

Carcinoma de mama en varón

Sr. Director:

El cáncer de mama en el varón representa el 1 % de todos los cánceres mamarios y supone menos del 1 % de los carcinomas en el varón¹. Su incidencia se sitúa entre 0,1 y 3,4 por 100.000 habitantes, y se ha mantenido estable en los últimos 50 años, a diferencia del aumento observado en mujeres². La edad media de presentación es de 60 a 66 años, unos 5 años más tarde que en la mujer, y el carcinoma ductal es el tipo histológico más frecuente³.

El pronóstico es similar en ambos sexos para estadios y tratamientos iguales. La menor tasa de supervivencia en el varón se debe al diagnóstico en estadios más avanzados^{3,4}.

La manifestación clínica más frecuente es una masa indolora subareolar. Algunos autores destacan la gran incidencia de afectación del pezón y de la areola, dado el pequeño volumen del tejido mamario en el varón, que facilitaría la afectación cutánea por contigüidad, de ahí la importancia del dermatólogo en su diagnóstico^{2,4,8}.

Un varón de 78 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata consultó en septiembre del 2005 por un aumento de tamaño del pezón derecho, asociado a prurito en dicha zona. No presentaba antecedentes familiares de carcinoma mamario.

En la exploración física se observó el pezón derecho con aspecto de mórula y de 1,5 cm de diámetro, con induración retroareolar derecha de 3 × 3 cm (fig. 1). Se palpó una adenopatía móvil de 3 × 3 cm en la axila derecha.

Se realizó una biopsia cuyo estudio histopatológico evidenció un tumor epitelial sólido con luces glandulares intratumorales en la dermis profunda, compatible con un carcinoma ductal infiltrante de mama (fig. 2).

En el estudio de extensión practicado se observó en la ecografía axilar derecha un nódulo hipoeoico/anecoico con refuerzo posterior de 3 cm con algún septo en su interior, sugestivo de adenopatía probablemente necrosada. En la gammagrafía ósea aparecía un incremento anómalo de captación en el tercio medio del cuerpo esternal compatible con metástasis.

La etiología del cáncer de mama en el varón es desconocida; se han descrito diversos factores de riesgo, la mayoría relacionados con el desequilibrio entre estrógenos y andrógenos: feminización por hiperestrogenismo tanto genético como exógeno, hiperestrogenismo secundario a hepatopatía (cirrosis, esquistosomiasis o malnutrición), supresión de la función testicular (síndrome de Klinefelter, se-



Fig. 1.—Aumento del tamaño del pezón, que adquiere un aspecto de mórula.

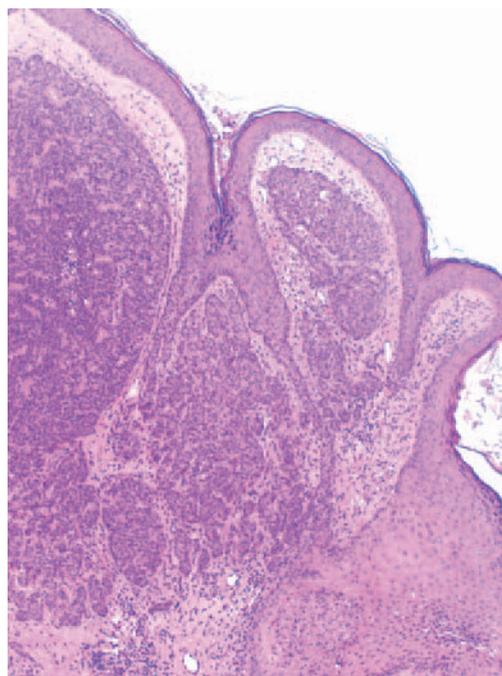


Fig. 2.—Tumor epitelial sólido con un aspecto multinodular en la dermis. (Hematoxilina-eosina, x40.)

cuela de orquitis, testis no descendidos, exposición ocupacional a calor o químicos tóxicos), ginecomastia, obesidad, hiperprolactinemia, historia familiar de cáncer de mama, exposición a radiación o campos electromagnéticos y edad avanzada^{1,3,5}.

Dado que con frecuencia se manifiesta como una masa mamaria unilateral el diagnóstico diferencial debe establecerse con mama fibroquística, neoplasia

benigna de tejidos blandos, músculo o de origen neural y, principalmente, con la ginecomastia, aunque ésta suele ser bilateral, blanda y estar bien definida^{4,9}.

La pruebas diagnósticas (mamografía, ecografía y punción-aspiración con aguja fina), los factores pronósticos (estadio, tamaño del tumor, presencia de adenopatías y grado histológico) y la actitud terapéutica difieren muy poco respecto a las adoptadas en el cáncer de mama en la mujer^{5,7,8,10}.

**Benigno Monteagudo^a, Manuel Ginarte^b,
Javier Labandeira^b, Manuel Pereiro Jr^b,
Cristina de las Heras^a, José A. García-Rego^c
y José M. Cacharrón^a**

^aServicio de Dermatología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. España.

^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.
benims@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Kwiatkoska E, Teresiak M, Filas V, Karczewska A, Breborowicz D, Mackiewicz A. BRCA-2 mutations and androgen receptor expression as independent predictors of outcome of male breast cancer patients. *Clin Cancer Res.* 2003;9:4452-9.
2. Zakaria HM, Al-Mulhim AMA, Hadi MSA. Male breast carcinoma: experience from a University Hospital in Saudi Arabia. *Breast Journal.* 2004;10:466-8.
3. Kahla PB, Cassaro S, Vladimir FG, Wayne MG, Cammarata A. Bilateral synchronous breast cancer in a male. *Mt Sinai J Med.* 2005;72:120-3.
4. Ottuso P. The dermatologist's role in diagnosing a rare disease – male breast cancer. *Cutis.* 2002;69:99-102.
5. Krause W. Male breast cancer – an andrological disease: risk factors and diagnosis. *Andrologia.* 2004;36:346-54.
6. González Morana A, Martín R, Romana C, Ramosa ML, González Asensio MP. Manifestaciones cutáneas como expresión inicial del cáncer de mama en el varón. Estudio de dos casos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2003;31:29-33.
7. Hali F, Chiheb S, El Ouazzani T, Lakhdar H. Cancer du sein chez l'homme au Maroc. *Ann Dermatol Venereol.* 2002;129:699-702.
8. Huertas Sánchez MJ, Frías Iniesta J, Sánchez Pedreño P, et al. Carcinoma de mama en varón. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:583-5.
9. Jiménez Mena CJ, Navarro Medina P. A propósito del cáncer de mama en un varón. *FMC.* 2005;12:183-4.
10. Nieder C, Jost PJ, Grosu AL, Peschel C, Molls M. Report of a male patient with brain metastases from breast cancer. *The Breast.* 2003;12:345-7.