

112402



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

19

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.A.

CANCER DE MAMA EN HOMBRES: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS EN LA UNIDAD DE TUMORES MAMARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

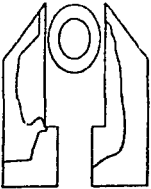
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO CENTRALIZADO



T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
CIRUGIA ONCOLOGICA
P R E S E N T A
DR. ISMAEL PADILLA PONCE

DIRECCION DE ENSEANZA

ASESOR: DR. ERNESTO SANCHEZ FORGACH



MEXICO, D.F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORES:

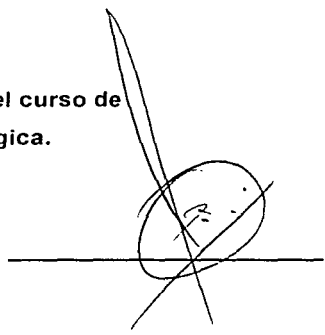
Dr. ISMAEL PADILLA PONCE.

**Médico Residente del tercer año del curso de
Especialización de Cirugía Oncológica.**

Hospital General de México

padillaponce@hotmail.com

Tel: 55 88 01 00 Ext. 1073



Dr. ERNESTO SACHEZ FORGACH.

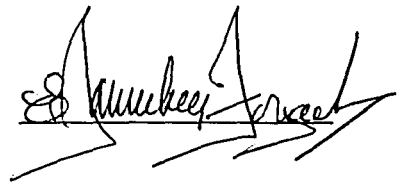
Médico adjunto a la unidad de Tumores Mamarios.

Servicio de oncología.

Hospital General México.

Asesor y Director de Tesis.

Teléfono: 55 88 01 00 Ext. 1073



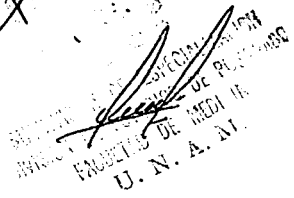
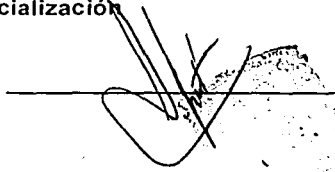
DR. ALFONSO TORRES LOBATON

Consultor técnico del servicio Oncología.

Hospital General de México.

**Profesor titular del curso de Especialización
en Oncología Quirúrgica.**

Teléfono: 55 88 01 00 Ext. 1073



INDICE:

ANTECEDENTES:.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVO GENERAL:.....	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	9
DISEÑO Y DURACIÓN:.....	10
RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:.....	11
RECURSOS DEL ESTUDIO:.....	12
CONSIDERACIONES ETICAS:.....	13
MATERIAL Y METODOS:.....	14
RESULTADOS:.....	16
DISCUSION:.....	22
CONCLUSION:.....	26
GRAFICOS:.....	27
BIBLIOGRAFIA:.....	33

RESUMEN:

Se analizaron 15 casos de pacientes masculinos con diagnóstico de cáncer mamario tratados en la unidad de tumores mamaros del servicio de oncología del Hospital General de México OD. Su frecuencia fue del 0.7 %, el síntoma más frecuente fue la tumoración mamaria que se presentó en un 100%. El tamaño del tumor promedio fue de 5.7 cm. con una duración media de los síntomas de 15.9 meses, la mama izquierda fue la mayormente afectada en un 60 %. Se localizó la tumoración retroareolar en 76.9 % y se presentaron metástasis axilares clínicas en un 67 %. El tipo histológico fue el carcinoma canalicular infiltrante siendo moderadamente diferenciado en un 45.7 %, el estadio clínico III fue el que predominó en un 60 %, todos los pacientes recibieron tratamiento multidisciplinario realizándose tratamiento quirúrgico en 8 pacientes 53.4 %, 2 pacientes MRM 25 % y 6 pacientes MRC 75 % no presentando diferencia en el control local, 1 paciente presentó enfermedad sistémica por ganglios supraclavicular presentando un pronóstico mortal a corto plazo y en la actualidad se tiene 4 pacientes en control sin actividad tumoral a un control a 4 años el mayor.

El pronóstico estuvo en relación al retraso en el diagnóstico de la enfermedad, la etapa clínica y grado de diferenciación tumoral.

ANTECEDENTES:

El cáncer de mama en el varón es un problema poco frecuente menos de 1% en México y Estados Unidos, sin embargo, siendo este grave (1), la edad media de presentación en las series notificadas varía entre 60 y 65 años con límites desde la parte media del tercer decenio hasta los primeros años del décimo decenio de la vida (2). Dentro de sus factores predisponentes parece incrementar el riesgo la feminización de origen genético o por exposición ambiental, se ha atribuido el problema a diversos trastornos que sugieren reducción de la función testicular, como orquitis, criptorquidea, lesión traumática testicular, síndrome de Klinefelter lo mismo que la exposición a estrógenos en exceso, como sucede en caso de disfunción hepática y de ingestión de estrógenos (3), es motivo de controversia la relación de la ginecomastia, pero es plausible por que éste es un signo de feminización (1).

La susceptibilidad familiar al cáncer mamario es compartida por varones y mujeres, pero las pruebas en los varones son fragmentarias. Diversos informes comprueban la enfermedad en miembros varones de la familia estrechamente relacionados y en los varones que pertenecen a las familias proclives de dicho tumor (4,5), mas aún las mujeres parientes de primer grado de los varones con este padecimiento parecen encontrarse en alto riesgo (6).

Aunque son importantes los factores de riesgo, estos tienen aplicación limitada. La mayoría de los individuos de cualquier género que presentan cáncer mamario no tienen factores de riesgo manifiestos de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la enfermedad. Mas aún no se han encontrado desequilibrio hormonal en la mayoría de los pacientes del sexo masculino (5,7,8).

Dentro de las manifestaciones la presentación más frecuente es una tumoración localizada a nivel central de la mama en 70 -80% de los casos (9,10,11), el diámetro de la tumoración suele ser de 3.0 a 3.5 cm. pero puede variar entre 0.5 a 12 cm.(10,11,12), se informa cánceres mamarios bilaterales sean sincrónicos o metacrónicos, hasta en 5% de los casos (13). En muchas series institucionales o nacionales mencionan una incidencia igual o mayor en la mama derecha (11,14,15), y en las series recientes mencionan que la duración de los síntomas antes de la presentación fueron de 1 - 8 meses (16), los antecedentes familiares de tales neoplasias en pacientes de primero y segunda grado vario entre 7 y 27 % (9,10,11, 16, 17).

Se identificaron de manera clínica adenopatías axilares sospechosas y metastásicas de 40 - 45 % de los pacientes en el momento de la presentación (12, 18), y se hallan metástasis en los ganglios axilares en los estudios histológicos hasta en un 60% de los casos (12).

La etapa clínica de la enfermedad en el momento que se manifiesta, es muy variable entre las series sobre todo a causa del estudio de poblaciones diferentes durante tiempos distintos y el uso de diversos sistemas de clasificación por etapas se aproxima según el sistema TMN el estadio 0: 0 - 10 %; I: 10 a 20 %; II 30 - 40 %; III: 40 a 50 %; IV: 5 a 15 % (10, 12, 16, 18, 19), y entre las segundas lesiones malignas primarias son de 5 a 15% y consiste en cánceres esperados

en la población masculina, por ejemplo, próstata, tubo digestivo, pulmón y piel (10 11, 16, 17, 20, 21).

De los estudios adjuntos que se utilizan para valorar las lesiones de la mama incluyen mamografía y citología por aspiración con aguja fina (CAAF): Entre las características radiográficas primarias del cáncer mamario del varón está una tumoración excéntrica en relación con el pezón que esta bien definida, bordes espiculados y menos a menudo microcalcificaciones (22,23). De los aspectos citológicos del tumor en el varón son semejantes a los descritos para padecimientos en la mujer (24), sin embargo no son firmes las conclusiones en cuanto a la eficacia de la (CAAF) en el cáncer del varón por la escasa cantidad de pacientes, de todas maneras esta técnica puede ser de utilidad para distinguir entre cáncer mamario en el varón y la ginecomastia y las lesiones metastásicas (24, 25, 26).

Anatomopatológicamente se han identificado virtualmente todos los tipos histológicos conocidos de cáncer mamario en el varón, predominando los carcinomas mamaros invasivos que constituyen el 84 - 93% de los casos. Se observan también otros tipos histológicos especiales (26, 27). El carcinoma ductal in situ (CDIS) es poco frecuente pero comprende hasta el 7% de los casos en algunas series (28). Sin embargo la mayor parte de los carcinomas mamaros en el Varón son de grado histológico alto (10,26).

Los sarcomas mamaros constituyen el 8% de 265 cánceres de la mama masculina diagnosticados en varones en un estudio Danes (26), y el 1.5% en una serie de 198 casos de la ciudad de Nueva York.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los factores de pronóstico más importantes en los casos de cáncer en el varón siguen siendo la etapa clínica y el estado de los ganglios axilares. Se prefiere el sistema TNM para la clasificación por etapas y es el mismo para varones que para mujeres. La curación es virtualmente uniforme en los pacientes con carcinoma no invasivo (Etapa 0).

Como la diseminación más allá de los ganglio regional es indicación de incurabilidad y mal pronóstico, se buscan pruebas de diseminación a distancia durante la valoración del paciente antes de someterlo a tratamiento. De ordinario se toma radiografía de tórax y se efectúan pruebas serológicas de función hepática. Se incluyen una gammagrafía ósea sobre todo si los síntomas sugieren metástasis hacia hueso. La valoración ulterior mediante tomografía computarizada del tórax, abdomen, cabeza depende de los datos iniciales o de la presencia de síntomas sugerentes.

En los casos no diseminados desde el punto de vista clínico, los indicadores más importantes del pronóstico son el tamaño del tumor (estadio T) y la presencia o ausencia de metástasis confirmadas desde el punto de vista histológico en los ganglios linfáticos axilares (estado pN) (17, 29, 30).

Guinne y cols. Analizaron 335 casos recopilados y demostraron supervivencias a cinco años de 90, 73 y 55% en los pacientes que

tenían ganglios linfáticos negativos, uno a tres ganglios positivos, 4 o más ganglios positivos, respectivamente (31).

Ciertos tipos histológicos de carcinoma invasivo se acompañan de un pronóstico relativamente favorable, entre estos están el mucinoso puro, medular, papilar y tubular. Gough y col. Observaron que el grado más alto con lleva supervivencia global más breve (10).

Visfelt y Scheike establecieron el grado de 150 carcinomas mamarios en el varón según el grado de formación túbulos, mitosis y atipias y encontraron la siguiente distribución: Grado I = 29.3%, Grado II = 54%, Grado III = 16.7% y el Grado se relacionaba con toda la claridad con el pronóstico y la supervivencia a 5 años que fueron de 60, 40 y 5% respectivamente (27).

Una diferencia importante entre los cánceres mamarios de varón y de la mujer es la regularidad con la cual se encuentra receptores de estrógenos (RE) en los tumores en el varón. Por lo general, más de un 85% de las malignidades en éste contienen concentraciones clínicamente importantes de RE, lo que los identifica como potencialmente reactivos a las hormonas (32).

El tratamiento inicial de la enfermedad localizada de la mama y de los ganglios axilares consiste en mastectomía con disección de los ganglios (3, 10, 12, 16, 19, 20). En contraste la mastectomía radical era el procedimiento practicado con mayor frecuencia en las series iniciales (3), pero en las series mas recientes son más frecuentes los

procedimiento menos radicales combinando a menudo con radioterapia, como la mastectomía radical modificada o simple (10, 18 19).

La radioterapia postoperatoria varía con amplitud : En algunas series se informa que recibieron tratamiento 5 - 20% de los pacientes (17, 20, 33) en cambio otros informaron proporciones de 60 - 80% (13, 31), no esta claro el valor de la radioterapia ha cambiado en forma considerable durante los 4 últimos decenios, lo que vuelve difícil comparaciones de las series entre unos y otros decenios, sin embargo, existe un acuerdo de que no se logra beneficio alguno para la supervivencia con la radioterapia postoperatoria (10, 34). Y el valor potencial más grande de la radioterapia es en los casos en que se juzga que hay riesgo importante de recidiva locorregional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la frecuencia, presentación clínica, abordaje de diagnóstico y manejo del cáncer mamario en el hombre en la unidad de Tumores Mamaros del servicio de Oncología del Hospital General de México O.D. de enero de 1991 a diciembre 2001?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la experiencia en el manejo multidisciplinario del cáncer de mama en el hombre en la unidad de Tumores Mamaros del servicio de Oncología del Hospital General México O.D.

OJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar cual es la frecuencia, factores predisponentes, presentación clínica y métodos de diagnóstico en el cáncer de mama del hombre.

- Describir los múltiples tratamientos utilizados, que porcentaje fue intervenido quirúrgicamente así como los índices de morbimortalidad, pronóstico y recurrencia en el cáncer mamario en el hombre en la unidad de tumores mamarios del servicio de oncología del Hospital General de México O.D.

DISEÑO Y DURACIÓN:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo en los pacientes que consultaron por primera vez a la unidad de Tumores mamarios del servicio de Oncología del Hospital General México O.D. del carcinoma mamario en hombres entre enero de 1991 y diciembre del 2001.

RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:

A término de este estudio se publicará en algunas de las revistas científicas relacionadas con la Oncología, además de ser presentado en congresos. Por último, como trabajo de tesis por el autor para obtener el diploma de la especialidad de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECURSOS DEL ESTUDIO:

En este estudio se revisaron los expedientes clínicos de la unidad de tumores mamarios del servicio de Oncología del Hospital General de México O.D. de enero del 1991 a diciembre de 2001.

RECURSOS HUMANOS.

Constituyen básicamente el investigador el Dr. Ismael Padilla Ponce y el supervisor el Dr. Ernesto Sánchez Forgach dado de que se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo.

RECURSOS MATERIALES.

Se utilizaron en el estudio papelería de oficina, material de fotocopiado, equipo de cómputo, libros, revistas médicas así como los expedientes clínicos con hojas de cuestionario; Además de usó computadoras para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word y Excel 2000.

RESURSOS FINANCIEROS.

Los recursos financieros de la investigación son proporcionados por los autores y no se requieren de una partida especial.

CONSIDERACIONES ETICAS:

En cuanto a las implicaciones éticas hacemos básicamente dos consideraciones distintas:

La primera es que no se expone ningún momento la integridad física ni moral de los pacientes dado que se trata de un estudio retrospectivo y los resultados no requerirán ser manejados en forma confidencial, por el contrario podrán servir de base para estudios prospectivos.

La segunda es el hecho de realizar procedimientos de laboratorio y gabinete ya estandarizados sin morbilidad aparente y el efectuar un procedimiento quirúrgico para la resolución en forma definitiva o complementaria de la patología mamaria masculina mencionándose en la literatura que estos manejos en manos expertas es seguro y eficaz con muy baja morbilidad, situación que cumplen los cirujanos Oncólogos de la unidad de tumores mamarios del servicio de oncología del Hospital General de México.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo que se realizó revisando todos los expedientes clínicos y pacientes masculinos que ingresaron con el diagnóstico de carcinoma mamario en la unidad de tumores mamaros del servicio de Oncología del Hospital General de México en un periodo de 10 años.

La investigación se llevó a cabo del 01 enero del 1991 al 31 de diciembre del 2001. De los expedientes y pacientes seleccionados se recabó la siguiente información: número de expediente, nombre, edad, antecedentes personales patológicos, factores de riesgo, datos clínicos, método diagnóstico, estadificación, manejo tomando en cuenta tratamientos combinados y tipo de intervención quirúrgica, complicaciones y recidivas así como su pronóstico y seguimiento en la consulta externa. (Anexo 1)

Se incluyó a todos aquellos pacientes que acudieron a la consulta externa con el diagnóstico de cáncer mamario a la unidad de tumores mamaros del servicio de oncología. Los pacientes que llegaron manejados en otra unidad, solo acudieron para continuar con su manejo ya sea de control y recidiva y no fueron excluidos de este estudio.

Los pacientes con cáncer de mama fueron que fueron vistos por primera vez se clasificaron de acuerdo a al TNM de 1992 y 1997 vigente hasta esa fecha y el análisis estadístico se realiza en forma

descriptiva estimando la proporción de los enlaces mediante la obtención de la media de rango, que para mejor comprensión se describirá en tablas de resultados de frecuencia y graficas.

RESULTADOS:

La revisión de 2123 expedientes de primera vez de la consulta externa de la unidad de tumores mamarios del servicio de Oncología del Hospital General de México O.D. Durante un periodo de enero 1991 a diciembre de 2001 se encontraron 15 pacientes masculinos con cáncer mamario entre los 52 y 75 años con una media de 63 años. De todos los paciente solo 3 (20 %) presentaron algún antecedente de importancia, 1 presento mastitis un año previo a su inicio de su sintomatología y 2 pacientes trauma mamario (figura 1).

Los síntomas mas frecuentes fueron tumoración mamaria en los 15 pacientes 100 % de los casos, el tamaño del tumor fue de 3 a 11 cm. con una media de 5.7 cm. excluyéndose los que fueron tratados fuera de la unidad (figura 2). La duración de los síntomas fue de 6 a 36 meses con una media de 15.9 meses agrupándose esta en menor de un año, de uno a 2 años y mayor de 3 años (figura 3).

La mama izquierda fue la mayormente afectada con 9 casos correspondiendo a un 60% y 6 casos la mama derecha 40% (figura 4). La localización mas frecuente fue la retroareolar con 10 casos (76.9%) y solo 3 casos se presentaron en el CSE (23.1%).

La ulceración de la piel se observó en 7 pacientes que correspondió al 53.8%, la fijación a planos profundos en 4 pacientes correspondiendo a un 30.7% y solo un pacientes presentó enfermedad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sistémica por ganglios supraclavicular 6.6 %, dos pacientes recibieron tratamiento fuera del servicio previo a la admisión.

En 10 pacientes (66.7 %) presentaron metástasis axilares clínicas.

La elaboración del diagnóstica se utilizó baaf en 13 pacientes que correspondió al 100%. 2 pacientes ya presentaban diagnóstico los cuales fueron tratados fuera de la unidad y solamente se realizó la revisión de las laminillas, dos pacientes presentaron como diagnóstico de la baaf muestra insuficiente para diagnóstico lo que correspondió al 23.0% y solamente 4 pacientes (30.7%) se les realizó biopsias por trucut a tres pacientes para corroborar diagnóstico y a 1 paciente para solicitarle inmunohistoquímica, en 4 paciente se le solicitó mastografía 34% saliendo clase IV en 2 pacientes, sospechosa en 1 pacientes y lesión benigna en 1 paciente. Se corroboró el diagnóstico en los 4 pacientes con estudio microscópico para la correlación mastográfica.

El tipo histológico mas frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante predominando el carcinoma ductal moderadamente diferenciado, siguiéndole el indiferenciado y con menor frecuencia el bien diferenciado (Tabla 1).

TABLA 1

GRADO HISTOLOGICO	Caso	%
Carcinoma ductal bien diferenciado.	2	13.3%
Carcinoma ductal moderadamente diferenciado	7	45.7%
Carcinoma ductal indiferenciado.	6	40%

Los paciente fueron clasificados conforme al TNM de la UICC de 1989, 1992 y 1997. según la vigencia de la clasificación (Tabla 2).

TABLA 2

Etapa clinica	Casos.	%
Etapa clinica II b.	3 Casos.	20 %
Etapa clinica III a.	2 Casos.	13.3 %
Etapa clinica III b.	7 Casos.	46.7 %
Etapa clinica IV. (Supraclavicular)	1 Caso.	6.7 %
No Clasificables operado fuera de la unidad	2 Casos.	13.3 %

El tratamiento fue diferente en todos los casos y multidisciplinario donde los detalles se describen en la (Tabla 3).

TABLA 3

Etapa clínica	Tratamiento	No. De casos.
EC II 3 Casos.	MRC + QTP 6 Ciclos de FAC. + control sin AT. MRM + QTP 6 Ciclos de FAC. + muerto por IAM.	2 casos. 1 caso.
EC IIIa 2 Casos.	QTP 4 Ciclos AC II + MRM con resección parcial de lecho Quirúrgico + QTP 2 Ciclos AC II + RTP CMC + control sin AT. QTP 4 Ciclos CMF + RTP + perdida.	1 caso. 1 caso.
EC IIIb 7 casos.	QTP 4 ciclos AC II + RTP CMC + AT Muerte por recurrencia sistémica pulmonar a los 10 meses. QTP 4 ciclos CMF + RTP CMC + MRC + QTP CMF Sin AT por 2 años. RTP (falta de recursos para QTP) + MRC con recurrencia sistémica óseas y pulmonar a los 7 meses fallecimiento a los 20 meses por AT. QTP CMF 4 Ciclos + RTP CMC + MRC + CMF 4 Ciclos + HTP + Sobredosis 10 Gy + metástasis óseas + QTP taxol y platino 4 ciclos fallecimiento por AT 2 años. QTP AC II + RTP CMC + incremento por progresión local + QTP de segunda línea Taxol. QTP FAC + progresión sistémica con muerte a los 6 meses por AT. QTP FAC y muerte al termino del 2º ciclo.	1 caso. 1 caso. 1 caso. 1 caso. 1 caso. 1 caso. 1 caso.
EC IV 1 caso.	QTP CMF 4 Ciclos + RTP CMC + MRC + QTP 4 Ciclos sin AT por una año y posteriormente falleció por AT sistémica	1 caso.

	cerebral.	
NC. 2 casos.	Reescisión con RTP local + QTP 2° Línea taxol con progresión sistémica y muerte a los 16 meses con AT RTP + QTP + muerte por AT a los 7 meses.	1 caso. 1 caso

Ningún paciente se encontró en estadio clínico I, 3 pacientes (20 %) se encontraron en estadio clínico II los cuales fueron manejados con MRC en 2 pacientes y 1 paciente con MRM con posterior adyuvancia a todos, 1 falleció a los 2 años por complicaciones de infarto al miocardio y 2 continúan vivos sin datos de actividad tumoral hasta el momento, 9 pacientes (60 %) se encontraron en estadio clínico III los cuales todos fueron manejados desde un inicio con neoadyuvancia que en la tabla 3 se especifica el tratamiento. De estos pacientes 1 se sometió a MRM con resección parcial de músculo pectoral mayor y 3 pacientes fueron tratados con MRC siendo 4 casos inoperables por progresión de la enfermedad local o sistémica, se perdió un paciente después de terminar la QTP Y RTP desconociéndose la causa y un paciente falleció después de haber terminado su 2° ciclo de QTP. La mayoría presentó un pronóstico desfavorable y solamente dos paciente se encuentran vivos sin actividad tumoral, el resto fallecieron por actividad tumoral 3 pacientes por progresión de la enfermedad la cual se presentó durante la consolidación o al término del tratamiento, 2 pacientes presentaron recurrencia a los 10 y a los 7 meses de tipo pulmonar y pulmonar y óseas, 1 paciente se perdió de su seguimiento durante el tratamiento y uno falleció al término de su segundo ciclo desconociéndose su causa.

El paciente que se diagnosticó en EC IV por ganglio supraclavicular el paciente después de QTP Y RTP se realizó una MRC para el control local de la enfermedad con su consolidación correspondiente falleciendo a los 10 meses por metástasis cerebrales.

De los pacientes manejados fuera de la unidad, los 2 fallecieron con actividad tumoral a los 7 meses y 24 meses.

De todos los paciente solamente se sometieron a cirugía 8 pacientes 53.4 %, 2 pacientes 25% a mastectomía radical modificada y 6 pacientes 75% a mastectomía radical clásica con buenos resultados para ambos no encontrando diferencia entre los procedimiento como predictores de recurrencia local.

Solamente 4 pacientes se encuentra vivos sin actividad tumoral, uno con control por 4 años, y los otros 3 con controles de 30 meses, 25 meses y 8 meses con intervalo libre de enfermedad de 36 meses, uno paciente muerto sin actividad tumoral, 1 paciente que se perdió de su seguimiento y 9 pacientes muertos por actividad tumoral. (Figura 33).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION:

En la unidad de tumores mamarios del servicio de Oncología del Hospital General de México O.D. entre los años 1991 al 2001 se revisaron anualmente en promedio 213 expedientes de primera vez por año con un total de 2123 casos en 10 años con el diagnóstico de cáncer de mama excluyéndose la patología benigna, se presentaron en promedio 1 a 2 pacientes de sexo masculino por año correspondiendo al 0.4 al 0.9 % dependiendo del año dato inferior al reportado en la literatura médica que es de 1 % (1). Hay cifras mayores de frecuencia de carcinoma de mama en el hombre las cuales fueron observadas en Egipto 5%, Dinamarca 8%, India y africa 15% (35).

En nuestro estudio solamente 3 pacientes (20 %) se encontraron algún antecedente de importancia. La etiología del cáncer de mama no es conocida, actualmente se seleccionan algunas alteraciones patológicas, genéticas y ambientales conocidas como factores de riesgo, las mas frecuentes son: Hiperestrogenismo exógeno o endógeno, Síndrome de Klinefelter, antecedentes familiares de cáncer mamario, radiación, ginecomastia, orquitis, trauma (1-3).

El cáncer de mama se puede presentar desde los 30 años hasta los 100 años con una edad media de 60 a 65 años siendo similar a la del estudio con una media de 63 años (52 – 57 años).

La mama izquierda fue la mayormente afectada 9 casos (60 %) mencionándose en las series con una incidencia igual en ambas

mamas o mayor en la mama derecha (11, 14, 15). La localización mas frecuentes fue la retroareolar (central) 10 casos (76.9 %) siendo similar a los casos reportados en la literatura. (Figura 3)

El tamaño del tumor fue entre 3 a 11 cm. con una media de 5.7 cm. estando similar en la literatura (10, 11, 12) (Figura 4)

La duración de los síntomas fue de 5 meses a 3 años con una media de 15.9 meses siendo mucho mayor que en la literatura (11). Sin embargo en un estudio multicentrico de Crichlow quien reunió a 1228 casos de cáncer de la glándula mamaria en el hombre, hubo 18 meses de duración de los síntomas coincidiendo los datos de nuestro estudio obtenidos. En 10 pacientes 66.7 % presentaron metástasis axilares clínicas siendo poco superior a lo reportado en la literatura (12, 18).

En la realización del diagnostico se utilizo Baaf en el 100 % siendo en 2 pacientes insuficiente la muestra 23 % y solamente en 4 pacientes se realizó Trucut (30.7 %) y se utilizó en 4 pacientes mastografía 34 % reportándose clase IV en 2 pacientes lesión sospechosa y un pacientes con lesión benigna. Siendo un estudio de gran utilidad en etapas tempranas y ofrece las mismas dificultades de diagnostico que en la mujer no datos para correlacionar estados comparativos.

El cáncer mas frecuente es el carcinoma ductal infiltrante predominando el carcinoma moderadamente diferenciado y el

indiferenciado (Tabla 1). Siendo los datos similares a la literatura (10, 26).

La etapa clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico fue EC 0: 0 %, I - 0 %, II 33.3 %, III 46.7 %, IV 6.7 %, NC: 13.3 %, siendo similar en la literatura (10, 12, 16, 18, 19). (tabla 2).

El tratamiento fue diferente en cada caso y multidisciplinario en todos los casos. El tratamiento quirúrgico de un inicio sin adyuvancia se realizó en 3 pacientes 20 %, en 2 pacientes MRC y en 1 pacientes MRM posteriormente recibiendo adyuvancia por ganglios positivos. En un paciente que fue tratado fuera de la unidad se le realizó reescisión posteriormente recibiendo adyuvancia por la recurrencia. Los otros 12 pacientes (80 %) se consideraron inoperables de un inicio por lo que se sometieron a neoadyuvancia ya sea con QTP o RTP o ambas dependiendo de la respuesta operándose otros 5 pacientes 4 con MRC y 1 con MRM haciendo un total de 8 pacientes 53. 4 %, 2 con MRM con resección parcial del pectoral mayor 25 % y 6 pacientes con MRC 75 % no presentándose diferencia significativa para la recurrencia cifras ligeramente aumentadas a la literatura (13, 31).

Solamente 4 pacientes se encuentra vivos sin actividad tumoral, un paciente con un control por 4 años, y los otros 3 pacientes con controles de 30 meses, 25 meses y 8 meses con intervalo libre de enfermedad de 36 meses, uno paciente muerto sin actividad tumoral, 1 paciente que se perdió de su seguimiento y 9 pacientes muertos por actividad tumoral. (Figura 7).

Aunque los resultados son desfavorables dado la historia natural de la enfermedad, la agresividad mayor que en las mujeres y los estadios avanzados en que se presentan cuando son diagnosticados son satisfactorios y comparables con la literatura. (27, 31).

CONCLUSION:

En la unidad de tumores mamarios del servicio de oncología del Hospital General de México OD. el tratamiento que predominó fue el multidisciplinario en todos los casos, el tratamiento quirúrgico es la mastectomía radical clásica Halsted. Sin embargo cuando se encuentra infiltrado el músculo pectoral mayor en una forma muy mínima la mastectomía radical modificada es la elección, en ningún paciente se utilizó la castración como parte del manejo de la supresión hormonal y solamente en casos muy especiales el tamoxifen tiene utilidad a pesar de receptores hormonales positivos, el pronóstico del cáncer de mama en el hombre en general es más desfavorable que en la mujer y las causas son el retraso en el diagnóstico, el curso natural de la neoplasia en un tejido mamario rudimentario, y en la mayoría de las veces la localización retroareolar es lo que favorece la invasión local y diseminación ganglionar.

GRAFICOS:

DURACION DE LOS SINTOMAS

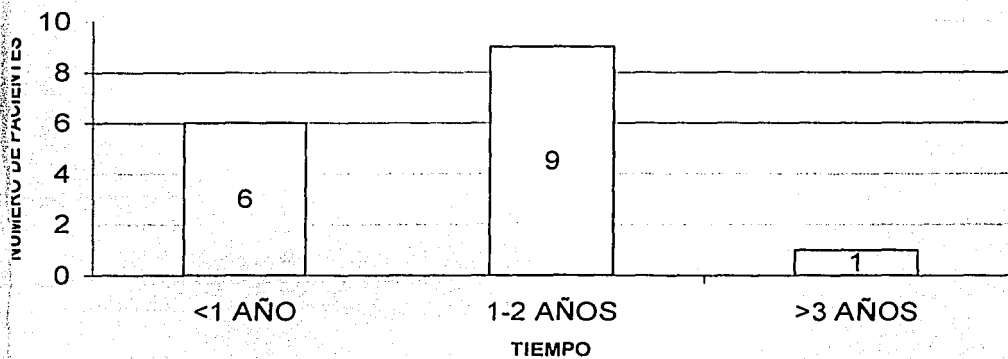


FIGURA 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

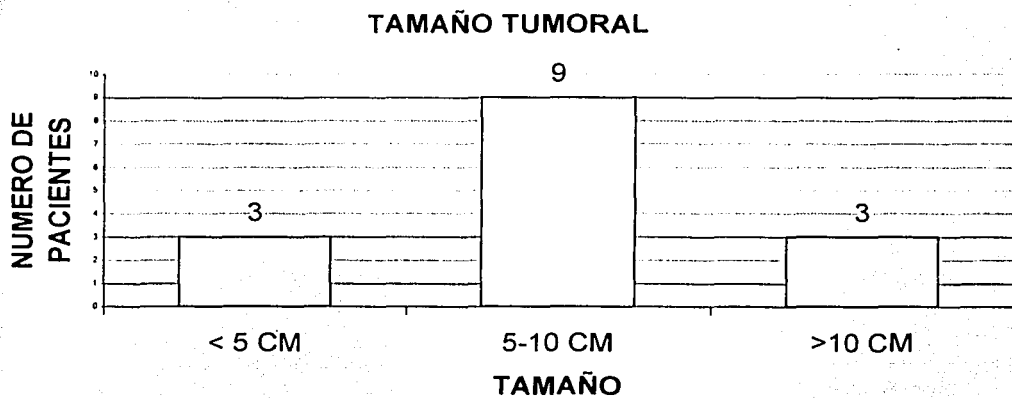


FIGURA 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SITIO

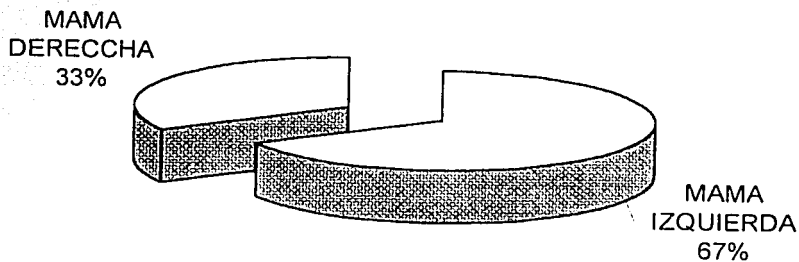


FIGURA 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

LOCALIZACION

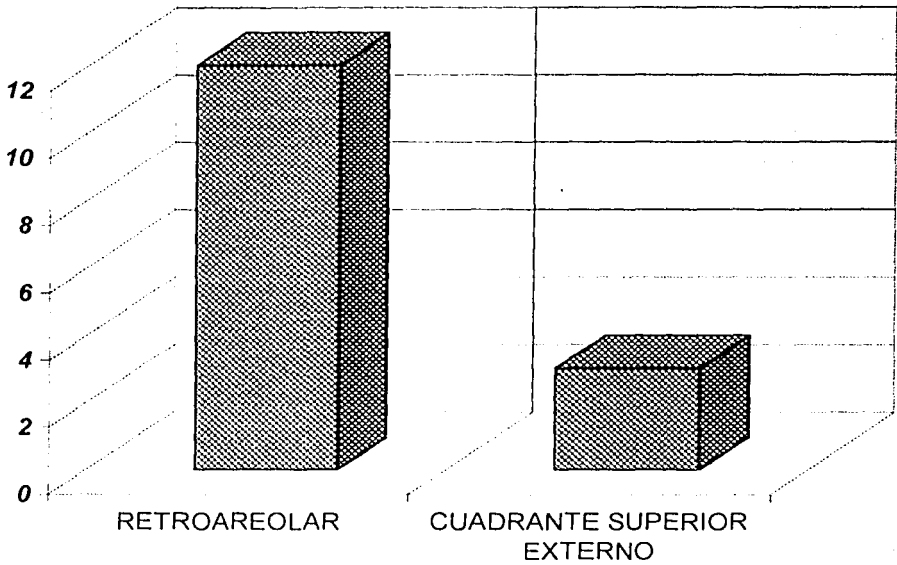
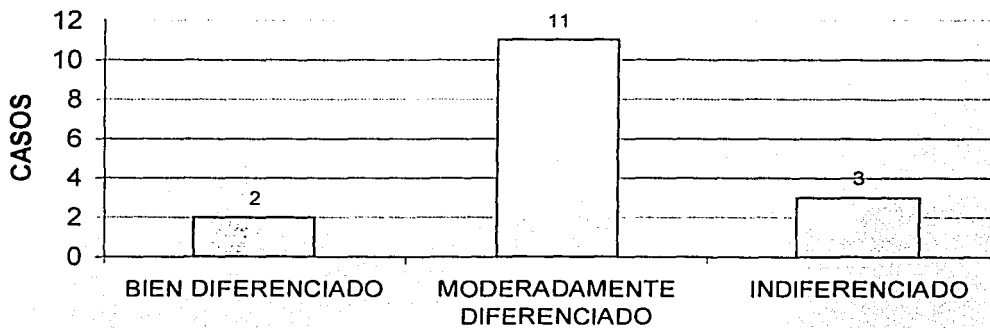


FIGURA 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRADO HISTOLOGICO**FIGURA 6**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUIMIENTO CANCER DE MAMA HOMBRES

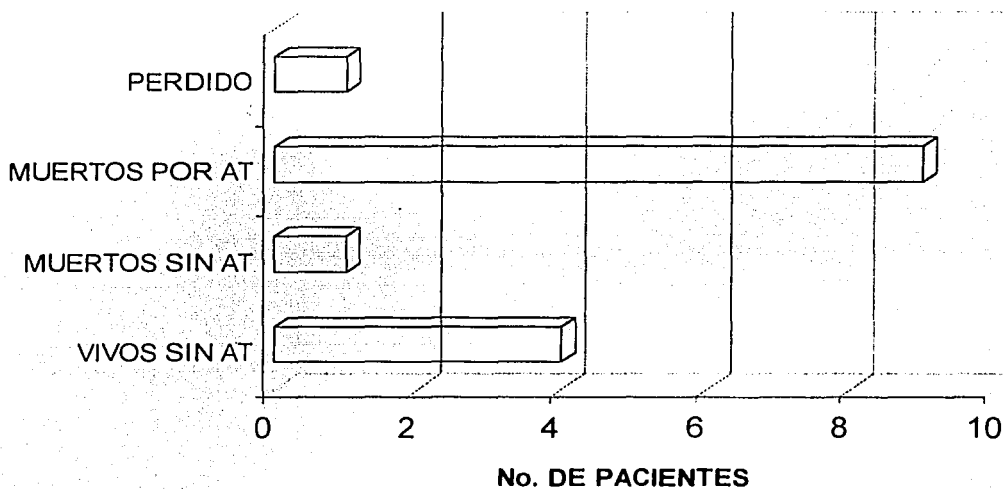


FIGURA 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA:

1. William L, Donegan y Philip N. Redlich. Carcinoma of the male breast. Surg Clin North Am. Vol 2: 339-358 1996.
2. Osteen RT, Karnell LH: The national cancer data base report on the breast cancer. Cancer 73: 1994-2000, 1994.
3. Donegan W, Redlich P. Breast cancer in Men. Surgical Clinics of North America: Vol 76, No 2, 1996.
4. Demeter JG, Waterman NG, Verdi GO: familial male breast carcinoma. Cáncer 654: 2342-2343, 1990
5. McAllister MF; Evans DG; Ormiston; Daly P. Men in breast cancer families: a preliminary qualitative study of awareness and experience J Med Genet 1998 Sep; 35 (9): 739 - 44..
6. Olsson H, Andersson H, Johansson O, et al: Population-based cohort investigation of the risk for malignant tumors in first-degree relatives and wives of men with breast cancer. Cáncer 71: 1273-1278 1993.
7. Cassagrande JT, Hanisch R, Pike MC et al.: A case-control study of male breast cancer. Cancer res 48: 1326-1330, 1998.
8. Kessler LRS II: Selected aspects of the breast cancer etiology and epidemiology [abstract] Proc Am Assoc Cancer Res 21: 72, 1980.
9. Donegan WL. Cáncer of the male breast. J Genit Specif Med 2000 May - Jun; 3 (4): 55 -58.

10. Gough BD, Donohue JH, Evans MM, et al: A 50 year experience of male breast cancer: is outcome changing? *Surg Oncol* 2: 325-333, 1993.
11. Hodson GR, Urdanate LF, A - Jurf AS, et al, Male breast carcinoma. *Am, surg* 51: 47-49, 1985.
12. Van geel AN, Van slooten EA, Maurunac M, et al : A retrospective study of male breast cancer in holland *Br J Surg* 72 : 724-727, 1985.
13. Spence RAJ, Mackenzie G, Anderson JR, et al: long- term survival following cancer of the male breast in northern ireland, *Cancer* 55:648-652, 1985.
14. Sulzok Z, Kves I: male breast tumors. *Eur J Surg Oncol* 19 (suppl 1): 581-186, 1993.
15. Vercoutare AL, O'Connell Tx: Carcinoma of the male breast: An update: *Arch Surg* 119: 1301 - 1304, 1984.
16. Sandler B; CarmanC, Perry RR: Cancer of the male breast. *Am Surg* 60:816-820, 1994.
17. Salvadori B, Saccozzi R, Manzari A, et al: Prognosis of breast cancer in males: An analysis of 170 cases. *Eur J Cáncer* 30^a: 930-935, 1994.
18. Ribeiro G: Male breast carcinoma--A review of 301 cases from the Christie Hospital and Hold Radium institute, Manchester. *Br J Cáncer* 51:115-119, 1985.
19. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, et al: Current management of male breast Cáncer: A review of 104 cases. *Ann Surg* 215::451-459, 1992.

20. Digenis AG, Ross CB, Morrison JG, et al: carcinoma of the male breast: A review of 41 cases. *South Med J* 83: 1162-1167, 1990.
21. Hultborn R, Friberg S, Hultborn KA: Male breast carcinoma. I: A study of the total material reported to the swedish cancer registry 1958-1967 with respect to clinical and histopathologic parameters. *Acta Oncol* 26: 241-256, 1987.
22. Cooper RA, Gunter BA, Ramamurthy L: mammography in men. *Radiology* 191: 651-656, 1994.
23. Newman J. Breast cancer in men and mamography of the male breast. *Radiol Technol* 1997 Sep – Oct; 69 (1): 17-28.
24. Sneige N, holder PD, Kats RL, et al: Fine-needle aspiration cytology of the male breast in a cancer center. *Diagn Cytopathol* 9: 691-697, 1993.
25. Bhagat P, Kline TS: The male breast and malignant neoplasms: Diagnosis by aspirationbiopsy cytology. *Cáncer* 65: 2338-2341, 1990.
26. Gupta RK, Naran S, Dowle CS, et al: the diagnostic impact of needle aspiration cytology of the breast on clinical decision making with an emphasis on the aspiration cytodiagnosis of male breast masses. *Diagn Cytopathol* 7:637-639, 1991.
27. Visfelt J, Scheke O: Male breast cáncer: I. Histologic tiping and grading of 187 Danish cases. *Cáncer* 32: 985-990, 1973.
28. Heller KS, Rosen PP, Schottenfeld D, et al: Male breast cáncer: A clinicopathologic study of 97 cases. *Ann Surg* 188: 60-65, 1978.

29. Lartigau E, el- Jabbour JV, Dubray B, et al: Male breast carcinoma: A single center report of clinical parameters. Clin Oncol 6:162-166, 1994.
30. Winchester DJ, goldschmidt RA, Khan SJ, et al: Flow cytometric an molecular prognostic markers in male breast carcinoma patients. Presented at the 46 th Annual Cáncer Symposium of the Society of Surgical Oncology, Los Angeles, March 18-21, 1993.
31. Guínee VF, Olsson H, Moller T, et al: The pronosis of breast cáncer in males: A report of 335 cases. Cancer 71: 154-161, 1993.
32. Rogers S, Day CA, Fox SB: Expression of cathepsin D and estrogen receptor in male breast carcinoma. Hum Pathol 24: 148-151, 1993.
33. Ciatto S, lossa A, Bonardi R, et al: Male breast carcinoma: review of multicenter series of 150 cases. Tumori 76: 555-558, 1990.
34. Erlichman C, Murphy KC, Elhakim T: Male breast cáncer: A 13 year review of 89 patients. J Clin Oncol 2: 903- 909, 1984.