Peleteiro Cobo B.*, González Fernández A.*, Ortiz de Saracho y Bobo J., Fernández Mellado R.**, Sota Yoldi L.** Rodríguez Cernuda Purificación ***.**
Médico residente Hospital El Bierzo (Ponferrada), **Servicio de Neumología Hospital El Bierzo. Servicio Oncología Hospital El Bierzo.

CÁNCER DE MAMA EN VARÓN

Resumen: El tumor de mama en hombres, es una neoplasia muy poco frecuente, presentando menos del 1% del total de cáncer de mama en ambos géneros. Se diagnostica aproximadamente a los 60-70 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. La mayoría de los cánceres de mama en el hombre suelen ser invasivos (90%), y el tipo histológico más frecuente suele ser el carcinoma ductal infiltrante.

Palabras clave: Carcinoma ductal infiltrante de mama.

Introducción: El cáncer de mama suele afectar mayoritariamente a las mujeres, sin embargo los hombres no dejan de estar exentos. Suele aparecer más frecuentemente en judíos o afroamericanos. Se relaciona con ciertos factores de riesgo, como exposición a radiaciones ionizantes de la mama, administración de estrógenos, historia familiar de cáncer de mama, o debido a la presencia de otra neoplasia. Los marcadores tumorales se expresan de la misma manera en ambos sexos, aunque es más frecuente en hombres una elevación de BCl-2.

Los síntomas más comunes en el hombre son la existencia de masa indolora, ulceración, retracción o sangrado del pezón.
La clasificación se basara en la estadificación TNM, a partir de la cual se realizará el tratamiento oportuno. Si existen metástasis a distancia se recomienda terapia hormonal y entre sus modalidades orquiectomía, tratamiento liberador de la hormona luteinizante con o sin bloqueo androgénico o la aminoglutetimida. Si fracasa la terapia hormonal se puede realizar combinación de Quimioterapia+ Ciclofosfamida/metotrexate/5-F luoracilo

Caso clínico: Varón, 70 años. No AMC. AP: HTA, dislipemia, Sºansioso depresivo, hiperuricemia, hernia hiato, prostatectomía con radioterapia por carcinoma de próstata en 2003. En tratamiento con bloqueo androgénico completo.

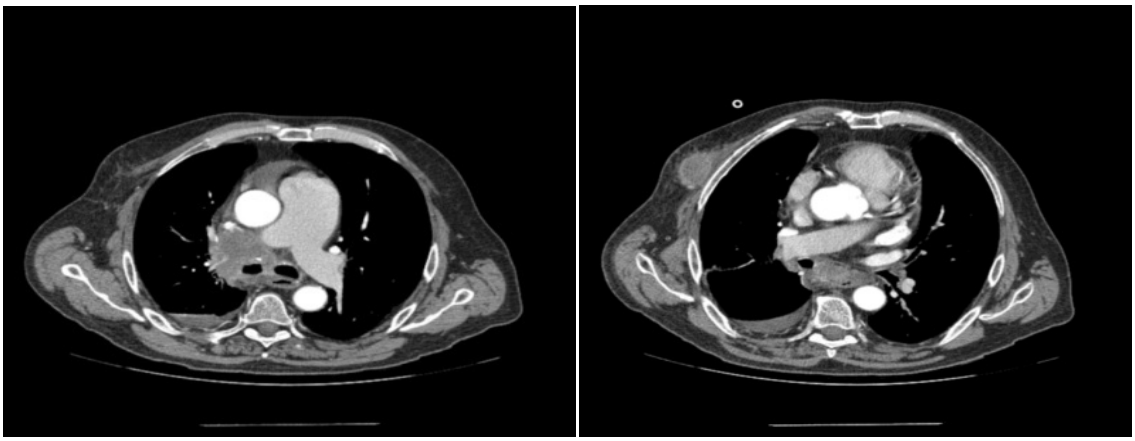
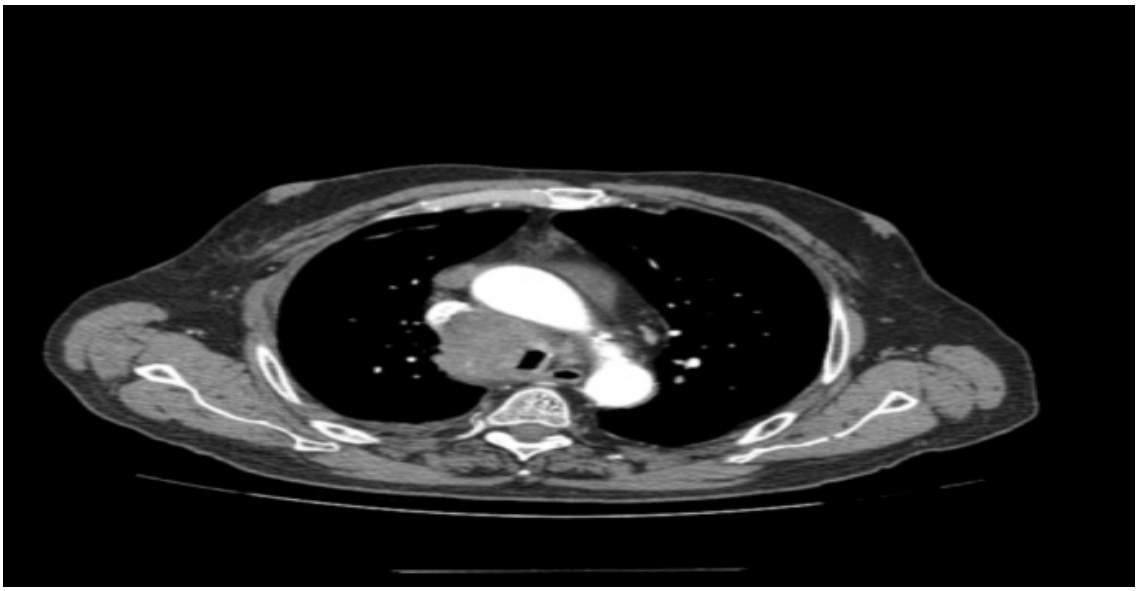
Consulta por dolor lumbar de características mixtas de 2-3 meses de evolución que no cede pese a tratamiento analgésico. EF: BEG, COC, NH, NC, afebril.ACP y abdomen sin hallazgos. Se evidencia nódulo de reciente aparición en cuadrante anterosuperior derecho, doloroso a la palpación. Dolor inguinal izquierdo y en región lumbar a nivel de L1.A los dos días de ingreso, el paciente empieza con tos y hemoptisis franca. Se decide realizar angio-TAC donde se observa extenso conglomerado de la ventana aortopulmonar que comprime pared traqueal e infiltra carina y bronquio principal derecho. Infiltración de la vena cava superior y de la arteria pulmonar principal y de rama de LSD. Observación de masa en partes blandas por delante de pectoral derecho sugestivo de metástasis. Derrame pleural derecho. Lesión lítica en la porción anterolateral derecha del cuerpo vertebral de T3. Se realiza biopsia nódulo mamario: Hallazgos compatibles con carcinoma ductal infiltrante de mama*. (Ver imagen 1, 2, 3)*

Conclusiones: El carcinoma ductal infiltrante de mama en varones es una patología poco frecuente, aunque es el tipo histológico más común en hombres. Los factores de riesgo no están del todo definidos, se puede asociar a sobrepeso, diabetes, HTA, hipercolesterolemia (4). La clínica muchas veces no es demasiado llamativa, puede cursar con dolor en región subareolar o la presencia de una masa en dicha zona (1-2). Aunque muchas veces, debido a su baja incidencia se puede confundir con un carcinoma de pulmón que infiltra el pectoral (5). Cabe también mencionar los llamados tumores metacrónicos, aquellos que se producen con al menos 5 años de diferencia y al menos 2 cm de distancia del primero .El tratamiento con bloqueo hormonal, podría ser otra de las causas de aparición, el cual se refleja en el caso de nuestro paciente. Las metástasis a distancia más frecuentes se pueden producir a nivel de pulmón (59-69%), hígado, hueso, pleura, cerebro, riñones no pudiéndose descartar otras zonas como región uveal (3) o maxilofacial (6).

Bibliografía:

1: P S, Lee ZE, Lim WY, S R G N, M D F, M I. Cutaneous lesions as a presenting sign of metastases in male breast cancer: a rare clinical entity. Med J Malaysia. 2013 Apr;68(2):168 70..
2: Rizk SN, Assimacopoulos CA, Ryan JJ. Male breast cancer: three case reports and review of the literature. S D J Med. 1994 Oct;47(10):343-6. Review.
3: Reynard M, Font RL. Two cases of uveal metastasis from breast carcinoma inmen. Am J Ophthalmol. 1983 Feb;95(2):208-15.
4: Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, Huten N, Body G. [Male breast cancer: 19 case reports]. Ann Chir. 2002 Oct;127(8):619-23. French.
5:Lewandowska K, Błasińska-Przerwa K, Szołkowska M, Langfort R, Bartosiewicz M, Maszkowska-Kopij K, Kupis W, Kuś J. [A surprising diagnosis in a male with atumour of the chest wall--not always lung cancer]. Pneumonol Alergol Pol.2013;81(6):550-5. Polish.
6: Fontana S, Ghilardi R, 6.Barbaglio A, Amaddeo P, Faldi F, Pericotti S. Malebreast cancer with mandibular metastasis. A case report. Minerva Stomatol. 2007
Apr;56(4):225-30. English, Italian.

(*FIGURA 1)* *(FIGURA 2)*



(*FIGURA 3)*