

Cáncer de mama bilateral y sincrónica en el sexo masculino.

Presentación de un caso.

Autores: Dra. María Caridad Rubio Hernández (1), Dra. Yenia Ivet Díaz Prado (1), Dra. Suanly Rodríguez Pérez (1) Dr. Ronald Rodríguez Díaz (1), Dra. Zaili Gutiérrez Aleaga (2)

*Servicio de Mastología (1) y Servicio de Anatomía Patológica (2), Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba.*

Palabras claves: Cáncer de mama masculino, sincrónico, bilateral, multifocal.

Correspondencia a: Dra. María Caridad Rubio Hernández. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. 29 y F Vedado. Plaza. La Habana. Cuba. CP: 10400.

Email: maria.rubio@infomed.sld.cu

## **Resumen**

El cáncer de mama masculino representa 1% de todos los cánceres de mama. Aparece ocasionalmente en pacientes con antecedentes familiares de esta enfermedad. El cáncer de mama masculino bilateral de aparición sincrónica es extremadamente raro. En este trabajo se presenta el caso de un hombre de 70 años de edad con cáncer de mama bilateral, sincrónico y multifocal en la mama izquierda, sin historia de cáncer de mama familiar.

## **Introducción**

El cáncer de mama es una enfermedad rara y poco frecuente en el sexo masculino. Según estadísticas internacionales esta patología representa 1 % de todos los casos de neoplasia de mama, mientras que en Cuba esta patología representa 0,8% [1,2].

Entre los factores que predisponen a su aparición se incluyen la exposición a radiaciones ionizantes, la administración de estrógenos y las enfermedades relacionadas con el hiperestrogenismo, como la Cirrosis Hepática o el Síndrome de Klinefelter [3].

Factores genéticos como la mutación de los genes BRCA 1 – 2 o familiaridad están relacionados con la incidencia de esta enfermedad, aunque la mayoría de los afectados no presentan factores de riesgo [4,5].

A diferencia de su comportamiento en la mujer, que tiene una distribución de frecuencia de edad bimodal, en el hombre se comporta de forma unimodal, con un pico de incidencia a los 71 años. Tiene una ubicación central sub-areolar, y cerca de 85% es evidente en el examen físico. El tipo histológico más frecuente es el Carcinoma ductal infiltrante con una incidencia de 85 a 90 %

[6, 7,8].

Aunque existen similitudes de la enfermedad entre ambos sexos, su rareza y el pequeño número de casos, impide la realización de las investigaciones clínicas necesarias para definir un óptimo tratamiento, por lo que este se basa en la aplicación empírica de los avances obtenidos en el cáncer de mama del sexo femenino [9].

En este trabajo se presenta el caso de un hombre de 70 años de edad con cáncer de mama bilateral, de aparición sincrónica, multifocal y con histologías diferentes en la

mama izquierda, sin historia de cáncer de mama familiar .Evaluando en este caso los criterios clínicos de cáncer heredo-familiar [1].

#### Alto Riesgo

- Un caso de cáncer < o igual a 40 años.
- Diagnóstico de cáncer de mama y ovario en el mismo individuo.
- Dos o más casos, uno de los cuales es menor e 50 años o bilateral.
- Un caso de cáncer de mama, menor o igual a 50 años y un caso de cáncer de ovario en familiar de primer o segundo grado.
- Tres casos de cáncer de mama y ovario en familiares de primer y segundo grado.
- Cáncer de mama en el varón y familiar de primer o segundo grado con cáncer de mama u ovario

#### Moderado riesgo:

- Dos familiares de primer grado si ambos se han diagnosticado entre los 51 y 60 años.
- Un familiar de primer y segundo grado (madre o hermana y tia materna o abuela materna), si la suma de sus edades es menor o igual a 118 años.

### Caso Clínico

Se trata de un paciente de 70 años de edad, blanco, masculino con antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus tipo II. Niega antecedentes familiares de cáncer de mama y otro tipo de cáncer .Este dato se obtiene de la entrevista y de la consulta de genética y cáncer de mama en la que se realiza el pedigrí, el examen físico y mamografía de los familiares de primera línea del paciente. Quien acude al Instituto de Oncología por presentar nódulos en ambas mamas de 2 meses de evolución.

Al examen físico, se constata en mama derecha (MD) y axila: nódulo de 30 x 20 mm duro, de superficie irregular, bordes mal delimitados, móvil, con fijación del complejo areola-pezón y retracción del mismo, además se acompaña de adenopatía dura, móvil ,ipsilateral. En la mama izquierda (MI) presenta nódulo de 20x25 mm duro, irregular,de bordes mal delimitados en región retroareolar con adenopatía dura, móvil, ipsilateral. [Fig. 1]

Al realizar ecografía mamaria se observa en MD, nódulo sólido,irregular,de 30 x 25 mm, de textura heterogénea, con microcalcificaciones en su interior y adenopatías de aspecto patológicas; mientras que en la mama izquierda se observa nódulo sólido, de textura heterogénea, de 22 x 20 mm, contornos irregulares, localizado en región retroareolar sin evidencia de adenopatías patológicas. La mamografía bilateral revela en la MD la presencia de un nódulo de bordes difusos, infiltrantes, de 40 x 35 mm, que produce retracción y aplanamiento de pezón, con microcalcificaciones patológicas en su interior, las espículas del nódulo se acercan al músculo pectoral mayor; mientras en la MI se

observa nódulo de 25 x 20 mm de bordes difusos espiculados, con microcalcificaciones patológicas dentro y fuera de él. [Fig. 2] Ambos exámenes fueron clasificados según el sistema de datos y registro de imagen de mama (BI-RADS), como una lesión categoría V: altamente sospechosa de malignidad.

Se realiza Biopsia por congelación reportando para ambas mamas la presencia de Carcinoma papilar invasor, por lo que se decide llevar a cabo mastectomía radical modificada bilateral.

El examen histopatológico revela en la MD la presencia de Carcinoma Ductal invasor, Grado Nuclear (GN) II, Bloms Richardson (BR) II, RE 45%, RP 85%, HER-2 +1, KI 67 40% con invasión vascular y linfática, y un tamaño tumoral de 45x40x30 mm. Se constatan 11 ganglios positivos de un total de 20 analizados (11/20). En la MI se reportan 2 nódulos (multifocal), el mayor de 23x20x15mm que corresponde a Carcinoma Ductal Invasivo, GN II, BR-II, RE-90%, RP-90%, HER-2 +1, KI 67 20%, con áreas papilares, infiltración al tejido adiposo, invasión neural, permeación linfática y vascular. El otro nódulo corresponde a Carcinoma Papilar invasor, mide 25x15x15mm y presenta múltiples calcificaciones. Los ganglios linfáticos examinados muestran 2 ganglios positivos (2/18). [Fig. 3, Fig.4, Fig. 5]. La radiografía de tórax, ecografía abdominal y Gammagrafía ósea realizadas para evaluar la extensión de la enfermedad resultaron dentro de la norma.

Según la Clasificación pTNM, corresponde con pT2N3M0, Etapa IIIC para la MD y pT2N1M0, Etapa IIB para la MI. El paciente es evaluado en consulta multidisciplinaria donde se decide tratamiento con quimioterapia: Adriamicina / Ciclofosfamida 4 ciclos y Taxol 4 ciclos, además de radioterapia a ambos lechos quirúrgicos y fosas supraclavicularesseguido de terapia hormonal (Tamoxifeno 1 tableta diaria por 5 años). En estos momentos el paciente se encuentra controlado, en seguimiento por consulta de Mastología.

## **Discusión**

El carcinoma de mama en hombres es una patología poco común. La mediana de edad en el momento del diagnóstico es de 60 a 70 años, aunque puede afectar a hombres de todas las edades. Su presentación bilateral, sincrónica es extremadamente poco frecuente, siendo su incidencia de 1-2,5 % en el total de pacientes con cáncer mamario [5,10,11,12,13].

Se conoce como cáncer de mama bilateral a la presencia de un tumor maligno primarioindependiente en cada glándula mamaria; mientras que el término sincrónico, se refiere a la presencia de tumores primarios en ambas mamas, que son diagnosticados simultáneamente. Según Mc. Credie, se incluye además dentro de este término el diagnóstico del tumor contralateral que ocurre durante los 6 primeros meses siguientes al diagnóstico del tumor primario y según Heron dentro del primer año del diagnóstico inicial [10, 14, 15].

El tipo histológico más frecuente en el hombre es el carcinoma ductal invasor (85 a 90 %). Otros tumores invasores más raros, son el carcinoma papilar invasor (4,5 %) y el mucinoso (2,8 %). El carcinoma *in situ* tiene una frecuencia de 10 %, siendo la mayoría

papilar (74 %) y de presentación usualmente quística. En el hombre, es dos veces más frecuente el carcinoma papilar invasivo que en la mujer (2 a 4 % Vs. 1 %) [16,17].

Respecto a la afectación de ganglios linfáticos por carcinoma de mama en el hombre se ha observado que mientras mayor es la edad media al diagnóstico, mayor probabilidad existe de tener afectación ganglionar y de presentar un estadio más avanzado [8].

En el sexo masculino estos tumores muestran una gran expresión de receptores de estrógenos (80 a 90 %) y receptores de progesterona (73 a 81 %), incluso mayor que en las mujeres (75 % y 65 %, respectivamente). Algunos estudios han demostrado menor expresión del HER2 en hombres (2 a 15 %) que en mujeres (18 a 20 %), aunque los datos son inconstantes [18,19].

Por la rareza de la enfermedad, no se cuenta con estudios prospectivos controlados que sustenten un manejo terapéutico específico. Por lo tanto, casi todas las estrategias de manejo en el hombre son resultado de estudios retrospectivos de series de casos y de la experiencia con mujeres. El tratamiento fundamental se basa en el control local y regional de la enfermedad con cirugía y radioterapia, y en el control sistémico con hormonoterapia y quimioterapia [20].

En el caso del paciente que presentamos, los tipos histológicos constatados corresponden con los reportados en la literatura como los más frecuentes: Carcinoma Ductal y papilar infiltrante, siendo verdaderamente raro la multifocalidad con tipos histológicos diferentes [21]. El resultado de los estudios de inmunohistoquímica coincide con la literatura revisada, siendo estos tumores altamente endocrinos responsivos sin sobreexpresión del her 2. [22,23]. No se recogen antecedentes familiares de esta patología, ni de otros factores de riesgo relacionado con la enfermedad, por lo que se considera un caso esporádico e inusual.

## **CONCLUSIONES**

Se trata de una presentación poco común de cáncer de mama en el hombre: sincrónico, bilateral, multifocal y con tipos histológicos diferentes en la mama izquierda, sin antecedentes familiares de la patología, ni factores de riesgo relacionados, por lo que se considera importante su publicación.

## **Referencias Bibliográficas**

1. Soriano JL, Rubio MC, López M V, Marinello JJ, Rodríguez M. et al. Programa Integral para el Control del Cáncer de mama en Cuba. Cáncer de mama.

- Guías de Práctica Clínica en diagnóstico y tratamiento. Reunión del consenso de 2013.
2. Colectivo de Autores. Anuario Estadístico. MINSAP 2012.Cuba .
  3. Hultborn R, Hanson C, Köpf I, et al: Prevalence of Klinefelter's syndrome in male breast cancer patients. *Anticancer Res* 17 (6D): 4293-7, 1997 Nov-Dec.
  4. Wooster R, Bignell G, Lancaster J, et al: Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature* 378 (6559): 789-92, 1995 Dec 21-28.
  5. PDQ [sitio web en internet] Estados unidos: Instituto Nacional del Cáncer [actualizado 13 Ene 2012; citado 25 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>.
  6. Anderson WF, Althuis MD, Brinton LA, Devesa SS: Is male breast cancer similar or different than female breast cancer? *Breast Cancer Res Treat* 2004, 83:77-86
  7. Gennari R, Curigliano G, Jereczek-Fossa BA, Zurrada S, Renne G, Intra M, Galimberti V, Luini A, Orecchia R, Viale G, Goldhirsch A, Veronesi U: Male breastcancer: a special therapeuticproblem. Anything new? (Review). *Int J Oncol* 2004, 24:663-670.
  8. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN: Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004, 101:51-57.
  9. Burstein HJ, Harris JR, Morrow M: Malignant tumors of the breast. In: DeVita VT Jr Lawrence TS, Rosenberg SA: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams &Wilkins, 2011, pp 14001-46.
  10. Ipiña JM, Gonzalez E, Noelia C, Armanasco E, Azar ME, Montoya D, Cristo Morgado C. Cáncer de mama bilateral. *Rev argent mastología*. 2007; 26 (93):273-280.
  11. García-Mejido JA, Delgado-Jiménez C, Gutiérrez-Palomino L, Sánchez-Sevilla M, Iglesias-Bravo E, Caballero-Fernández V Synchronous bilateral breast cancer in a male. *Cir Cir*. 2013 May-Jun;81(3):225-7 2. Sun WY, Lee KH, Lee HC, Ryu DH, Park JW, Yun HY, Song YJ 2-2-
  12. Brito LL, Luini A Synchronous bilateral breast cancer in men: a case report and review of the literature. *Tumori*. 2007 Mar-Apr;93(2):225-7. 9
  13. A Bilateral synchronous breast cancer in a male. *Mt Sinai J Med*. 2005 Mar;72(2):120-3 13. Al-Saleh N Bilateral ductal carcinoma in situ (DCIS) in a male breast: a case report. *Gulf J Oncolog*. 2011
  14. Synchronous bilateral male breast cancer: a case report. *J Breast Cancer*. 2012 Jun;15(2):248-51 3.
  15. González Ortega JM, Gómez Hernández MM, López Cuevas ZC, Morales Wong MM, Fernández Martel MI. Cáncer de mama bilateral. Estudio clínico-patológico de 30 años. España: Complejo Hospitalario de Ciudad Real; 2005. [ citado4Feb 2013 ] disponible en: [http://www.conganat.org/7congreso/trabajo.asp?id\\_trabajo=128&tipo=2&tema=42](http://www.conganat.org/7congreso/trabajo.asp?id_trabajo=128&tipo=2&tema=42).
  16. Orea Estudillo D, Hernández Rubio A, García Rodríguez FM, Gil García R, Varelas Riojano F, Jiménez Villanueva X. Cáncer de mama bilateral.Experiencia de 10 años en la unidad de Oncología del hospital Juárez de México. *Cirujano general [revista en Internet]*.2007[citado 4Feb

2013];29(4):[aprox. 15p]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=8&IDPUBLICACION=1496>.

17. Burga A, Fadare O, Lininger RA, Tavassoli F. Invasive carcinoma of the male breast : A morphologic study of the distribution of histologic subtypes and metastatic patterns in 778 cases. *VirchowsArch*. 2006;449:507-12.

18. Lemoine C, Mayer SK, Beaunoyer M, Mongeau C, Ouimet A. Incidental finding of synchronous bilateral ductal carcinoma in situ associated with gynecomastia in a 15-year-old obese boy: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2011 Sep;46(9):e17-20 17

19 -Mesa G, Matute G, Estrada M, Ocampo A, Restrepo C, Estrada J. Cáncer mamario en hombres.Revision del tema. *RevColomb Cir*. 2011;26:293-307

20-Gómez RC, Zambrana F, Serreno M, López M, Casado E. Male breast cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 2010;36:451-7.

21-Ottini L, Palli D, Rizzo S, Federico M, Bazan V, Russo A. Male breastcancer. *CritRevOncolHematol* 2010;73:141-55.

22-Ying MW, Agrawal A, Cheung KL. The other half of breast cancer: A review of male breast cancer. *J MensHealthGend*. 2005;2:406-13.

23-Multifocal male breast cancer: a case report. *Clin Breast Cancer*. 2007 Apr;7(7):570-2



Figura 1: Paciente de 70 años con Cáncer de mama bilateral sincrónico



Figura 2: Mamografía Bilateral, vista mediolateral oblicua que muestra la presencia de lesiones altamente sospechosas de malignidad. Bi rads categoría V.

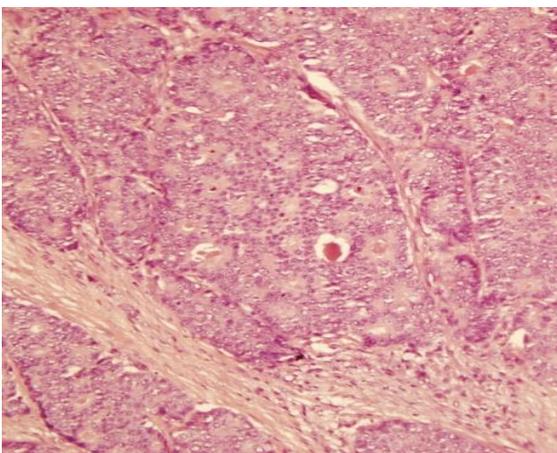


Figura 3: Hematoxilina/Eosina(20x)

B12-2165: MD-Carcinoma ductal invasor de grado intermedio de malignidad (GNII,BRII ), que mide 4,5x 4x 3cm.

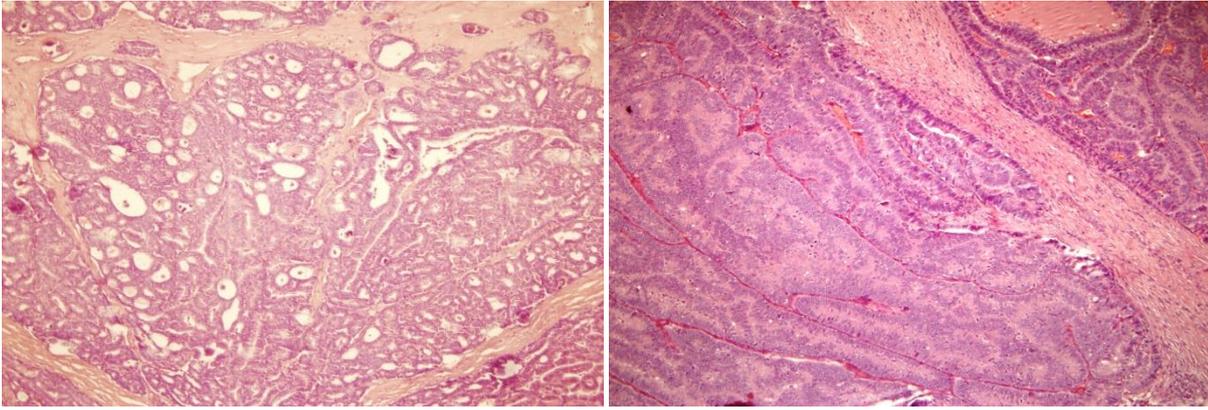


Fig 4: Hematoxilina/Eosina(20x)

B12-2166: MI- Carcinoma ductal Invasor multifocal de grado intermedio de malignidad(GNII,BRII), con rasgos papilares y cribiformes, que mide 23 x 20 x 15 cm

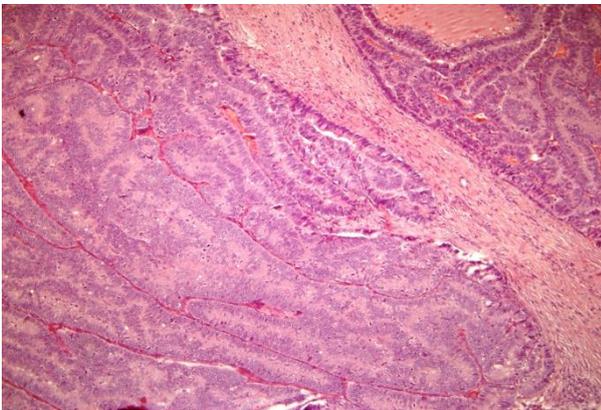


Fig 5: Hematoxilina/Eosina(20x)

B12-2166: MI- Carcinoma papilar invasor que mide 25 x 15 x 15mm