

PATOLOGÍA MAMARIA MÁS FRECUENTE EN EL HOMBRE

Carlos Melguizo Manzano, Laura Liliana Acosta Barrios, Maria Isabel Martin Alonso

Hospital Regional Universitario de Málaga

OBJETIVO DOCENTE

-Descripción de la patología mamaria más frecuente en el hombre.

-Características radiológicas y ecográficas de las lesiones malignas mamarias en el hombre.

REVISION DE TEMA

Al nacer el tejido mamario del hombre y de la mujer es idéntico y así se mantiene hasta la influencia hormonal de la pubertad.

En los hombres durante el periodo peripuberal sucede un aumento del estrógeno y un aumento 30 veces mayor de la testosterona. Este proceso condiciona una progresión transitoria ductal y estromal que se continúa con una involución y más tarde una atrofia de los ductos.

Por tanto, el tejido mamario del hombre se caracteriza ante todo por la grasa subcutánea, y mínimo tejido ductal retroareolar residual.

REVISION DE TEMA

El desarrollo del tejido lobulillar requiere de estrógeno y progesterona y por ello normalmente no se identifica.

Por tanto, la patología mamaria en varones depende principalmente del estroma, ductos, piel y tejido graso subcutáneo, correspondiendo la patología que depende del lobulillo mamario como el carcinoma lobulillar, los cambios fibroquísticos y la adenosis, patologías muy infrecuentes en varones.

REVISION DE TEMA

Los hombres que requieren de una prueba de imagen refieren habitualmente **aumento de tamaño mamario**, aparición de un **nódulo palpable** y/o **dolor areolar**.

El trabajo del radiólogo consiste fundamentalmente en diferenciar la patología benigna de la maligna.

La incidencia del cáncer de mama en varones es muy baja para justificar pruebas de screening por tanto las pruebas radiológicas de la mama son realizadas cuando presentan síntomas («bulto» o dolor normalmente).

REVISION DE TEMA

La mayoría de los autores coinciden que la prueba inicial debe ser la **mamografía** con las proyecciones normalmente utilizadas en las mujeres (craneocaudal y mediolateral oblicua), con las consecuentes proyecciones adicionales si se requiriesen (magnificadas o con compresión focal).

Tras la mamografía , la **ecografía** puede valorar el área de alteración clínica o el hallazgo patológico visualizado en la mamografía.

La biopsia suele realizarse guiada por ecografía por el pequeño tamaño de la mama masculina.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

Se trata de la patología más frecuente en la mama masculina:

- Necrosis grasa
- Lipomas
- Quistes de inclusión epidérmico y quiste se báceo
- Ginecomastia
- Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa
- Miofibroblastoma
- Fibromatosis mamaria
- Papiloma intraductal
- Mastitis/abscesos
- Hematomas

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Necrosis grasa»

Normalmente secundaria a traumatismos.

Su modo de presentación más frecuente en la mamografía suele ser como **nódulos radiotransparentes** con pared fina que pueden calcificar.

En la ecografía suelen presentarse como quistes de bordes bien circunscritos.

La manifestación varía dependiendo del grado de fibrosis por lo que también podrían presentarse como nódulos sólidos de bordes irregulares.

Clínicamente se pueden manifestar como masas palpables.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Lipomas»

Se trata de lesiones benignas con contenido graso.

En mamografía se presentan como **nódulos radiotransparentes** con una cápsula difícilmente perceptible.

En ecografía presentan una ecogenicidad homogénea con márgenes bien circunscritos y disposición paralela a la piel.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Quistes de inclusión epidérmicos y quistes sebáceos»

Los quistes sebáceos son lesiones con acumulación de queratina en los ductos sebáceos que se encuentran obstruidos.

Los quistes epidérmicos son también cúmulos de queratina pero en éste caso presentan un verdadero revestimiento epitelial y suelen ser secundarios a heridas con contenido epidérmico o ser congénitos.

En mamografía se manifiestan como nódulos bien circunscritos en una localización superficial.

En ecografía muestran una hipoecogenicidad en su interior y márgenes bien definidos.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Ginecomastia»

Se trata del hallazgo más frecuente en la mama del varón (57% a partir de los 44 años).

Hiperplasia de los elementos ductales y estromales por estimulación hormonal.

Un aumento del estradiol y/o disminución de la testosterona que puede ser secundario a fármacos, drogas o producirse de forma fisiológica.

Su diagnóstico diferencial suele ser con la pseudoginecomastia que se trataría de un depósito graso en la mama con sensación de «nódulo».

Clínicamente se refiere como una masa lisa y móvil en región retroareolar. Puede ser bilateral o unilateral.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Ginecomastia»

3 son los patrones mamográficos:

- Ginecomastia nodular
- Ginecomastia dendrítica
- Ginecomastia difusa.

Dependen del estadio según la proliferación ductal y estromal.

La característica para diferenciarla de una lesión maligna sería afectación extensa, sin masas definidas y ausencia de retracción de la piel y/o engrosamiento cutáneo.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA «Hiperplasia estromal seudoangiomasosa»

Lesión benigna del estroma presentándose como un hallazgo frecuente en la ginecomastia.

Clínicamente se manifiesta como una masa palpable

En la mamografía se presenta como una masa sólida bien definida.

En la ecografía se manifiesta como una masa sólida hipoecogénica o mixta bien circunscrita.

Su recurrencia es frecuente tras la cirugía.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA «Miofibroblastoma»

Lesión benigna poco frecuente que se identifica en varones mayores.

En mamografía se manifiestan como nódulos bien definidos de contornos lobulados.

En ecografía se visualizan como nódulos hipoecogénicos de márgenes bien definidos.

Aunque pueden recurrir no suelen malignizarse.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA «Fibromatosis mamaria»

Tumor benigno fibroso muy infrecuente. Presentan un crecimiento lento, localmente agresivo y muy recurrente tras cirugía.

Clínicamente se manifiesta como una masa palpable que puede asociar retracción cutánea y del pezón o incluso fijación a planos profundos por lo que suele ser motivo de sospecha de lesión maligna.

Suele presentarse entre los 20 y 50 años tras cirugías o traumatismos.

En mamografía se ven como masa de bordes espiculados

En ecografía se presenta como una masa sólida irregular, bordes espiculados e hipoecogénicamente heterogénea.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA «Papiloma intraductal»

Lesión benigna derivada de una proliferación del epitelio intraductal.

En mamografía se identifica como nódulo circunscrito retroareolar.

En ecografía se ve como un nódulo hipoecogénico, retroareolar bien de márgenes circunscritos que a veces se visualiza cen el interior de un ducto dilatado.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Patología inflamatoria/infecciosa»

La mastitis puede complicarse con abscesificación que normalmente ocurre en el interior de áreas de ectasia ductal.

En mamografía se visualiza un aumento mamario unilateral con engrosamiento cutáneo.

Los abscesos se tratan de colecciones con bordes bien circunscritos y bordes irregulares.

Pueden presentarse adenopatías axilares palpables.

Asociado a éstos hallazgos puede presentarse inflamación de los ductos (galactoforitis)

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA BENIGNA

«Hematomas»

Secundarios a cirugías o traumatismos.

En mamografía suelen visualizarse como nódulos **radiodensos**, aunque varía según el estadio evolutivo del hematoma.

En ecografía inicialmente son hiperecogénicos y con el paso del tiempo se tornan hipoecogénicos con ecoestructura compleja pudiendo visualizarse septos.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA MALIGNA

El cáncer representa sólo el 1% aunque suele ser diagnosticado en un estadio más tardío que en mujeres

- Carcinomas ductales invasivos (90%)
- Carcinoma papilar (2,6%)
- Carcinoma coloideo (1,8%)
- Carcinoma lobulillar (1,5%)
- Linfoma
- Metástasis

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA MALIGNA (Manifestaciones radiológicas)

La patología mamaria maligna suele manifestarse como una masa excéntrica subareolar, no dolorosa y de consistencia dura, de forma menos frecuente con telorragia y/o ulceración.

La retracción del pezón y el engrosamiento cutáneo es más común que en mujeres lo que se relaciona con su localización subareolar, el menor tamaño de la mama y la presentación más tardía.

Hay adenopatías axilares palpables en el 47% de los casos al diagnóstico.

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA MALIGNA

(Manifestaciones radiológicas)

En la mamografía suele presentarse como un nódulo de bordes circunscritos, microlobulados o espiculados con morfología redondeada, lobulada o irregular.

Las calcificaciones en el cáncer de mama se visualizan entre un 13-30%, suelen ser menores en número respecto a la mujer y son más infrecuentes las microcalcificaciones (ya que se dan en el carcinoma ductal in situ y éste es menos frecuente en varones)

REVISION DE TEMA

PATOLOGÍA MALIGNA

(Manifestaciones radiológicas)

En la ecografía tienen una apariencia similar al de las mujeres, manifestándose como masas sólidas hipoecogénicas, antiparalelas, de márgenes angulados, microlobulados o espiculados.

Los nódulos de márgenes circunscritos o con componentes quísticos deben sospecharse de malignidad a diferencia de las mujeres (por ejemplo el carcinoma papilar in situ suele corresponder con quiste con componente sólido y éste es el subtipo in situ más frecuente en el varón).

En todas las pruebas de imagen son frecuentes las manifestaciones secundarias tipo engrosamiento, retracción cutánea/pezón y adenopatías axilares.

CONCLUSIONES

La patología mamaria en el hombre suele ser de etiología benigna, y aunque existe un porcentaje muy reducido de patología maligna (en torno al 1%) es de vital importancia para el radiólogo sospecharla y tenerla siempre presente por sus importantes consecuencias.

CASO 1

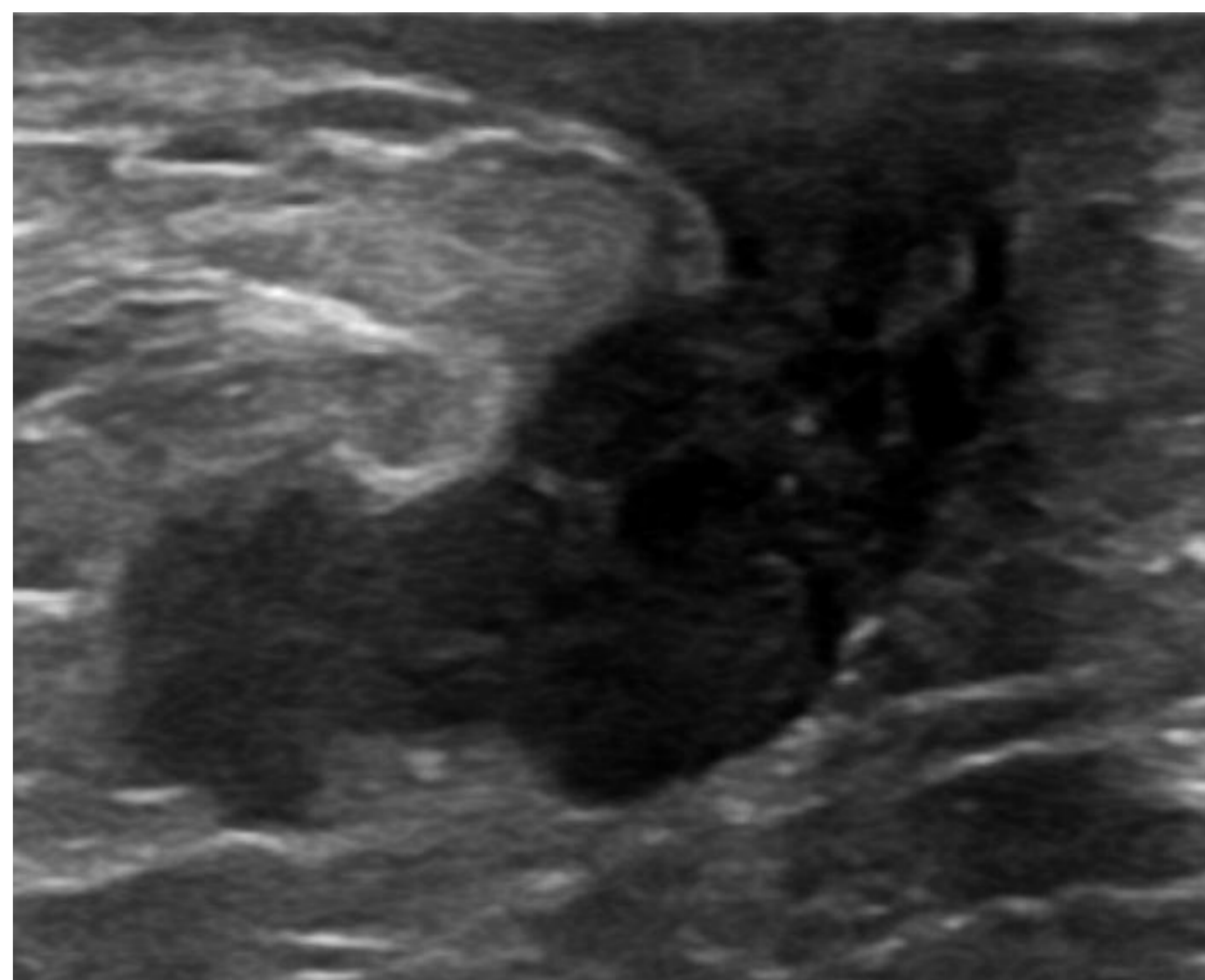
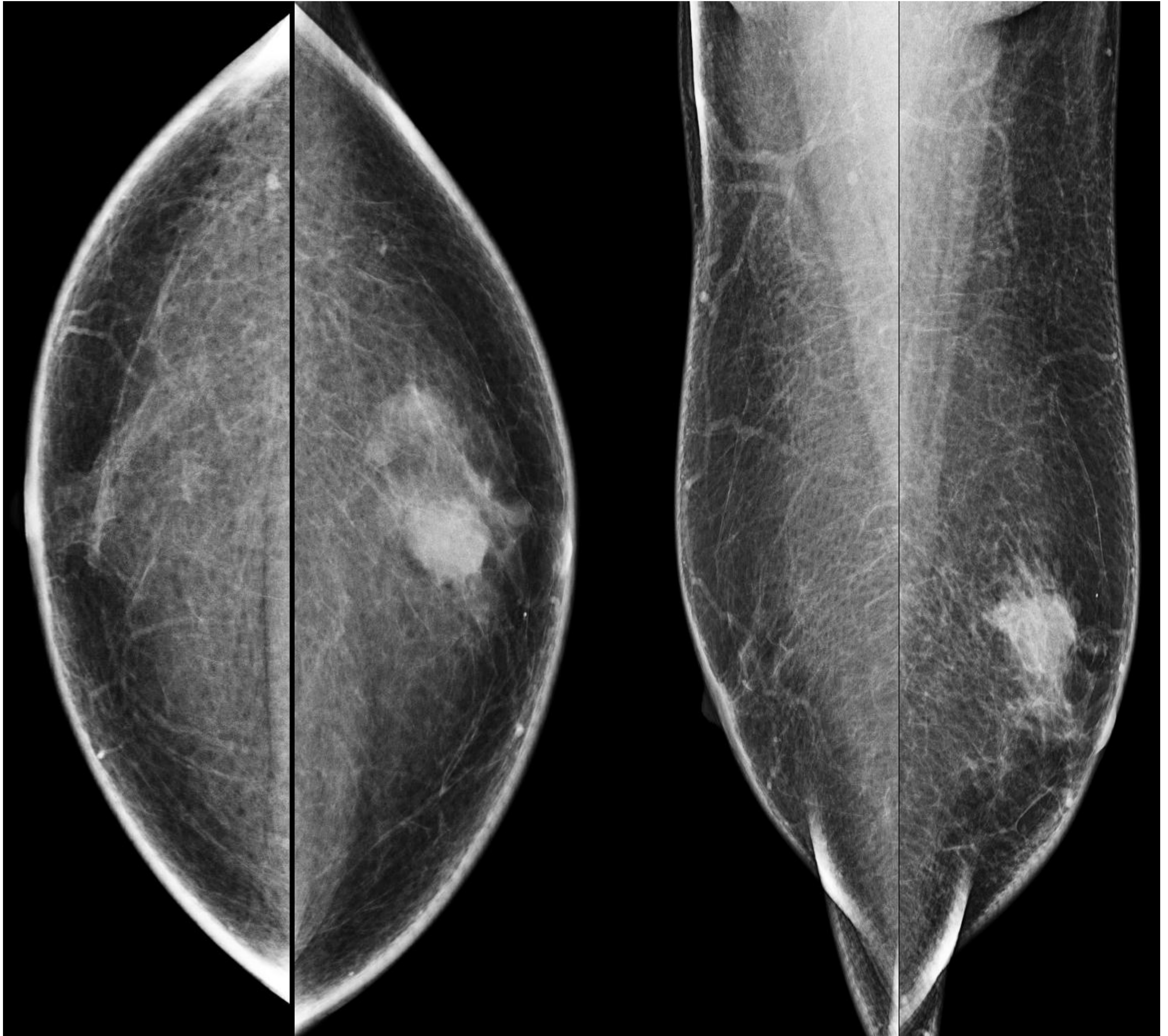
Antecedentes de madre ca de mama con 58 a. Consulta por bulto en mama iz. Exploración. Nódulo de gran tamaño en mama izquierda no dolorosa, consistencia dura, no signos inflamatorios.

Mamografía: Nódulo denso de márgenes mal definidos de localización retroareolar en mama izquierda.

Ecografía: nódulo sólido de morfología irregular adherido al CAP, de 25 mm de eje mayor, con vascularización intralesional.

Adyacentes a dicha lesión, en localización externa a la misma, se identifican varios nódulos satélites subcentimétricos.

BAG ECOGUIADO: CDI GRADO 3 DE LA OMS



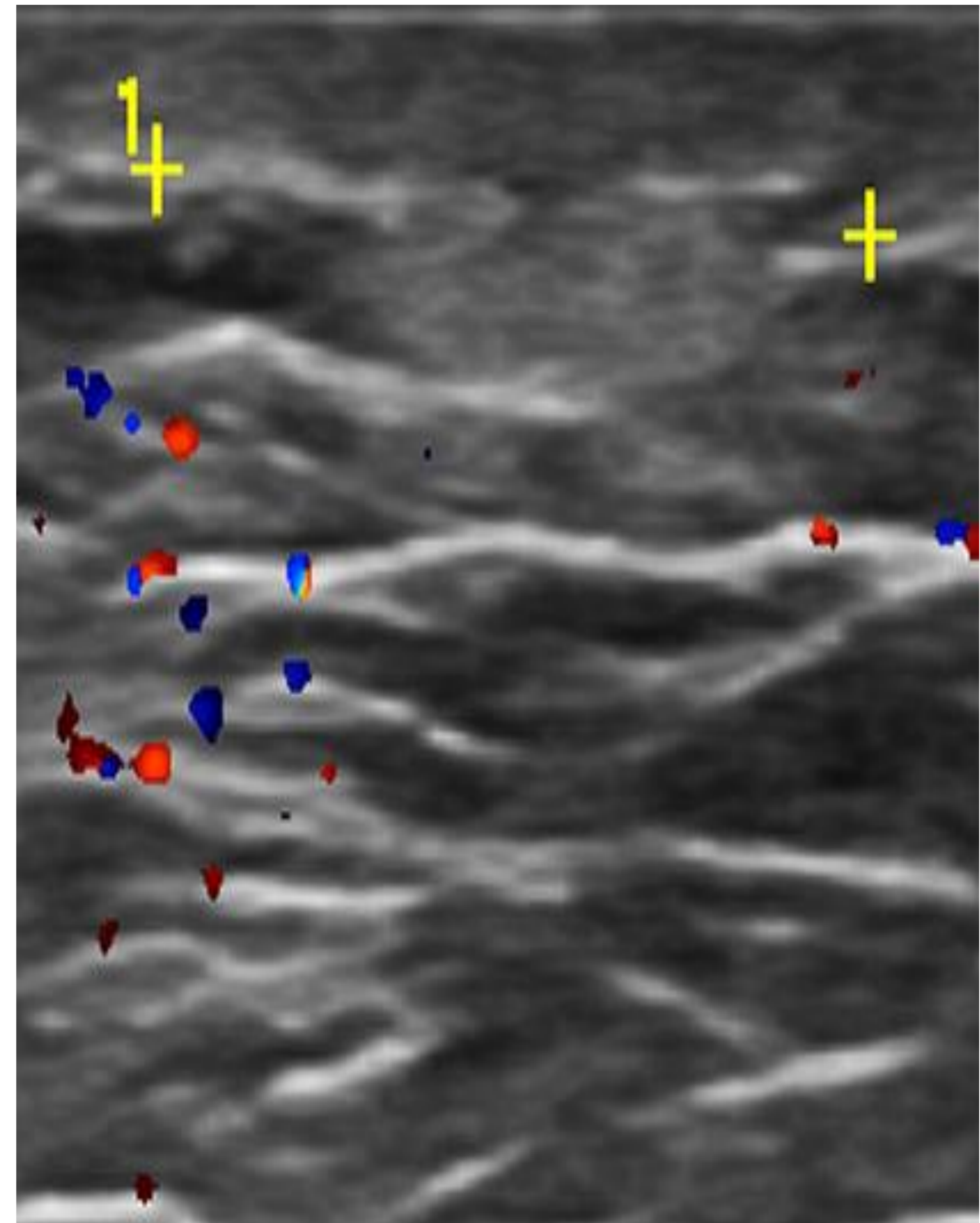
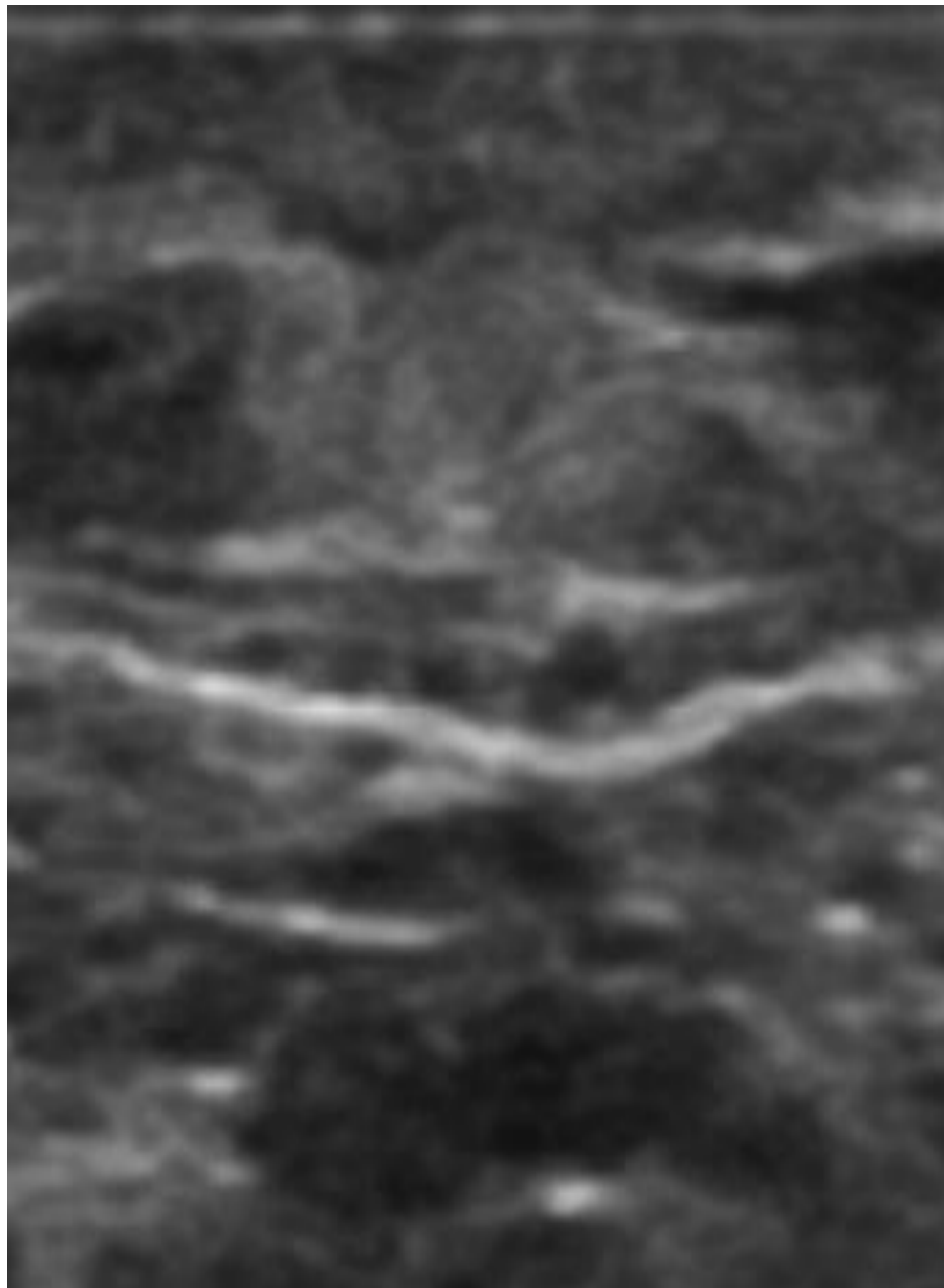
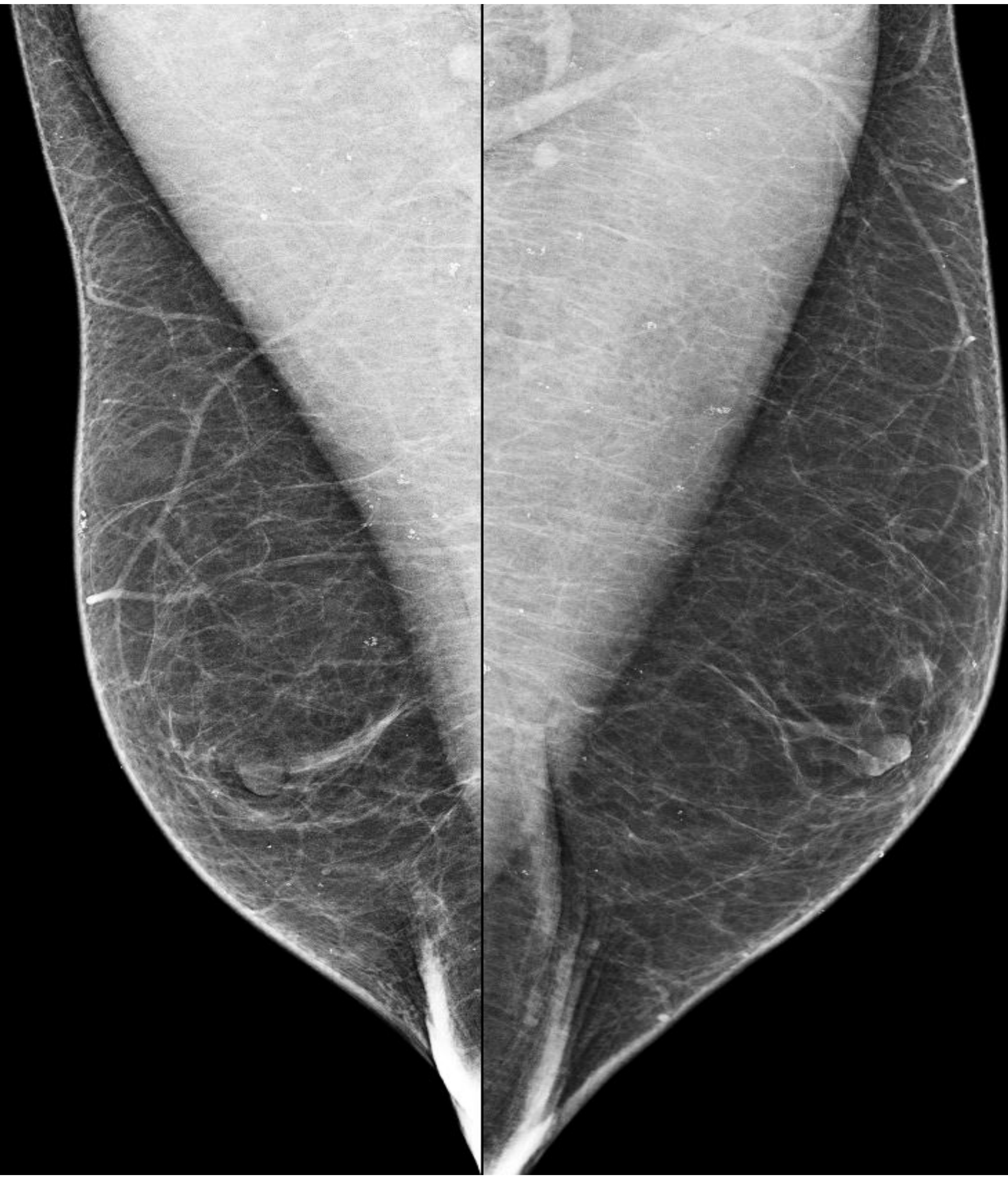
CASO 2

Varón de 49 años, bultoma mama izq de consistencia dura y dolorosa a la palpación de aprox 2cm de diámetro CSE, no adenopatías axilares.

MAMOGRAFÍA-ECOGRAFÍA

Nódulo subcutáneo periareolar externo en mama izquierda, de 0,5 cm ecogénico y de márgenes no bien definidos.

BAG ECOGUIADA: CILINDROS DE MAMA CON INFLAMACIÓN CRÓNICA, NECROSIS GRASA Y REACCIÓN A CUERPO EXTRAÑO.



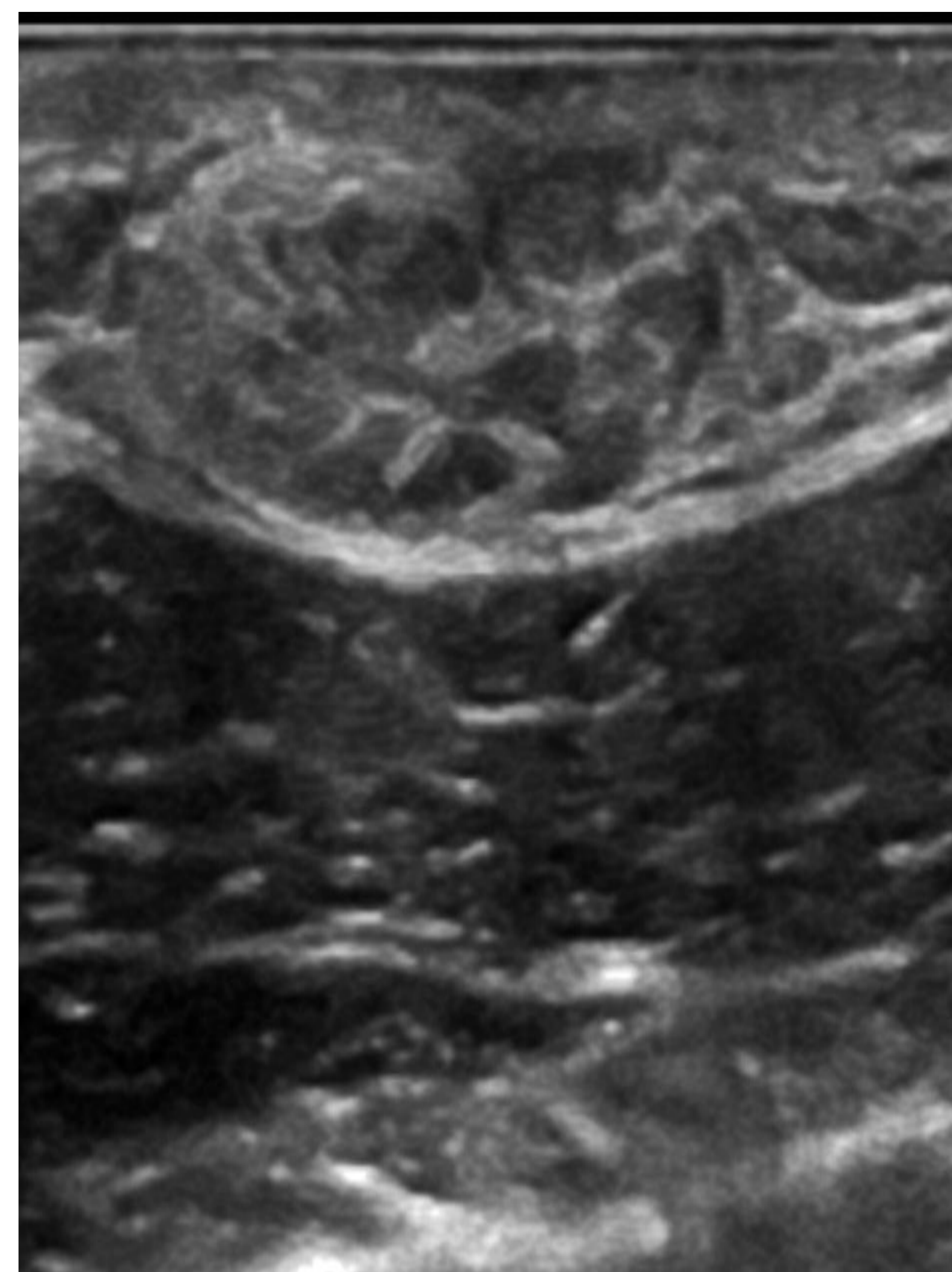
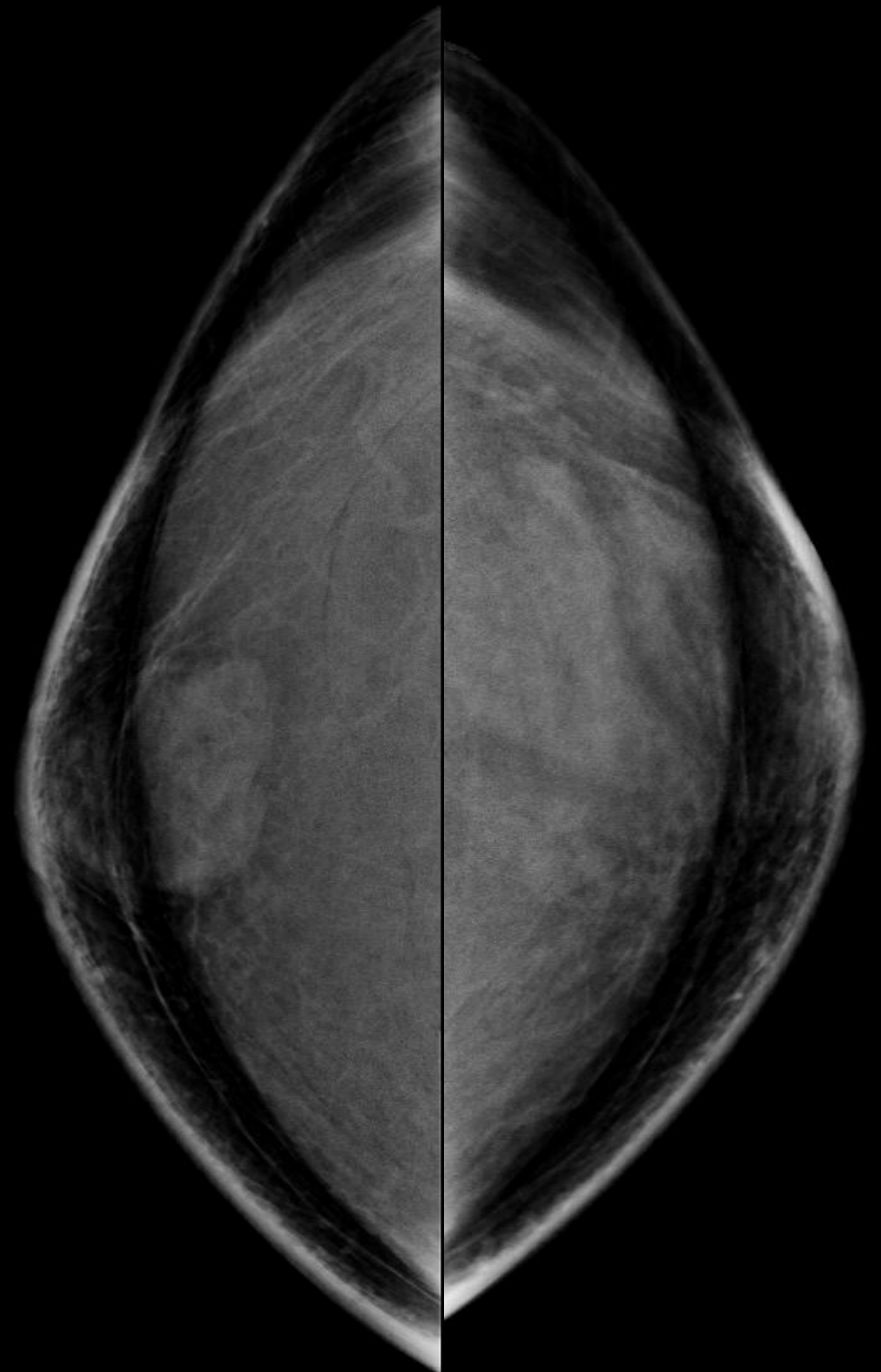
CASO 3

Paciente varón de 38 años.

Aumento de tamaño de la mama izquierda de meses de evolución

ECOGRAFÍA Y MAMOGRAFÍA

Ginecomastia bilateral, de mayor densidad en MD y mayor extensión en MI



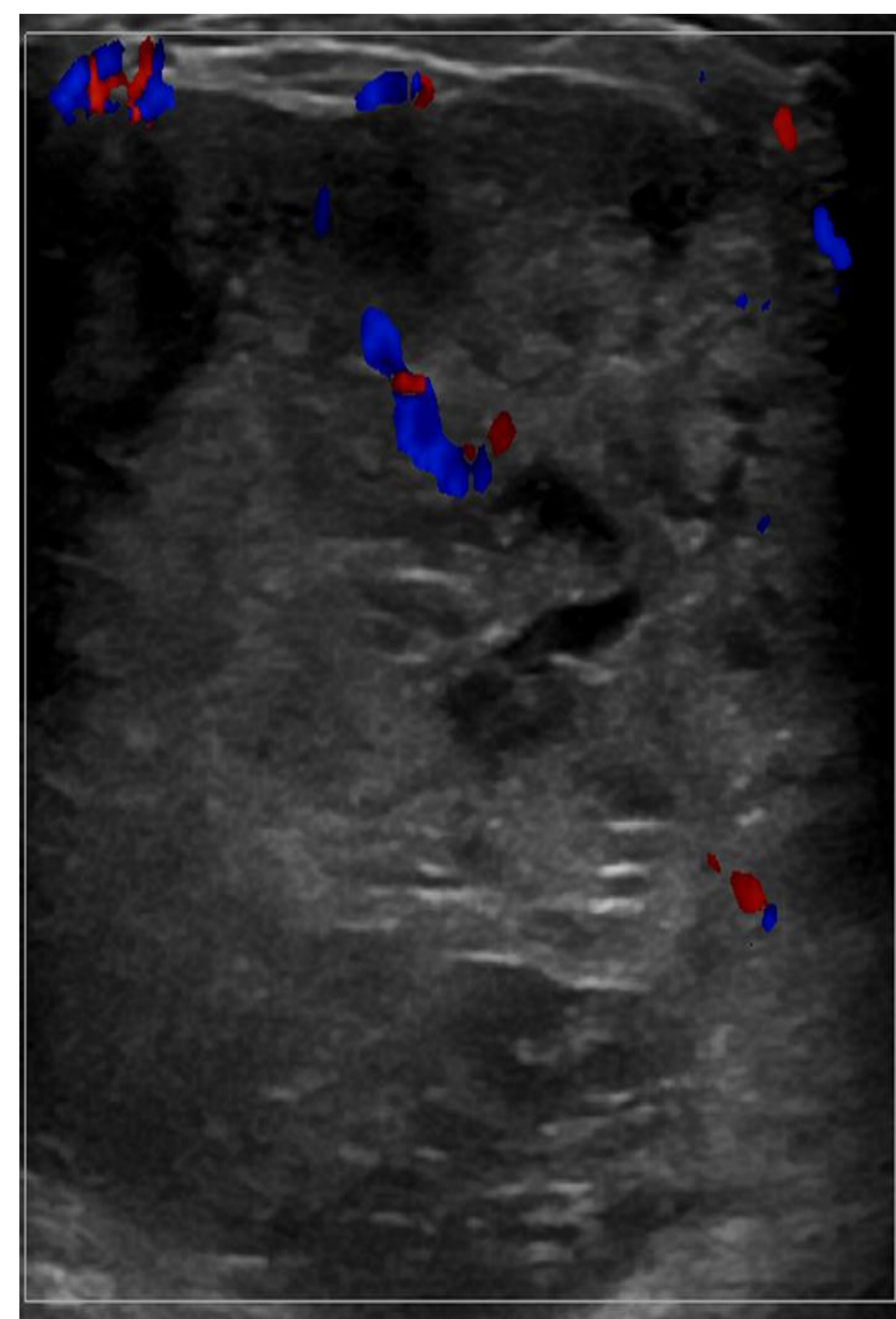
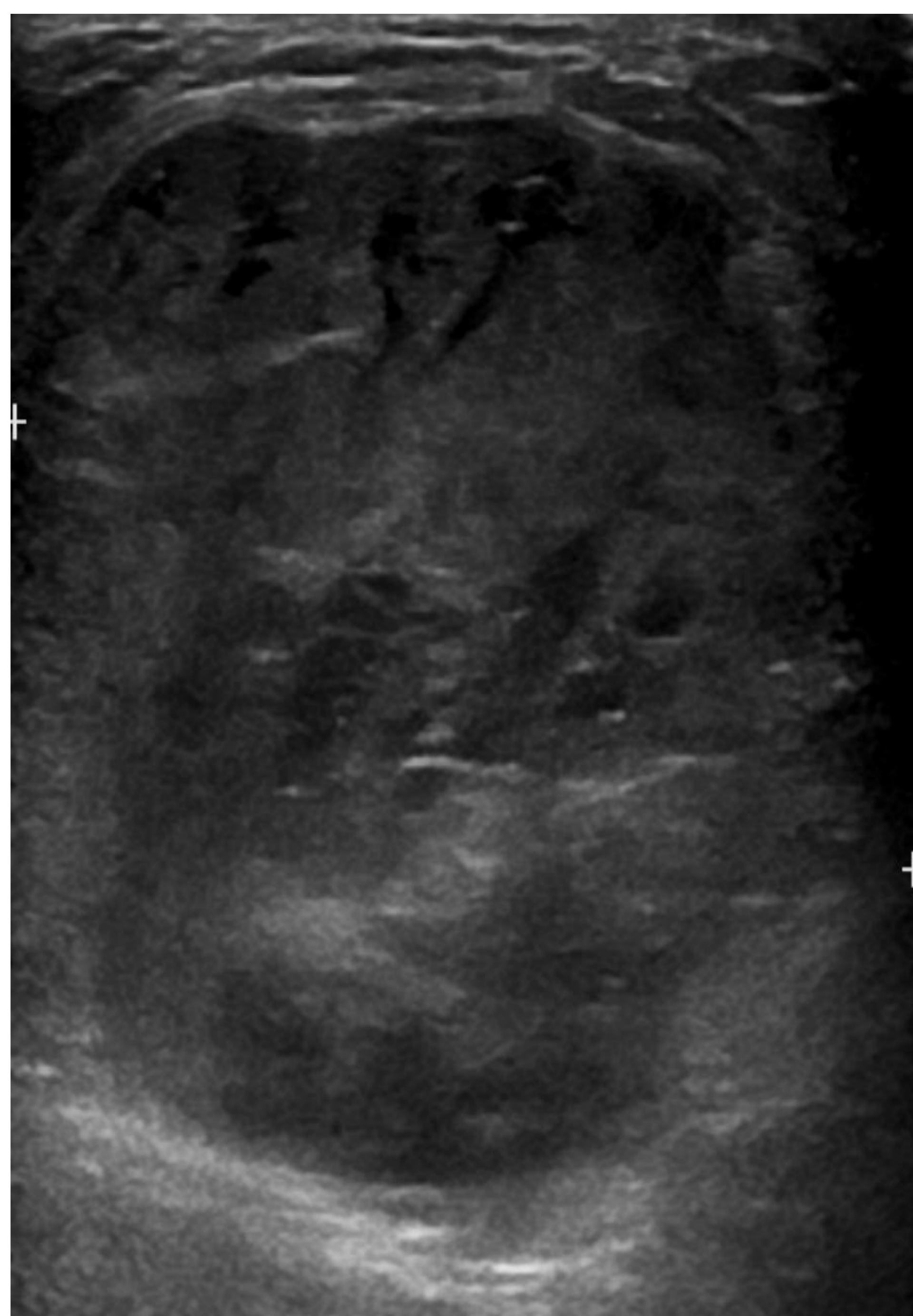
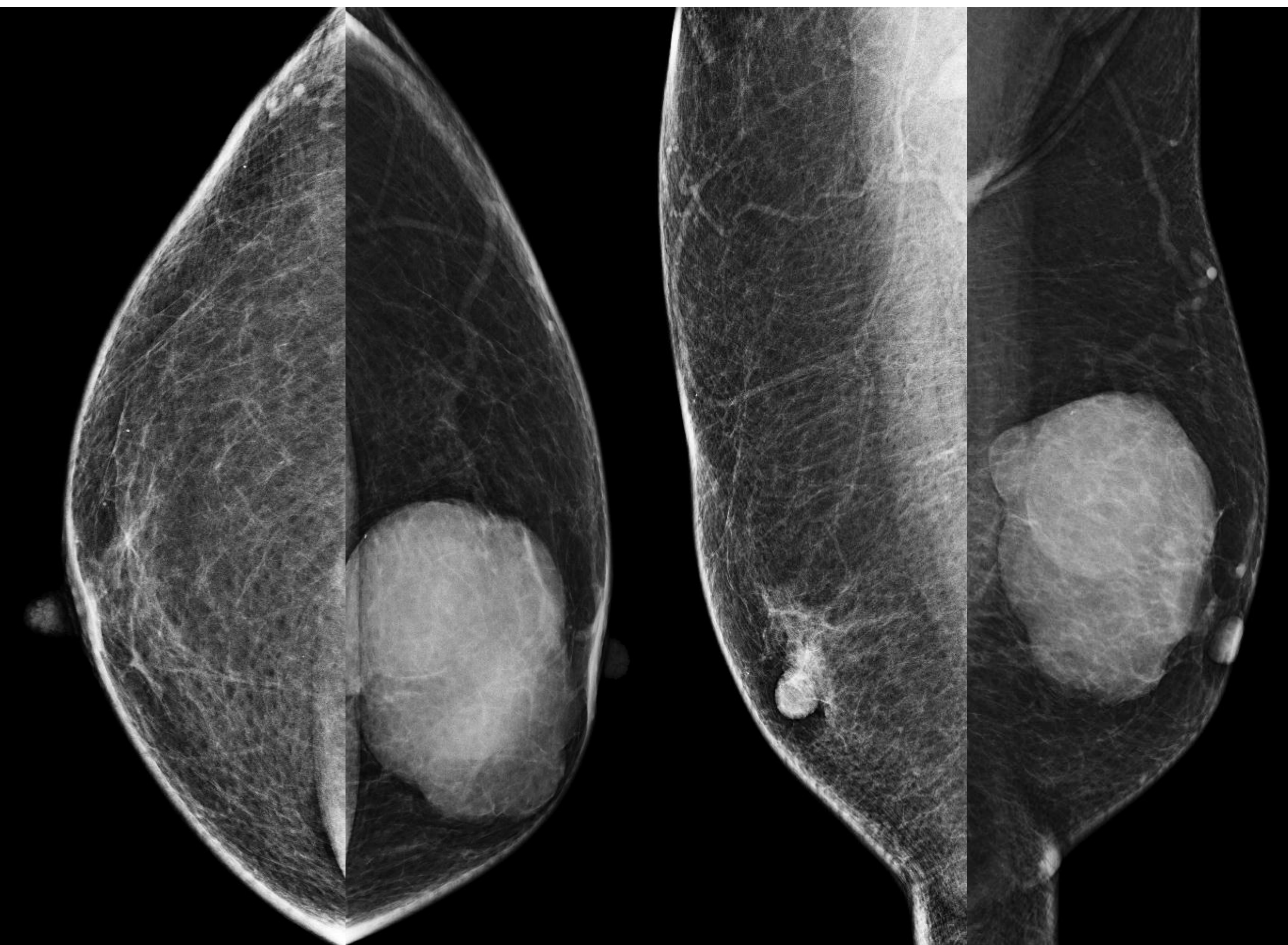
CASO 4

VARÓN DE 74 AÑOS. TUMORACIÓN DE 4X5 CMS QUE HACE PROTRUSIÓN EN CSINT DE MI

MAMOGRAFÍA y ECOGRAFÍA

Lesión nodular de 4.5 cm, polilobulada y heterogénea con vascularización en su interior

AP: tumor mucinoso (pendiente IHQ)



CASO 5

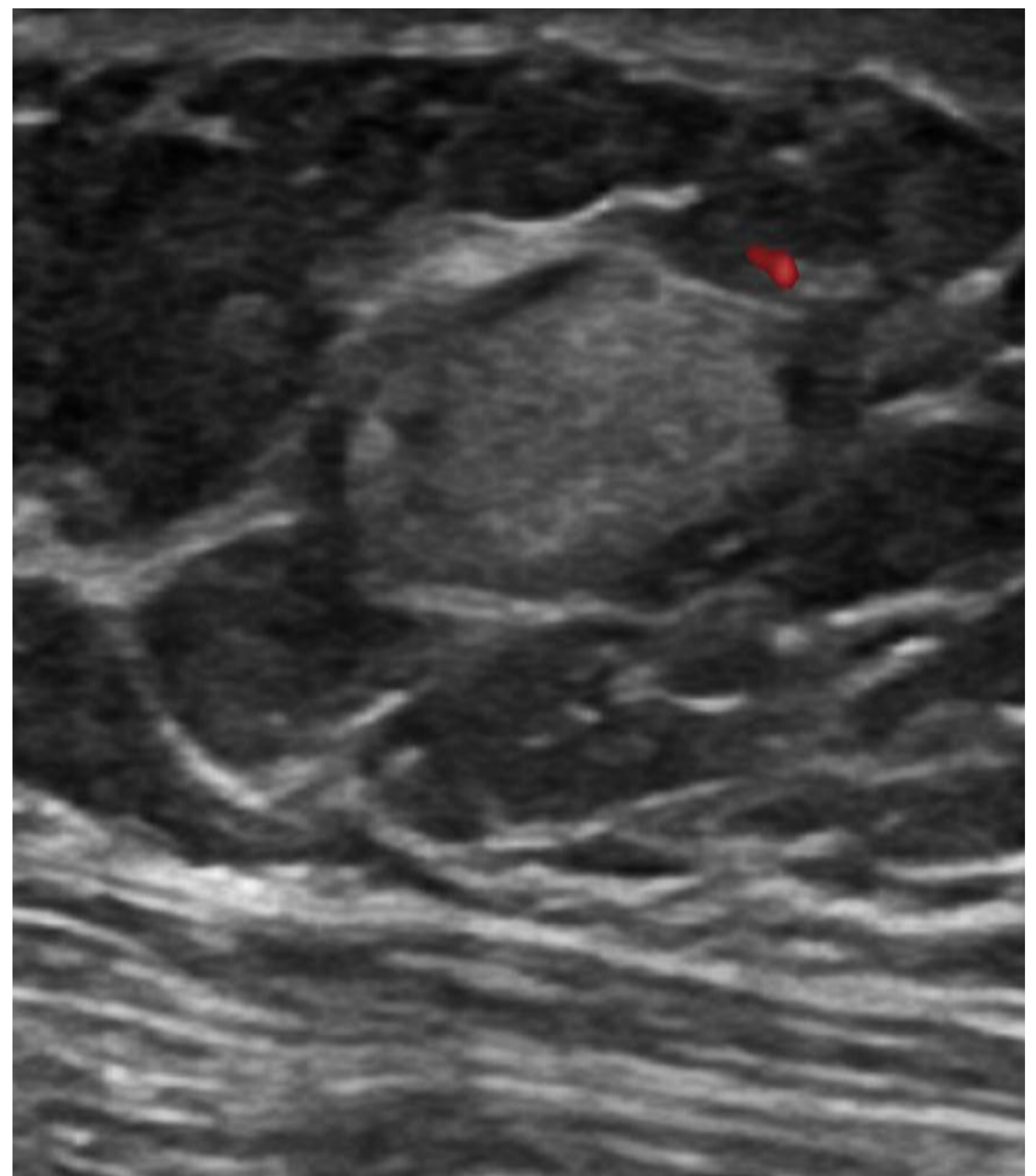
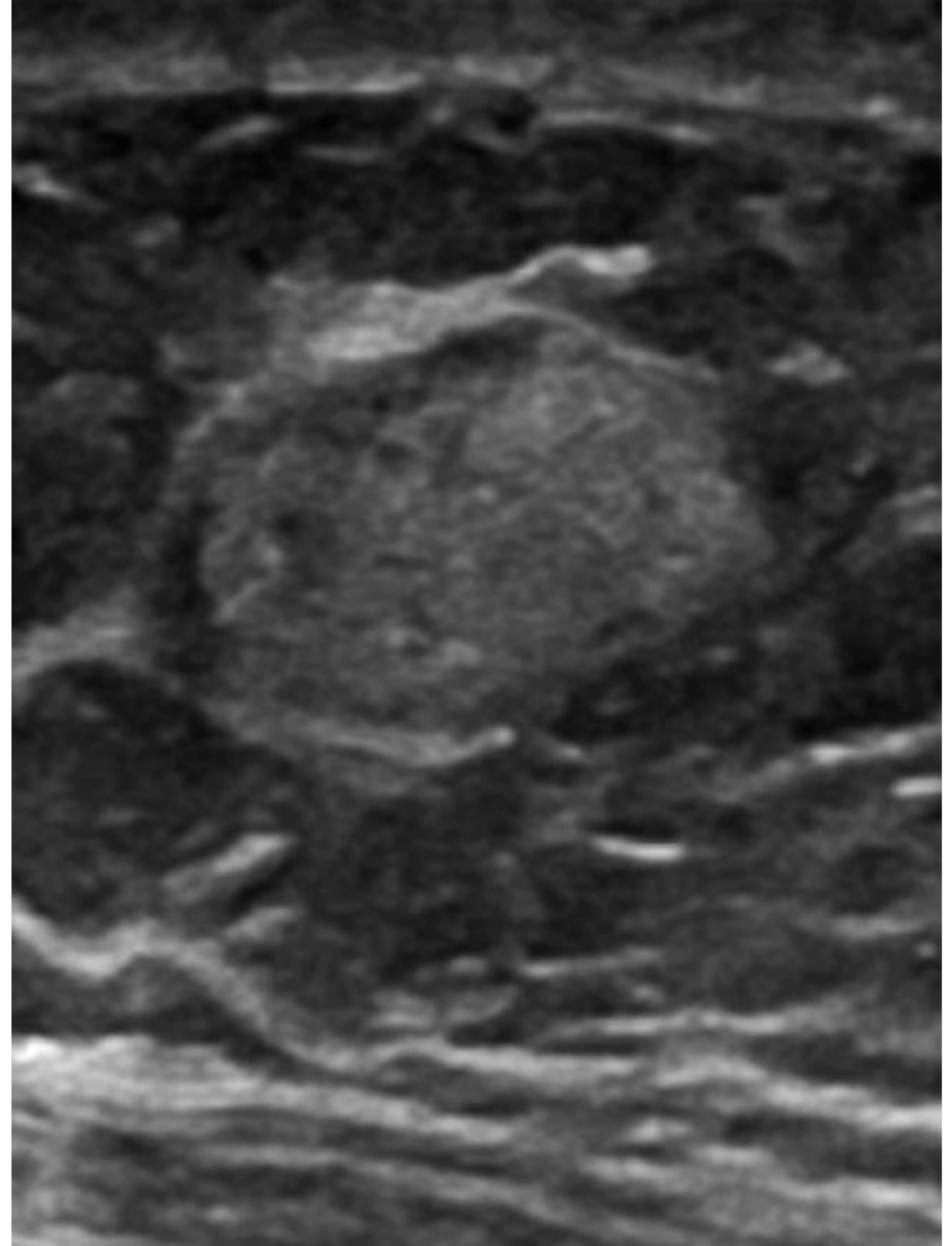
Varón de 64 años

Ca próstata

Incidentaloma en TC de seguimiento: nódulo mamario derecho de densidad intermedia.

Ecografía: nódulo sólido hiperecogénico de bordes circunscritos que mide aproximadamente 1.3 x 0.6 cm.

BAG: LIPOMA FUSOCELULAR, VARIANTE MIXOIDE



BIBLIOGRAFIA

- Nguyen C, Kettler MD, Swirsky ME, Miller VI, Scott C, Krause R, et al. Male breast disease: pictorial review with radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics*. 2013;33:763-779.
- Shandiz F, Tavassoli A, Sharifi N, Khales S, Kadkhodayan S, Khales S. Hormone Receptor Expression and Clinicopathologic Features in Male and Female Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16(2):471-474.
- Charlot M, Béatrix O, Chateau F, Dubuisson J, Golfier F, Valette P et al. Pathologies of the male breast. *Diagnostic and Interventional Imaging*. 2013;94(1):26-37.
- Mainiero M, Lourenco A, Barke D, Argus A, Bailey L, Carkaci S et al. Evaluation of the Symptomatic Male Breast. *ACR Appropriateness Criteria®*. Available at <https://acsearch.acr.org/docs/3091547/Narrative/>. Accessed November, 2015.
- Lattin G, Jesinger R, Mattu R, Glassman L. From the Radiologic Pathology Archives 1 : Diseases of the Male Breast: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 2013;33(2):461-489.
- Caruso G, Ienzi R, Piovana G, Cirino A, Salvaggio G, Lagalla R. High-frequency ultrasound in the study of male breast palpable masses. *Radiol Med* 2004, 107: 185-193.