignel G, Lancaster J. Identification of the breast cancer susceptibility gene BCRA2. *Nature*. 378 (6559): 789-92.1995.
- 13.- Thorlacius S, Tryggradottir L, Olafsdottir G. Linkage to BCRA2 region in hereditary male breast cancer. *Lancet*. 346(8974): 544-5.1.995.
- 14.- Henderson 1, HarrisJ, Kinne D, Hellman S. *Cancer of the Breast*. En *Cancer principles & practice of oncology*. 3rd edition. Lippincott. 38: 1.197-258. 1989.
- 15.- Friedman M, Hoffman P, Dandolo E. Estrogen receptors in male breast cancer: clinical and pathologic correlations. *Cancer*. 47: 134. 1981.
- 16.- Joshi M, Lee A, Loda M. Male breast Carcinom: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome. *Cancer*. 77 (3): 490-8. 1981.
17. Cocconi G, Biagni G., Ceci G. Low-dose aminoglu-tethimide with and without hydrocortisone replacement as a first-line endocrine treatment in advanced breast cancer: a prospective randomized trial of the Italian Oncology Group for Clinical Research. *Journal of Clinical Oncology*. 10 (6): 984-9.1992.
18. Gale K, Andersen J, Tormey D. Hormonal treatment for metastatic breast cancer. an Eastern Cooperative Oncology Group phase III trial comparing aminoglu-tethimide to tamoxifen. *Cancer*. 73(2): 354-61.1994.

