

CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE

El cáncer de mama masculino es poco frecuente, representa al 1% de todos los tumores mamarios malignos y el 1% de los tumores malignos en el hombre, siendo más frecuente en el continente africano.

Es más frecuente en la raza negra y los judíos. Aunque en la mayoría de los pacientes no se puede identificar un factor de riesgo determinado, se relaciona con factores ambientales, hormonales, radiaciones y alteraciones genéticas como el síndrome de Klinefelter y la mutación del BRCA.

La mutación del BRCA 2 es frecuente y actualmente está indicado, de ser posible, realizar el estudio genético a todos los pacientes.

La edad promedio es descripta como superior en una década al sexo femenino, 60- 65 años. En el Instituto Roffo la edad fue similar para ambos sexos.

CLINICA

Nódulo palpable, generalmente retroareolar con o sin derrame por el pezón. Es más frecuente la retracción, fijación o ulceración de la piel y el complejo areola pezón, y la presencia de adenopatías.

CLASIFICACION HISTOLOGICA

Es similar al carcinoma femenino. El carcinoma lobulillar, aunque la glándula masculina contiene conductos y carece de lobulillos, existe, pero es excepcional.

RECEPTORES HORMONALES Y SUBTIPO MOLECULAR

Los receptores hormonales (RE y RP) tienen positividad promedio superior al sexo femenino, siendo mayor del 80 %, mientras que la sobreexpresión del Her 2-neu es menor que en el sexo opuesto, promediando un 15 %. Las escasas series existentes reportan entre un 3 y 5 % de tumores triple negativos.

DIAGNÓSTICO

Clínica. Mamografía. Ecografía. Biopsia histológica.

En una mamografía realizada en un hombre se constata que el tejido glandular tiene localización subareolar, a diferencia del sexo femenino en el cual predomina en los cuadrantes superoexternos. Por tal motivo los tumores tienen una ubicación retroareolar con posición excéntrica al pezón, siendo raro que se encuentren en la periferia de la mama.

Los signos radiológicos de malignidad son similares al sexo femenino, pero hay que tener en cuenta que:

- Ⓜ Los márgenes de las lesiones pueden ser bien definidos principalmente en lesiones pequeñas
- Ⓜ Las microcalcificaciones son menos frecuentes
- Ⓜ Los signos secundarios como engrosamiento cutáneo, retracción del pezón y presencia de adenopatías son más frecuentes

ESTADIFICACION

Se utiliza la clasificación TNM igual que en el sexo femenino, pero el hombre por las características anatómicas y el pequeño volumen de la mama, tumores de pequeño tamaño pueden infiltrar rápidamente la piel, ulcerar e invadir estructuras vecinas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento de elección es el quirúrgico generalmente asociado a hormonoterapia, incluso en estadios avanzados pasibles de resección para evitar la invasión a los tejidos vecinos y la fijación a la pared torácica.

La técnica quirúrgica estándar utilizada es la mastectomía simple con técnica de ganglio centinela o vaciamiento axilar dependiendo de la presencia de adenopatías. Cuando el tumor invade el musculo pectoral mayor se debe realizar la resección parcial o total del mismo dependiendo el compromiso junto o en bloque con la pieza operatoria.

La cirugía conservadora clásicamente no se utiliza en el sexo masculino, pero recientemente se publicaron trabajos retrospectivos que no demuestran diferencias en la sobrevida con las distintas modalidades de tratamiento considerándolo una opción para casos seleccionados.

TRATAMIENTO SISTEMICO

La hormonoterapia con tamoxifeno es el tratamiento adyuvante de elección en pacientes con tumores que expresen receptores hormonales positivos.

La quimioterapia se indica en pacientes con ganglios comprometidos y receptores hormonales negativos, utilizando los mismos esquemas que para el sexo femenino.

TRATAMIENTO RADIANTE

Se indica siempre que se haya realizado cirugía conservadora o post mastectomía cuando son T3 T4 o hay compromiso de 4 o mas ganglios.

Se irradian campos mamarios y territorios ganglionares que incluyan la cadena mamaria interna por la ubicación central de los tumores.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Paul Ndom et al. A meta analysis of male breast cancer in Africa. *The Breast* 21 (2012) 237-241.
- 2- Morton Wilhelm Cáncer de mama en el hombre. Capítulo 79 *La Mama Copeland* (2000)79:1438-1442.
- 3- Chavez-MacGregor, Hortobagyi Male Breast Cancer According to Tumor Subtype and Race. *Cancer*2013;119:1611-7
- 4- Xing-Fei Yu et al The prognostic significance of molecular subtype for male breast cancer: A 10-year retrospective study. *The Breast* 22 (2013)824-827
- 5- Alfonso Sanchez-Munoz Male Breast Cancer: Immunohistochemical Subtypes and Clinical Outcome Characterization. *Oncology* 2012; 83:228-233.

6- Jordan, Cloy. Outcomes of Partial Mastectomy in Male Breast cancer Patients: Analysis of SEER 1983-2009. *Ann Surg Oncol* (2013) 20 :1545-1550

