

EL CÁNCER DE MAMA EN EL VARÓN: REVISIÓN DE CASOS DE NUESTRO HOSPITAL.

Claudia Pinilla Rivas, Astrid López Secades, Carlos Baldó Sierra, Rebeca Fernández De Sanmamed Gutiérrez, Begoña Palomo Antequera, Jennifer Carolina Barbato Mateos

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

OBJETIVOS:

Repasar las características fundamentales del cáncer de mama masculino desde el punto de vista epidemiológico, clínico, anatomopatológico y de la imagen, mediante la revisión de casos de nuestro servicio y la comparación de los resultados con las publicaciones disponibles sobre el tema.

REVISIÓN DEL TEMA:

El cáncer de mama en el varón es una rara enfermedad que ocupa menos del 1% de tumores malignos en el hombre y solo el 0,7% de todos los cánceres de mama. La mayoría de información disponible acerca de la misma procede de estudios retrospectivos y de ensayos clínicos no aleatorizados.

Generalmente las recomendaciones de manejo y tratamiento se extrapolan de los resultados de los ensayos en pacientes del sexo femenino. Aunque el cáncer de mama en ambos sexos comparte ciertas características, hay algunas diferencias que deben tenerse en cuenta.

EPIDEMIOLOGÍA:

Representa el 1% del total de las lesiones mamarias en el varón y menos del 1% de los tumores malignos.

La edad media al diagnóstico es de 67 años, aproximadamente 5-10 años mayor que en mujeres.

La incidencia ha aumentado aproximadamente el 26% en los últimos 25 años, pasando de 0,86 a 1,08/100000 habitantes/año.

Factores de riesgo:

La mayoría de hombres con cáncer de mama no tienen factores de riesgo reconocibles.

Sin embargo, se han descrito numerosos factores de riesgo relacionados:

- Edad avanzada
- Irradiación torácica previa
- Condiciones testiculares asociadas con riesgo incrementado de cáncer de mama incluyen: testículos no descendidos, hernia inguinal congénita, orquiectomía, orquitis e infertilidad.
- Estrógenos exógenos (tratamiento del cáncer de próstata, tratamientos de cambio de sexo) o endógenos (enfermedad hepática)
- Déficit de andrógenos (prolactinoma, frecuentemente relacionado con bajos niveles sanguíneos de testosterona)
- Genéticos: síndrome de Klinefelter (aumenta el riesgo 20-30 veces respecto a los hombres no afectados), historia familiar de cáncer de mama (antecedentes de primer grado incrementan el riesgo x2-4 veces), mutación BRCA (riesgo más elevado en mutación BRCA 1 que en BRCA 2). Hombres con mutación BRCA 2 presentan un riesgo estimado del 6% de cáncer de mama, que tiende a presentarse a edad más temprana y se asocia a supervivencia más pobre.
- Otros: alcohol, obesidad, exposición a campos electromagnéticos, exposición ocupacional a calor, dieta.

Características clínicas:

La forma de presentación más común es un bulto retroareolar palpable no doloroso. El pezón está involucrado de forma precoz, con retracción en el 9%, secreción en el 6% y ulceración en el 6%. También puede existir engrosamiento cutáneo. Ganglios axilares palpables están presentes en el 50% de los casos. Afecta más frecuentemente a la mama izquierda que a la derecha, y alrededor del 1% de los casos son bilaterales.

Características imagenológicas:

La incidencia del cáncer de mama masculino es demasiado baja para justificar el screening mamográfico, por lo que todos los estudios de imagen de la mama masculina son diagnósticos.

El diagnóstico diferencial en una masa mamaria incluye ginecomastia (que afecta aproximadamente al 30% de los hombres sanos), absceso, metástasis, y otros tumores primarios (sarcomas, linfomas).

La mama masculina normal se compone principalmente de grasa subcutánea y de un remanente de tejido ductal retroareolar. No suele haber desarrollo de lobulillos y los ligamentos de Cooper no están presentes.

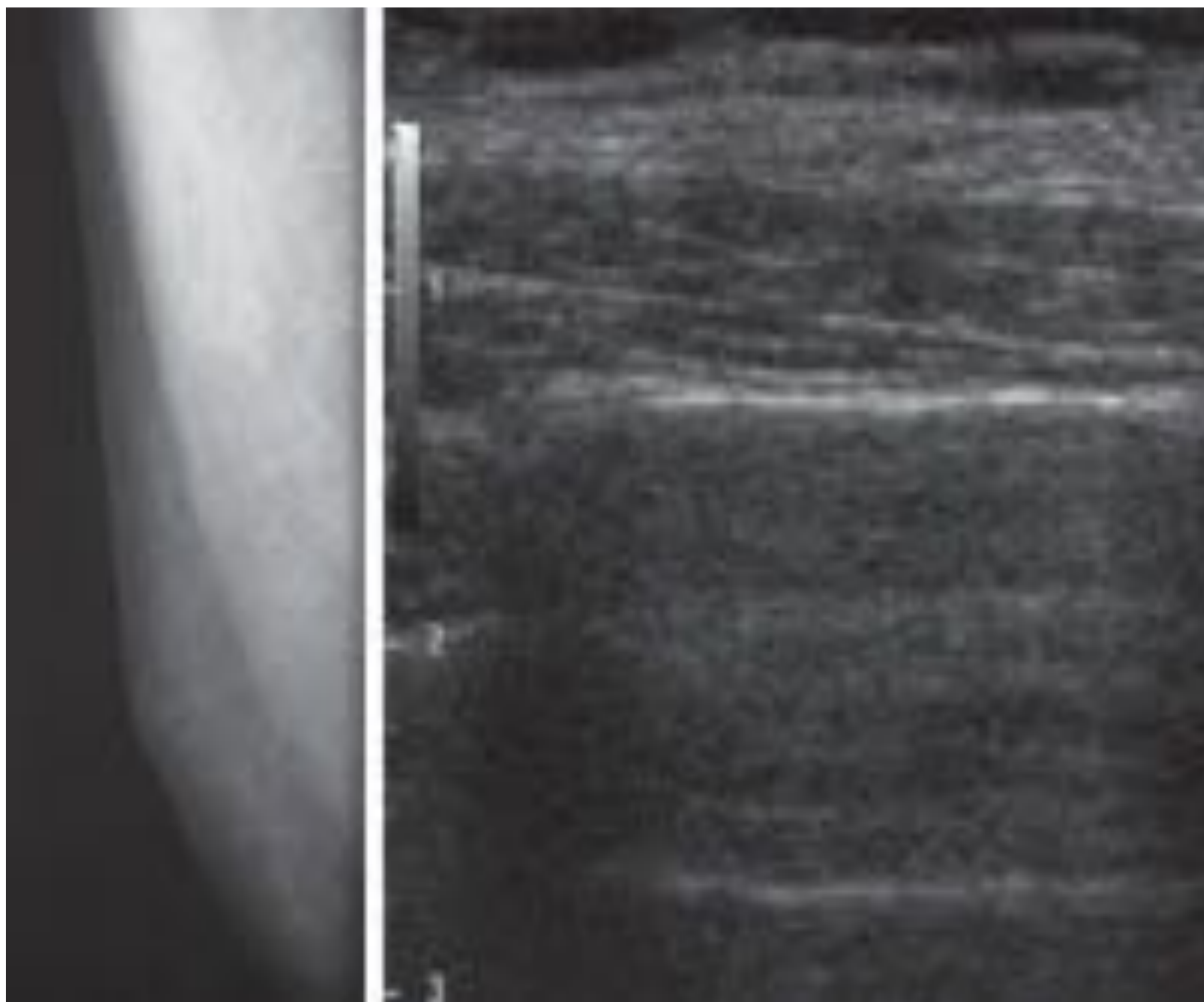


Figura 1. Mama masculina normal. (a) Mamografía OML y (b) imagen ecográfica que muestra el tejido mamario normal de densidad grasa solo interrumpida por tejido de soporte y vascularización

Aunque no existe un algoritmo estándar en la literatura para la evaluación de la mama masculina, la mamografía ha demostrado ser un método apropiado para distinguir entre ginecomastia benigna y cáncer de mama. Por tanto, el primer paso en la evaluación de una masa mamaria es la mamografía. Tiene una sensibilidad y especificidad de 92% y 90% respectivamente para cáncer de mama masculino. Se obtienen rutinariamente las proyecciones estándar (OML y CC) de ambas mamas. Cuando se obtienen resultados sospechosos no característicos de ginecomastia, la ecografía es una herramienta tan útil como en mujeres. La biopsia esterotáxica no suele ser factible en la mama masculina dado su pequeño tamaño, por lo que las biopsias suelen guiarse mediante ecografía.

Mamografía:

En mamografía se comporta típicamente como una masa irregular densa de contornos circunscritos. Los márgenes pueden ser espiculados, lobulados o microlobulados. La mayoría son retroareolares ya que provienen de los ductos centrales. La localización excéntrica no es frecuente pero es altamente sugestiva de carcinoma.

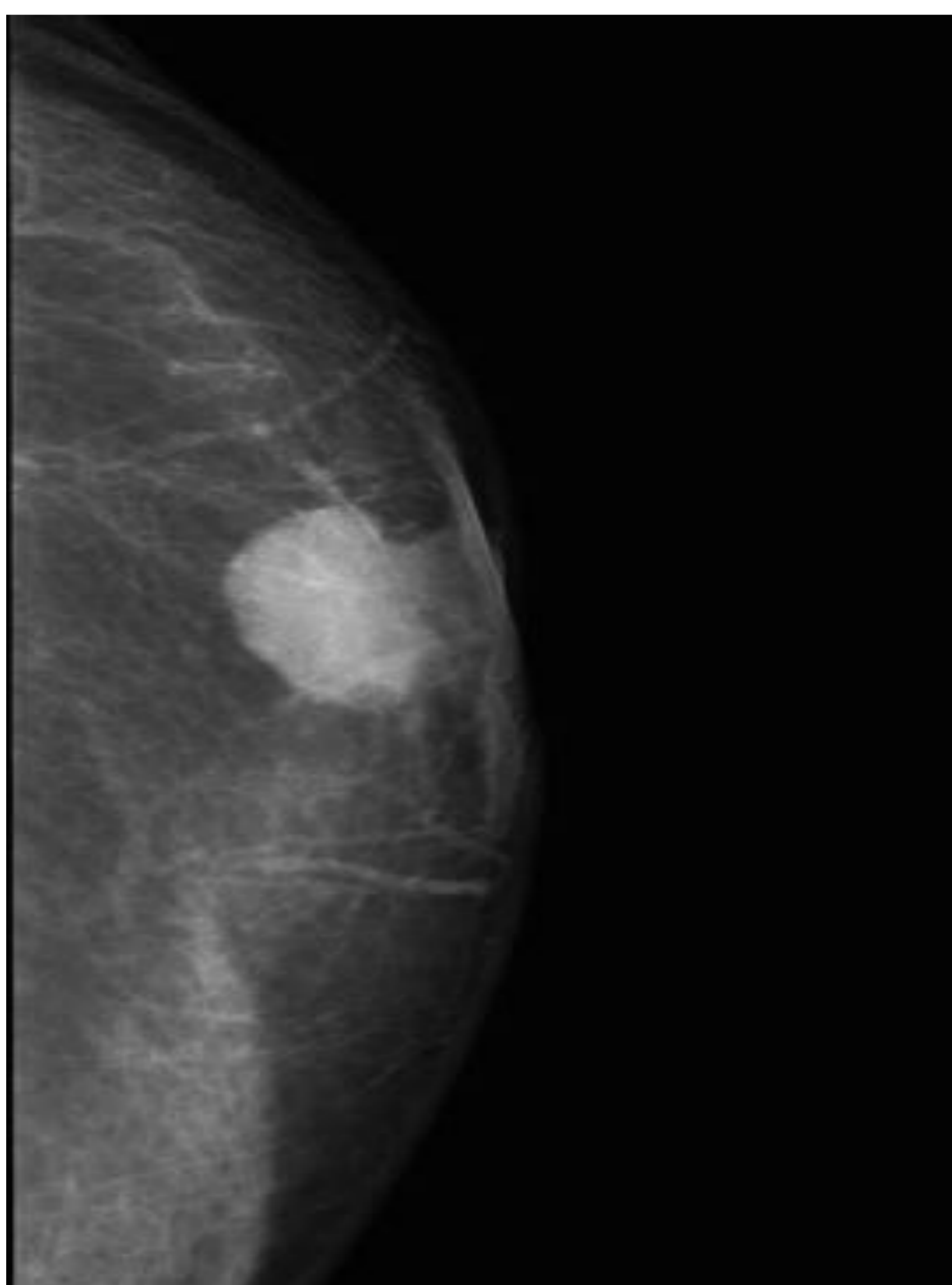
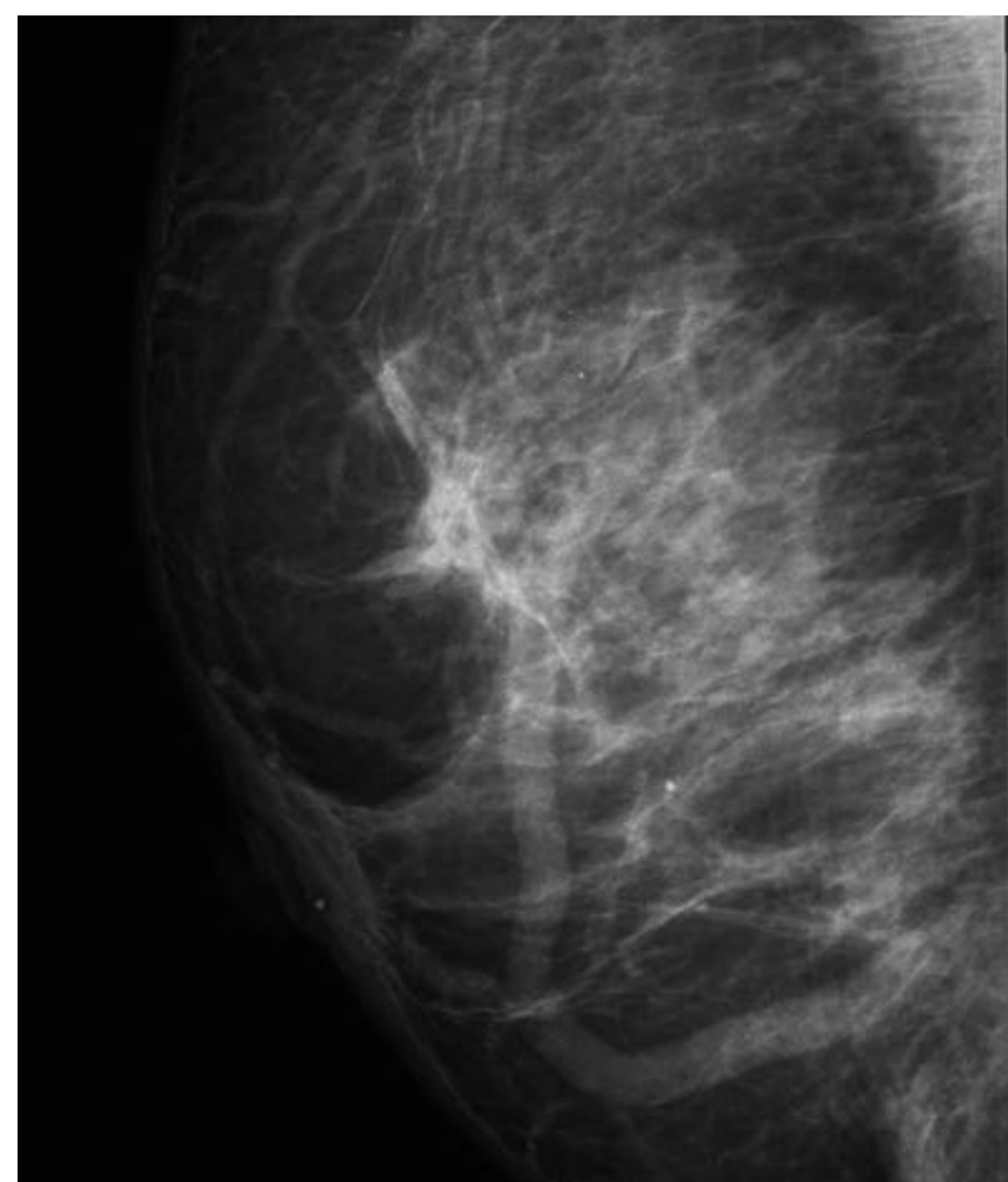


Figura 2. *Proyección mamográfica CC donde se visualiza un nódulo de alta densidad de contornos bien definidos en región retroareolar con engrosamiento cutáneo y afectación del pezón. CDI.*

Las microcalcificaciones son menos frecuentes que en mujeres, suele aparecer en el componente de carcinoma in situ (poco común en el cáncer de mama masculino).

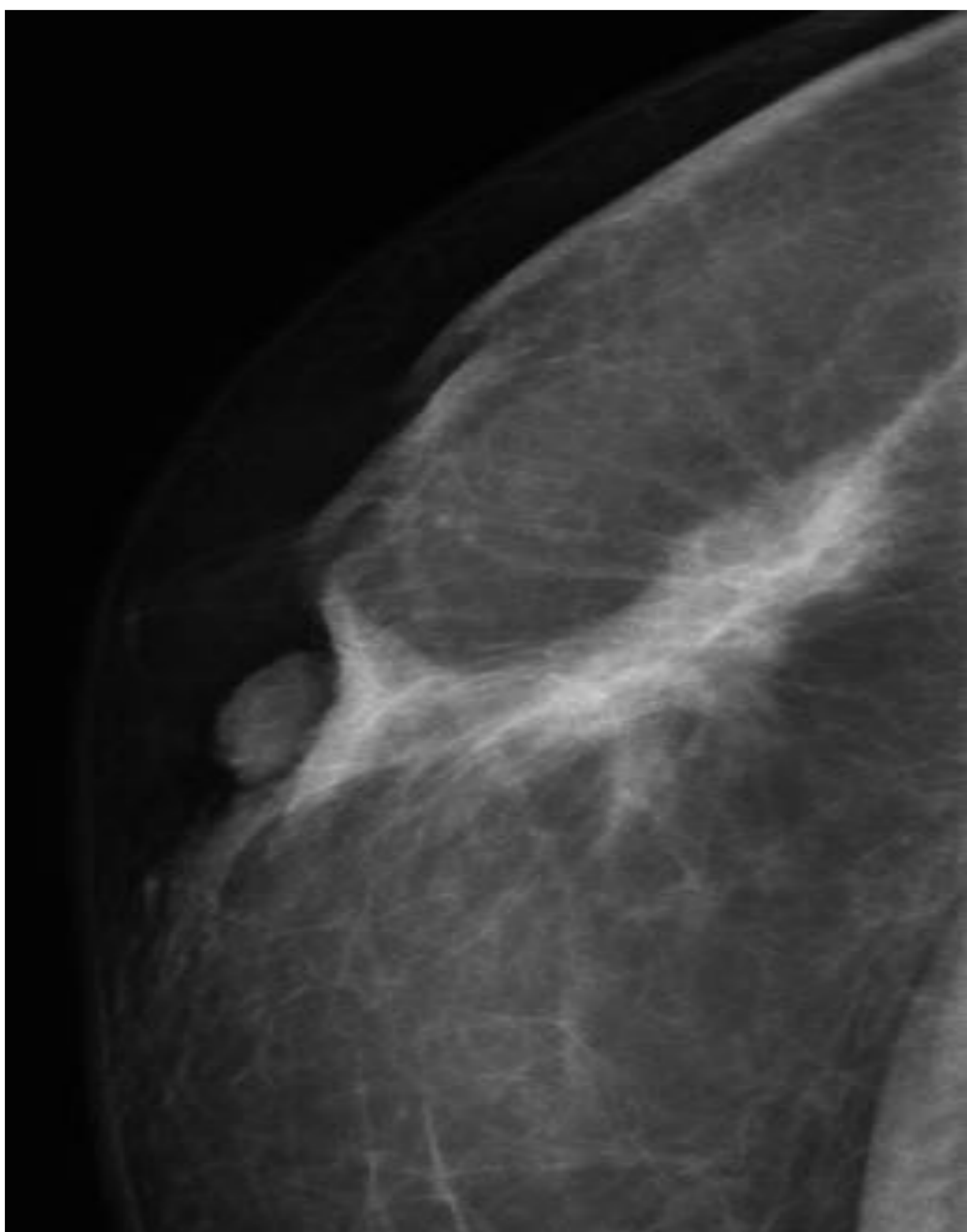
Figura 3. *Proyección mamográfica OML que muestra una distorsión de la arquitectura focal. Papiloma intraductal con carcinoma ductal de bajo grado.*

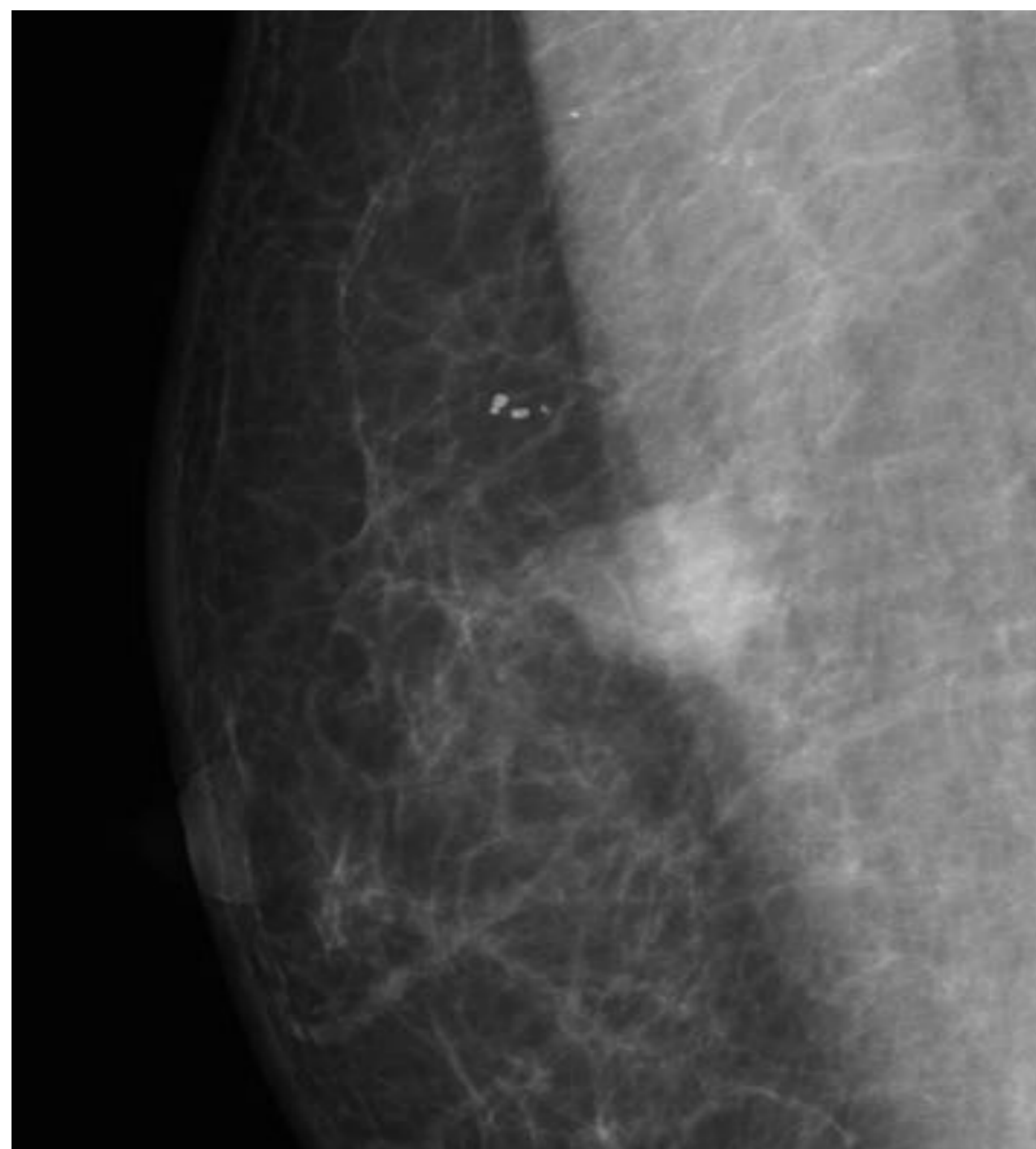
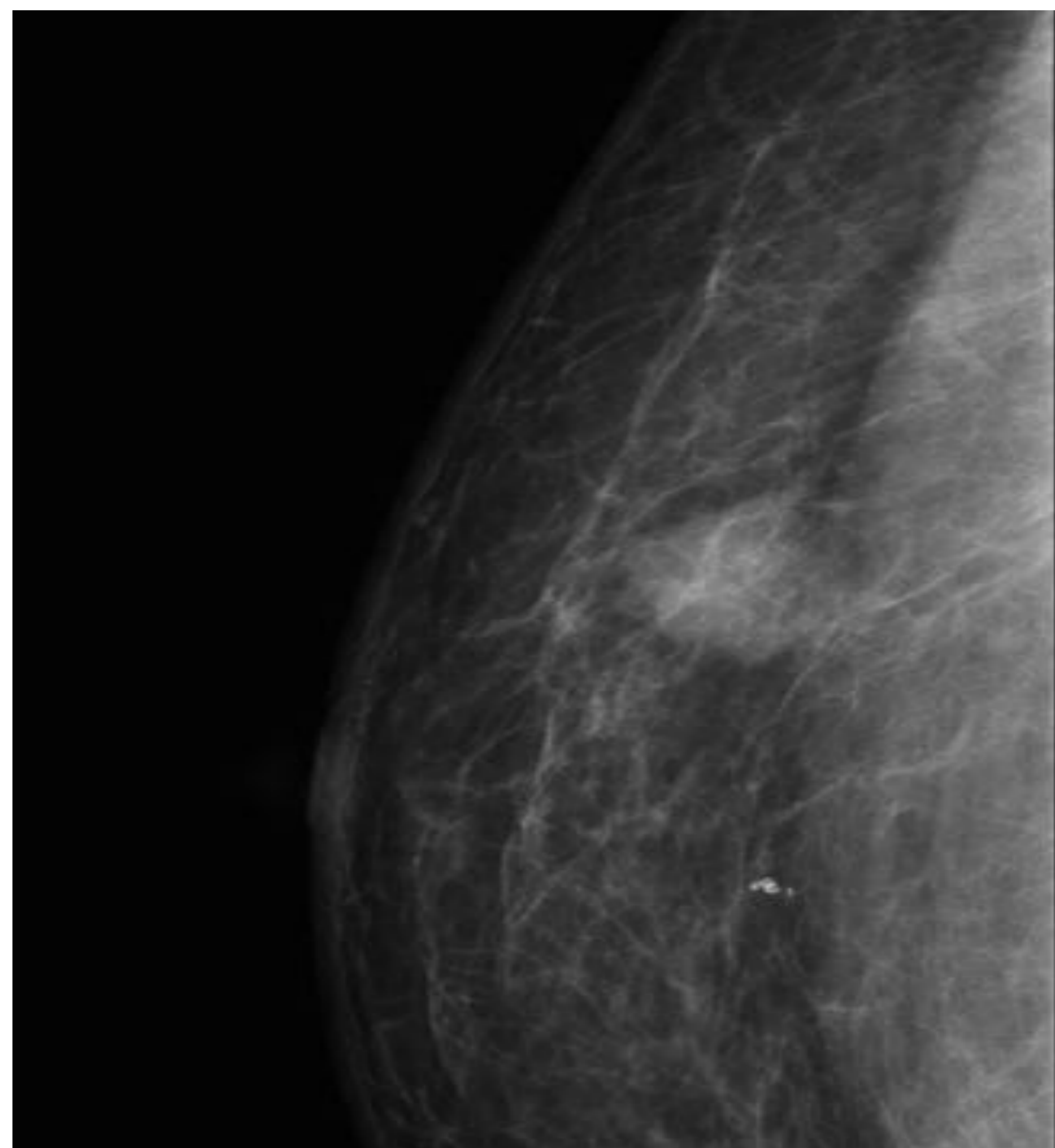


Retracción del pezón, engrosamiento cutáneo y trabeculación con signos secundarios útiles y que conllevan un peor pronóstico. Suelen encontrarse en un mayor porcentaje de pacientes y aparecen en lesiones de menos tamaño que en mujeres ya que la mama masculina es más pequeña.

Figura 3. *Proyección CC que muestra una masa de alta densidad y contornos espiculados que se extiende al complejo areola-pezón produciendo retracción del mismo. CDI*

La forma de presentación como ganglio linfático metastásico es rara, apareciendo en menos del 1% de los cánceres de mama masculinos.





*Figuras 4 y 5.
Proyecciones CC y OML
donde se aprecia un
nódulo de alta densidad
de contornos lobulados en
CSE con resultado AP de
CDI.*

Ecografía:

Presenta similares características que el cáncer de mama femenino; suelen ser masas antiparalelas, hipoecogénicas, con márgenes angulares, microlobulados o espiculados. Las características acústicas posteriores no son muy útiles ya que pueden presentar refuerzo y/o sombra acústica posterior.

Figura 6. Imagen ecográfica que muestra la BAG realizada por nódulo hipoecogénico de contornos bien definidos. CDI



Las microcalcificaciones pueden verse como hiperecogenicidades puntiformes con sombra posterior, pudiendo valorar su localización y su relación con la lesión, pero no su morfología.

La ecografía también es muy útil para determinar la relación de la masa con el complejo areola-pezón, objetivando la existencia de retracción y otros signos asociados al tumor, cómo el engrosamiento cutáneo.

Siempre que evaluemos una lesión sospechosa, debemos realizar ecografía axilar de rutina. El 50% presentan ganglios linfáticos patológicos al diagnóstico.

Disgnóstico y estadificación:

Cualquier lesión sospechosa requiere biopsia para establecer el diagnóstico.

Deben evaluarse los receptores de estrógenos, progesterona y Her2-neu en todos los pacientes.

El sistema de estadificación es el mismo que en el cáncer de mama femenino. Solo el 48% son diagnosticados en estadios I/II (en comparación con las mujeres se diagnostica en estadio mas avanzado).

Características histológicas:

El 93,7% de casos son carcinomas ductales infiltrantes o carcinomas no clasificados. Sólo el 1,5% son carcinomas lobulillares.

La distribución de grado tumoral es del 12-20% grado I, 54-58% grado II y 17-33% grado III. Otros tipos tumorales incluyen tumores papilares (2,6%) y mucinosos (1,8%).

El CDIS afecta a una proporción mucho menor de hombres que de mujeres (10% vs 20% respectivamente). Carcinoma lobulillar in situ, enfermedad de Paget y carcinoma inflamatorio han sido raramente descritos en hombres.

Receptores hormonales:

Presentan altas tasas de expresión de receptores hormonales. Aproximadamente el 90% expresa receptor de estrógeno (RE), y el 81% el de progesterona (RP) (en mujeres sólo el 60-70% son RE o RP +). Estas tasas de expresión aumentan con la edad del paciente al igual que ocurre en las mujeres.

HER2-NEU:

El cáncer de mama masculino presenta mucha menor sobreexpresión del Her2-neu que el femenino.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado una revisión retrospectiva de los CMV diagnosticados en nuestro hospital entre los años 2006 y 2017. Analizamos factores de riesgo, motivo de consulta, exploración física, hallazgos radiológicos y grado de sospecha (BI-RADS), así como resultados anatomopatológicos (grado histológico y tipo tumoral).

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 23 casos, con una media de edad de 64,6 años.

La forma de presentación más habitual fue un nódulo palpable retroareolar, no doloroso, acompañado en ocasiones de retracción del pezón y/o adenopatías.

Nódulo palpable	19 pacientes
Retracción del pezón	5 pacientes
Ginecomastia	1 paciente



El hallazgo radiológico más frecuente fue una masa sólida circunscrita o de contornos espiculados .

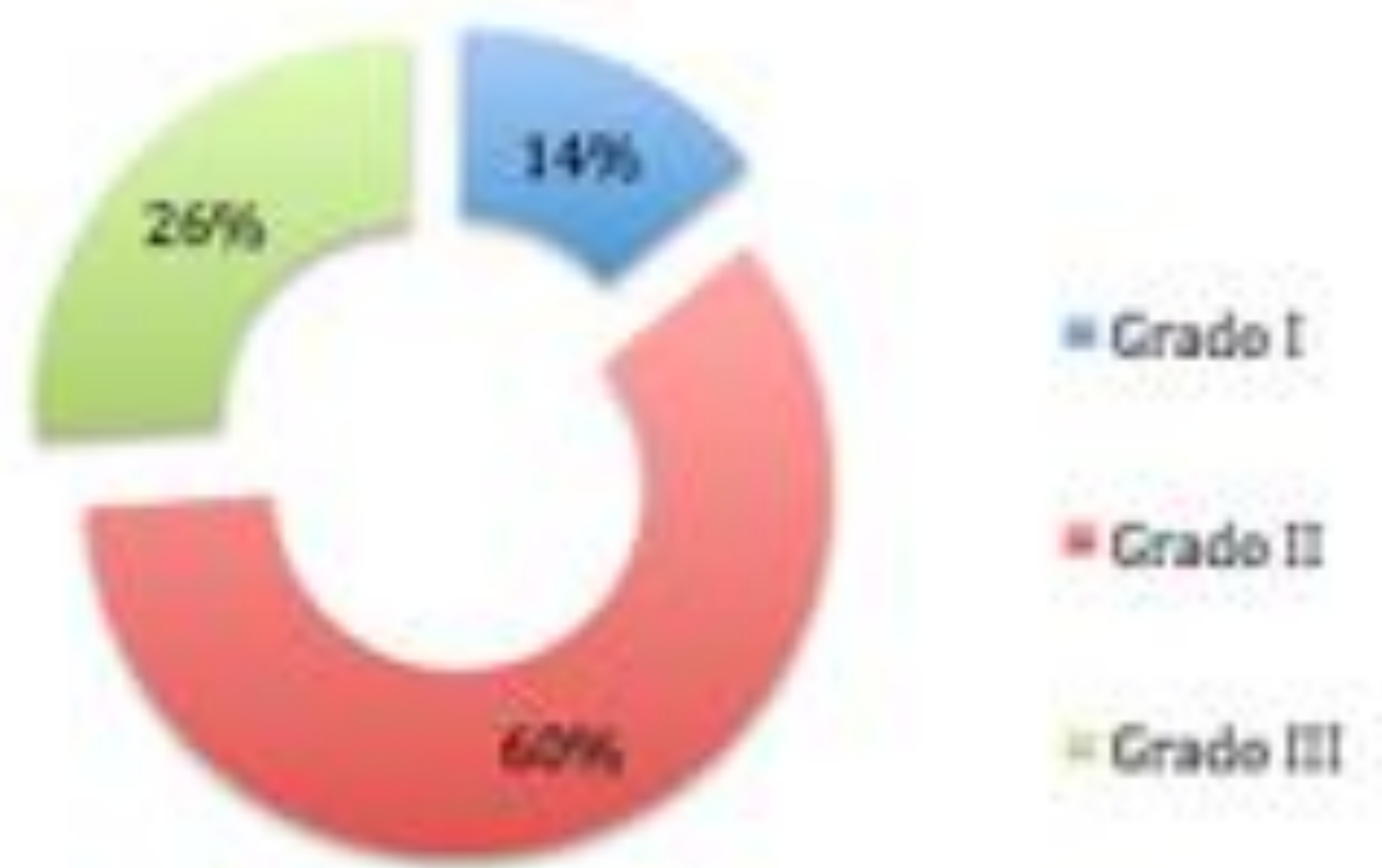
El tipo histológico mayoritario el CDI (74%). Se registraron 3 casos de carcinoma papilar sólido, un papiloma intraductal con carcinoma ductal de bajo grado y un único caso de carcinoma neuroendocrino. Asimismo solo uno de ellos presentaba componente de carcinoma ductal in situ.



GRADO TUMORAL

La distribución de grado tumor al fue : 14% grado I, 60% grado II y 26% grado III.

En cuanto a los receptores hormonales aproximadamente el 90% expresaba receptor de estrógeno, y el 78% el de progesterona. Sólo 2 casos presentaban sobreexpresión de HER2.



CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son similares a los de la mayoría de las series, representando el cáncer de mama en varón el 1% del total de las lesiones mamarias, aproximadamente el 1% de los cánceres de mama y menos del 1% del total de los cánceres en el hombre.

La mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios más avanzados, en parte por la ausencia de programas de cribado en el varón.

Consideramos necesario establecer un circuito específico de diagnóstico en la patología mamaria masculina, valorando la prueba de imagen idónea en cada caso, ecografía, mamografía o ambas, y realizando biopsia si se considera necesario, todo ello en un único acto médico.

No se dispone de guías de tratamiento específicas para esta patología, tratando a estos pacientes según las indicaciones establecidas en el cáncer de mama en mujer postmenopáusicas.

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso