

## Cáncer de mama en hombres: Revisión de casos en el Hospital Regional de Talca

PAULA CELIS MONTECINOS <sup>1</sup>, FRANCISCO CONTRERAS MORALES <sup>2</sup>

### Breast cancer in men: review of cases at “Hospital Regional de Talca”

#### Abstract

*Breast cancer in men is a rare pathology. The most common clinical presentation is a palpable and painless retroareolar nodule. In men, it is a rare pathology, there are few studies on the matter, where breast cancer trials frequently exclude men. Objective: to present the incidence of breast cancer in men from the "Regional Hospital of Talca" Method: Retrospective and descriptive study of cases of breast cancer in men who have been treated and followed up in the Breast Pathology Unit of the Regional Hospital of Talca from January 1, 2011 to December 31, 2021. Results: There were 9 cases of breast cancer in men. Average age at diagnosis was 63 years, all patients were 50 years of age or older. One hundred percent of patients consulted for a self-palpable breast nodule. Average size on physical examination was 30 mm. The most frequent histology was invasive ductal carcinoma (56%), followed by invasive tubular carcinoma (22%) and ductal carcinoma in situ (11%). Immunohistochemistry was 100% positive for estrogen and progesterone receptor. Surgery in 56% of cases was total mastectomy with axillary dissection, and in 33% it was total mastectomy alone. 4 patients underwent adjuvant treatment with chemotherapy, and just one required a combination of chemotherapy and radiotherapy. During follow-up, only 2 patients died. Conclusion. Breast cancer in men is not very prevalent and the management is extrapolated from large studies in women, we believe that it is essential to have studies in male patients, to really have clarity on the behavior and evolution of the disease.*

**Keywords:** Breast cancer, men, tumor

1. Médico Ginecólogo del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Patología Mamaria, Hospital Regional de Talca.

2. Médico Ginecólogo del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Curicó.

#### Correspondencia:

Paula Celis Montecinos

Servicio de Ginecología Hospital Regional de Talca

Programa de la mujer. Segundo piso CDT. Uno norte 1951, Talca

Teléfono: +56993098725

Email: paulacelisgine@gmail.com

## Introducción

El cáncer de mama en hombres es una patología poco común. Se ha descrito que alcanza el 1% de todos los cánceres de mama diagnosticados en ambos sexos anualmente en EE.UU., y corresponde a menos del 1% de las neoplasias en el hombre.<sup>1</sup>

El riesgo de cáncer de mama en la vida de un hombre es de aproximadamente 1: 1000, en comparación con 1: 8 para una mujer.<sup>(1, 2)</sup> Como es el caso con muchos tipos de cáncer, el diagnóstico de cáncer de mama en hombres está relacionado con la edad, con tasas de incidencia que incrementan proporcionalmente a ésta. La media al diagnóstico es aproximadamente 5 años mayor para los hombres que para las mujeres (67 años vs. 62 años).<sup>1</sup>

La presentación clínica más habitual es de un nódulo retroareolar palpable y no doloroso. Otros signos pueden incluir retracción del pezón, sangrado del pezón, ulceración de la piel y adenopatía axilar palpable.<sup>1</sup> El diagnóstico diferencial se debe hacer con variadas patologías, entre ellas la más frecuente es la ginecomastia.<sup>3</sup>

Si se sospecha el diagnóstico, se deben solicitar estudio de imágenes. El Colegio Americano de Radiología ha publicado Criterios para la evaluación de la mama masculina y recomienda la ecografía como examen inicial para hombres menores de 25 años con una masa mamaria indeterminada y para hombres de 25 años o más o con hallazgos altamente sugerente de malignidad en el examen físico, solicitar mamografía.<sup>4</sup> La confirmación diagnóstica y la etapificación no tiene diferencia con el sexo femenino.<sup>1</sup>

El tipo histológico más prevalente es el carcinoma ductal invasor, siendo los subtipos menos frecuentes: cánceres papilares (en 2 a 3%), cánceres mucinosos (en 1 a 2%), lobulillar (1 a 2%).<sup>5</sup> El carcinoma ductal in situ solo está presente en alrededor del 10% de los casos.<sup>6,7</sup> En el cáncer en hombres es más

probable encontrar receptores de estrógenos positivos y HER2 negativo.<sup>1</sup>

El tratamiento se extrapola a los conocimientos de los estudios en mujeres con cáncer de mama, siendo la cirugía de elección: mastectomía total con estudio de ganglio centinela o disección axilar. La cirugía conservadora en hombres aún es indicada en pocos casos, aunque no existe contraindicación en etapas tempranas.<sup>6,7,8</sup>

Radioterapia, quimioterapia, terapia anti HER-2 y hormonoterapia también se planifica basado en estudios de mujeres con cáncer de mama.<sup>9,10</sup>

Las tasas de supervivencia general no ajustadas son más bajas que para las mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, gran parte de esta diferencia puede explicarse por un diagnóstico en etapa más avanzada de la enfermedad y una mayor edad al momento del diagnóstico, así como una menor esperanza de vida en general para los hombres que para las mujeres.<sup>11,14</sup> El indicador pronóstico más importante es el estadio en el momento del diagnóstico y la afectación de los ganglios linfáticos. La tasa de supervivencia general a 5 años es de alrededor del 40-65%.<sup>15,16,17</sup> Sin embargo, cuando se evalúa según la etapa en el momento del diagnóstico; la tasa de supervivencia a 5 años es 75-100% para la etapa 1, 50-80% para la etapa 2, y se reduce a 30-60% para la etapa 3.<sup>15</sup>

## Objetivo

Presentar la casuística del cáncer de mama en pacientes masculinos en el Hospital Regional de Talca, describiendo la incidencia, la forma de presentación, la histología, el tipo de tratamiento y mortalidad de la muestra.

## Método

Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de cáncer de mama en hombres que han

sido tratados y seguidos en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Talca, desde el 01 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Se realiza una revisión bibliográfica para actualizar el conocimiento acerca de la enfermedad.

## Resultados

En el tiempo comprendido entre enero 2011 y diciembre 2021, hubo 9 casos de cáncer de mama en hombres. El promedio de edad al diagnóstico fue de 63 años, y todos eran pacientes de 50 o más años (con un rango de edad de 50 a 76 años).

El 100% de los pacientes consultó por un nódulo mamario autopalpado. El tamaño promedio en el examen físico fue de 30 mm. (Rango de 17 a 55 mm).

El 78% de los pacientes fueron diagnosticados por biopsia core y el 22% como hallazgo en la biopsia de la pieza operatoria de tumorectomías en pacientes con diagnóstico de patología benigna.

Dos pacientes presentaron un estudio de diseminación positivo al momento del diagnóstico y uno tenía el diagnóstico de un cáncer de colon metastásico sincrónico.

La histología más frecuente fue carcinoma ductal invasor (56%), seguido de carcinoma tubular invasor (22%) y carcinoma ductal in situ (11%) (Figura 1). La inmunohistoquímica en el 100% de los casos fue receptor de estrógeno y progesterona positivo.

El 22 % fueron etapificados como estadio 0 (Tis), 11 % estadio I, 33% estadio IIA, 11% estadio IIB y 22% estadio IV.

La cirugía en el 56% de los casos fue mastectomía total con disección axilar, y en 33% fue mastectomía total sin estudio axilar. En un paciente se decidió no realizar tratamiento quirúrgico por su diagnóstico y etapificación previa de cáncer de colon. (Figura 2)

De los 5 pacientes en los cuales se decidió estudio axilar (disección axilar), el 20% tenía

compromiso ganglionar.

A 4 pacientes se les realizó tratamiento adyuvante con quimioterapia (44%), y 1 requirió además radioterapia (ver figura 2). Un paciente mantuvo su tratamiento oncológico previo de cáncer de colon. En el seguimiento, solo 2 pacientes han fallecido.

## Discusión

El cáncer de mama en hombres representa alrededor del 1% de todos los cánceres de mama. En el Hospital Regional de Talca, durante los meses estudiados, se diagnosticaron 9 casos de cáncer de mama en hombres. Esto equivale al diagnóstico de 0,8 paciente por año, que representa el 0,5% de los cánceres atendidos en nuestro Hospital, debido a que atendemos alrededor de 150 casos por año.

La histología más frecuente coincide con la descrita en la literatura, siendo el carcinoma ductal invasor el que predomina en el 56% de nuestros casos y la similitud del porcentaje de incidencia del carcinoma ductal in situ (11%) con el reportado en los trabajos con mayor número de casos.

La inmunohistoquímica concuerda con las descripciones de la literatura, con 100 % de pacientes con receptores hormonales positivos (estrógeno y progesterona). No tenemos datos HER2 de todos nuestros pacientes, debido a que esta técnica se incorporó durante el transcurso de los años considerados para este estudio.

Dos de nuestros pacientes (22%) fueron diagnosticados con cáncer en base a la biopsia de la pieza quirúrgica de patologías consideradas benignas al inicio del estudio. En una de ellas se realizó biopsia Core previamente, que describe una proliferación epitelial atípica, motivo por el cual, se decidió realiza una tumorectomía con el diagnóstico de carcinoma papilar bien diferenciado, realizando posteriormente una mastectomía. El segundo caso ingresa para una adenectomía por diagnóstico

de ginecomastia, en el cual se diagnostica un carcinoma ductal in situ, el cual completa su tratamiento quirúrgico. Vale la pena destacar, que el principal diagnóstico diferencial del cáncer de mama en hombres, es la ginecomastia, de ahí radica la importancia del estudio de imágenes y ante características sospechosas, realizar estudio histológico.

La etapificación se realizó siguiendo las pautas para cáncer de mama en mujeres con normativa TNM.

El tratamiento de elección es la cirugía, realizando una mastectomía total en el 100% de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico y estudio axilar no fue necesario en el 33% debido a la histología de la biopsia core. En un paciente se decidió realizar una mastectomía de aseó, debido a su cáncer de colon avanzado. Aún en nuestro centro no se ha realizado tratamiento conservador a ningún paciente masculino, debido que los estudios aun son controversiales. Y si bien, el estudio axilar se puede realizar con ganglio centinela o disección axilar, en nuestro Hospital, en 100% de los pacientes que requerían estudio axilar, se indicó el estudio con linfadenectomía axilar, debido al examen físico inicial.

La terapia adyuvante con quimioterapia y radioterapia se indicó según los criterios del comité oncológico, siguiendo las pautas que se pueden extrapolar a estudios realizados en cáncer de mama en mujeres. La indicación de hormonoterapia también fue discutida en comité, siendo el tamoxifeno el fármaco indicado en el 100% de los casos, debido a que los inhibidores de aromatasa en el hombre tienen una eficacia poca clara y tienen un uso limitado.<sup>1,18,19</sup>

Es de importancia el estudio genético en nuestros pacientes hombres, debido a que las mutaciones BRCA aumentan el riesgo de cáncer de mama masculino.<sup>1,20</sup> En ninguno se pudo realizar, debido a las limitaciones económicas que debe costear el propio paciente.

Con respecto al pronóstico, se hace evidente

que la afectación ganglionar es de vital importancia, debido a que los dos pacientes fallecidos hasta diciembre 2021, uno presentaba compromiso axilar (12/18 ganglios) y el segundo un cáncer de colon concomitante.

## Conclusión

Si bien es cierto que el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, y es en este contexto es donde ha habido grandes avances en cuanto a alternativas terapéuticas, en el hombre, al ser una patología poco prevalente hay pocos estudios al respecto, en donde frecuentemente los ensayos de cáncer de mama excluyen a hombres, y es por ello que las recomendaciones de tratamiento en estos últimos, son extrapolaciones de resultados en estudios en mujeres. Por lo anterior, se hace necesaria la comprensión de la biología de la enfermedad para identificar diferencias entre cáncer de mama en hombres y cáncer de mama en mujeres y determinar si estas tienen implicaciones terapéuticas.

## Bibliografía

1. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004; 101: 51-7.
2. Key statistics for breast cancer in men: cancer facts & figures 2018. Atlanta: American Cancer Society, 2018 ([https:// www .cancer .org/ cancer/ breast-cancer](https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer)).
3. Williams MJ. Gynecomastia: its incidence, recognition and host characterization in 447 autopsy cases. *Am J Med* 1963; 34: 103-12.
4. Mainiero MB, Lourenco AP, Barke LD, et al. ACR appropriateness criteria evaluation of the symptomatic male breast. *J Am Coll Radiol* 2015; 12: 678-82.
5. Vermeulen MA, Slaets L, Cardoso F, et al. Pathological characterisation of male breast cancer: results of the EORTC 10085/ TBCRC/

- BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. *Eur J Cancer* 2017; 82: 219-27.
6. Leone JP, Leone J, Zwenger AO, Iturbe J, Leone BA, Vallejo CT. Locoregional treatment and overall survival of men with T1a-b, cN0M0 breast cancer: a population-based study. *Eur J Cancer* 2017; 71: 7-14.
  7. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-32.
  8. Fogh S, Kachnic LA, Goldberg SI, Taghian AG, Powell SN, Hirsch AE. Localized therapy for male breast cancer: functional advantages with comparable outcomes using breast conservation. *Clin Breast Cancer* 2013; 13: 344-9.
  9. Korde LA, Zujewski JA, Kamin L, et al. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. *J Clin Oncol* 2010; 28: 2114-22.
  10. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. NCCN guidelines for breast cancer. 2017 ([https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx#breast](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#breast)).
  11. Greif JM, Pezzi CM, Klimberg VS, Bailey L, Zuraek M. Gender differences in breast cancer: analysis of 13,000 breast cancers in men from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol* 2012; 19: 3199-204.
  12. Anderson WF, Jatoi I, Tse J, Rosenberg PS. Male breast cancer: a population-based comparison with female breast cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28: 232-9.
  13. Scott-Conner CE, Jochimsen PR, Menck HR, Winchester DJ. An analysis of male and female breast cancer treatment and survival among demographically identical pairs of patients. *Surgery* 1999; 126: 775-80.
  14. Miao H, Verkooijen HM, Chia KS, et al. Incidence and outcome of male breast cancer: an international population-based study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 4381-6.
  15. Yalaza M, Inan A, Bozer M. Male Breast Cancer. *Meme Sagligi Dergisi / Journal Of Breast Health*. 2016; 12:1-8.
  16. Cutuli B, Lacroze M, Dilhuydy JM, Velten M, De Lafontan B, Marchal C, Resbeut M, Graic Y, Campana F, Moncho-Bernier V. Male breast cancer: results of the treatments and prognostic factors in 397 cases. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 1960-1964. (PMID: 8562148)
  17. Ribeiro GG, Swindell R, Harris M, Baerjee S, Cramer A. A review of the management of the male breast carcinoma based on an analysis of 420 treated cases. *Breast* 1996; 5:141-146.
  18. Harlan LC, Zujewski JA, Goodman MT, Stevens JL. Breast cancer in men in the United States: a population-based study of diagnosis, treatment, and survival. *Cancer* 2010; 116: 3558-68.
  19. Eggemann H, Ignatov A, Smith BJ, et al. Adjuvant therapy with tamoxifen compared to aromatase inhibitors for 257 male breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 137: 465-70.
  20. Martnez-Bouzas C, Beristain E, Guerra I, et al. CHEK2 1100delC is present in familial breast cancer cases of the Basque Country. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 103: 111-3.
  21. Wasielewski M, den Bakker MA, van den Ouweland A, et al. CHEK2 1100delC and male breast cancer in the Netherlands. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 116: 397-400.

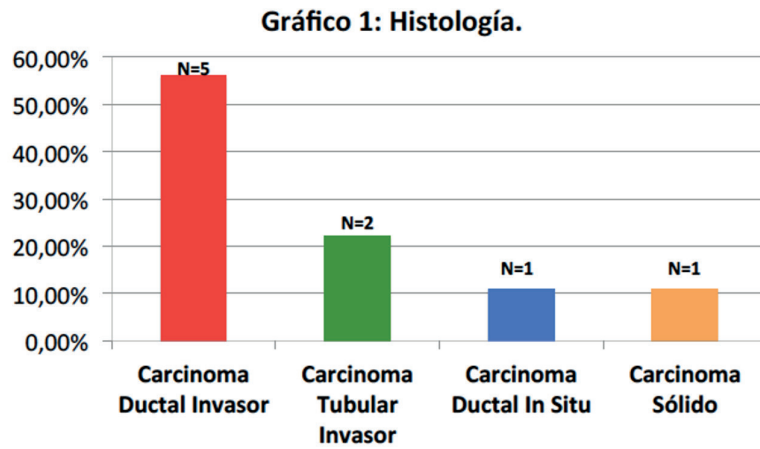
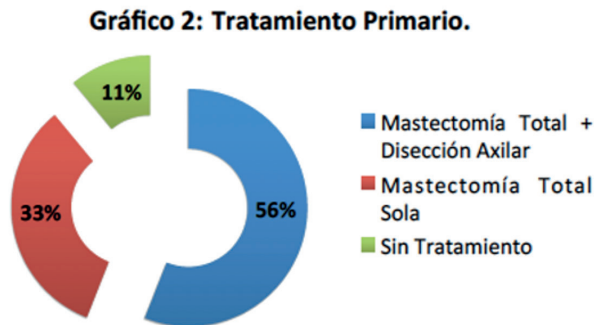


Fig 1. Tipos Histológicos reconocidos en los pacientes.



### Gráfico 3: Tratamiento Adyuvante (n=5).

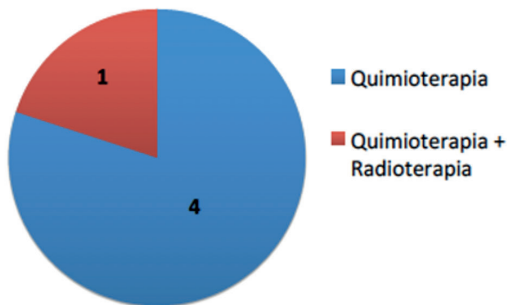


Fig 2. Tratamiento primario quirúrgico y posterior tratamiento adyuvante.