

### CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO.

#### CASO CLÍNICO

#### RESUMEN

**María Paz Vintimilla Cazorla, MD**

Médico Posgradista de Medicina Interna  
Instituto Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA

ORCID: 0000-0002-4517-5897

**Karla Marilyn Obando Cuero, MD**

Médico Residente Servicio de Anatomía Patológica Instituto Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA

ORCID: 0000-0003-1746-6678

**Angelica Solange Bravo Torres, MD**

Médico Residente Servicio de Anatomía Patológica Instituto Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA

ORCID: 0000-0002-6937-8568

**Jessica Cecilia Andrade Rendón, Dra**

Médico Tratante Servicio de Anatomía Patológica Centro de diagnóstico Patológico

ORCID: 0000-0001-7617-1445

Año  
2021

**Introducción:** El carcinoma mamario representa un 0,2 % a un 1,5% de todos los cánceres en el hombre. Los factores que predisponen son: la exposición a la radiación, enfermedades relacionadas con el hiperestrogenismo, obesidad, administración de estrógenos y genético. Su diagnóstico suele ser tardío y en etapas avanzadas.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente masculino con Carcinoma ductal infiltrante en mama izquierda.

**Metodología:** Estudio, revisión de historia clínica y discusión de un caso clínico seguido en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), Guayaquil.

**Caso:** Varón de 69 años de edad que presentó tumor en mama izquierda, con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma ductal infiltrante grado histológico 2. Dentro el plan de manejo se realizó mastectomía radical modificada izquierda y se instauró quimioterapia.

**Conclusión:** Por el carácter infrecuente de esta patología, se diagnostica en estadios avanzados, debido a que no existen métodos de pesquisa eficaces.

**Palabras clave:** Carcinoma, ductal, mama, masculino.

ISSN: 2737-6486

# INVASIVE DUCTAL CARCINOMA OF BREAST IN A MALE PATIENT

## CLINICAL CASE

### ABSTRACT

#### María Paz Vintimilla Cazorla, MD

Médico Posgradista de Medicina Interna  
Instituto Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA

ORCID: 0000-0002-4517-5897

#### Karla Marilyn Obando Cuero, MD

Médico Residente Servicio de Anatomía Patológica Instituto Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA

ORCID: 0000-0003-1746-6678

#### Angelica Solange Bravo Torres, MD

Médico Residente Servicio de Anatomía Patológica Instituto Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA

ORCID: 0000-0002-6937-8568

#### Jessica Cecilia Andrade Rendón, Dra

Médico Tratante Servicio de Anatomía Patológica Centro de diagnóstico Patológico

ORCID: 0000-0001-7617-1445

Año  
2021

**Introduction:** Breast carcinoma represents 0.2% to 1.5% of all cancers in men. The predisposing factors are: exposure to radiation, diseases related to hyperestrogenism, obesity, administration of estrogens and genetics. Its diagnosis is usually late and in advanced stages.

**Objective:** To present the case of a male patient with infiltrating ductal carcinoma in the left breast.

**Methodology:** Study, review of clinical history and discussion of a clinical case followed at the National Oncology Institute "Dr. Juan Tanca Marengo" of the Society for the Fight Against Cancer (SOLCA), Guayaquil.

**Case:** A 69-year-old male presented with a tumor in the left breast, with a pathological diagnosis of histological grade 2 infiltrating ductal carcinoma. Within the management plan, left modified radical mastectomy was performed and chemotherapy was instituted.

**Conclusion:** Due to the infrequent nature of this pathology, it is diagnosed in advanced stages, since there are no effective screening methods.

**Keywords:** Carcinoma, ductal, breast, male

ISSN: 2737-6486

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma mamario es un tumor maligno, epitelial, sólido, que representa el 0,2 % a un 1,5% de todos los cánceres en el hombre; la mediana demuestra que la edad más común para este tipo de casos es de 61 años de edad. <sup>(1,2,3)</sup>

Entre los factores que más se repiten para tal efecto están los siguientes: exposición a la radiación, enfermedades relacionadas con el hiperestrogenismo como cirro-

sis y síndrome Klinefelter, obesidad, administración de estrógenos y genética. En ese sentido, entre el 15% y el 20% de los pacientes presentan antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario. <sup>(4,5,6)</sup> El peor de los pronósticos sucede al confirmarse que la localización del tumor es central o retroareolar, dado que el varón, al tener menor cantidad de parénquima mamario, presenta invasión linfática axilar precoz. <sup>(4)</sup> En realidad, el diagnóstico suele ser tardío y en etapas avanzadas. <sup>(7,8,9,15)</sup>

Ante el bajo porcentaje de casos de este tipo, se considera de valor científico el reporte de un estudio clínico, descriptivo, retrospectivo realizado en el Instituto Oncológico

Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), Guayaquil.

## CASO CLÍNICO

Corresponde a un hombre de 69 años de edad, sedentario, no fumador, con antecedentes de obesidad y esteatosis hepática moderada; además, cirugía de herniorrafia inguinal; y sin historial de patologías familiares.

Acudió a consulta al descubrir la presencia de un elemento extraño en su mama izquierda, el cual era un tumor de cinco meses de evolución, acompañado de astenia. Al examen físico se observó una leve retracción del complejo areola-pezones, al tiempo que se palpó una masa dura, indolora de aproximadamente tres centímetros en dicho lugar. No se encontró adenopatías axilares ni supraclaviculares. Por lo expuesto, se estadificó clínicamente como T2N0M0, de conformidad con el sistema llamado The tumor-node-metastasis, TNM, por sus siglas en inglés.

Las pruebas de laboratorio demostraron la presencia de un Antígeno Carbohidrato (CA) 15.3 de 41.35U/ml, al tiempo que la ecografía abdominal evidenció hígado sin lesiones focales. En el mismo sentido, la ecografía mamaria mostró lesión tumoral de 3x1.8 cm., heterogénea, mal delimitada, de contornos irregulares y calcificaciones retroareolares. El cuadro fue clasificado como 5, de acuerdo al Breast Imaging Reporting and Data System, BI-RADS. <sup>(10)</sup>. En consecuencia, se tomó la biopsia vía trucut, con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma ductal infiltrante de grado histológico 2.

Se realizó mastectomía radical modificada izquierda (figura 1) más linfadenectomía axilar, con estudio intraoperatorio por congelación de ganglio centinela y ganglio satélite, siendo positivo y negativo para malignidad respectivamente. El informe histopatológico definitivo informó carcinoma ductal infiltrante, grado histológico 2, con moderada formación de túbulos, marcado pleomorfismo nuclear y pocas mitosis. No se observa invasión perineural ni angiolinfática. Con metástasis a 2 de 17 ganglios linfáticos. En conclusión, su estadio patológico según la Clasificación American Joint Committee on Cancer (AJCC): PT2PN1A.

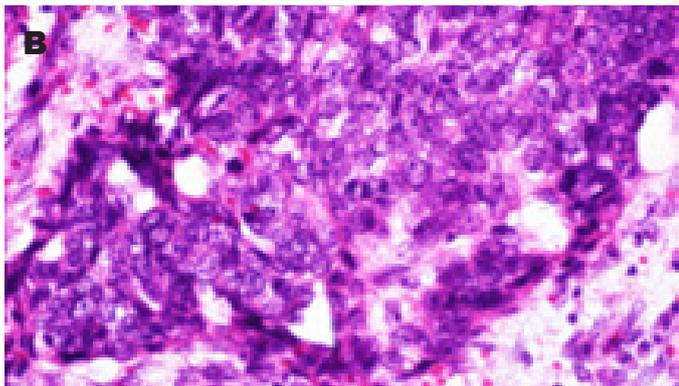
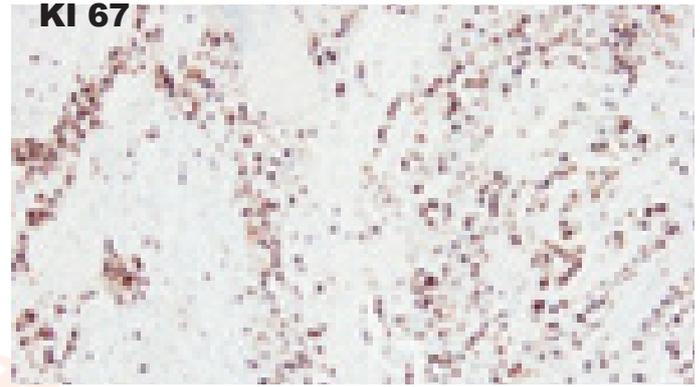
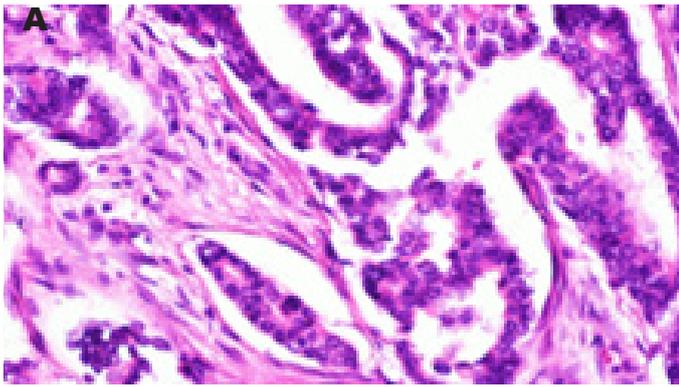
La prueba de Inmunohistoquímica reportó estrógeno (ER) positivo con tinción moderada en el 80% de células neoplásicas, progesterona (PR) positivo con tinción moderada en el 70% de células neoplásicas, KI67 positivo en 60% de células neoplásicas y receptor tirosina-proteína quinasa erbB-2 (HER 2 NEU) positivo++. (Figura 2-3). El servicio de Oncología procedió a realizar el protocolo Docetaxel, Adriamicina y Ciclofosfamida (TAC) aplicando 5 ciclos.

Posteriormente se le realizó tomografía axial computarizada de abdomen simple que reportó nódulo a nivel hepático de 1 cm (figura 4A) sin signos de malignidad.

En un control tomográfico subsecuente se evidenció el aumento de tamaño del nódulo hepático en un 30% (FIGURA 4B) y con el resultado de Silver in situ hybridization (SISH): amplificada (HER2/CR17) 2.2, se decidió discutir el caso en el Comité de Mama en donde resolvieron cambiar el tratamiento Trastuzumab, Pertuzumab y Letrozole con 15 ciclos instaurados hasta la actualidad.

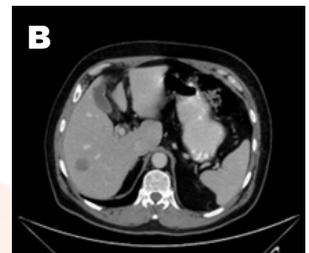
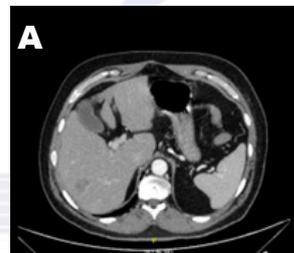
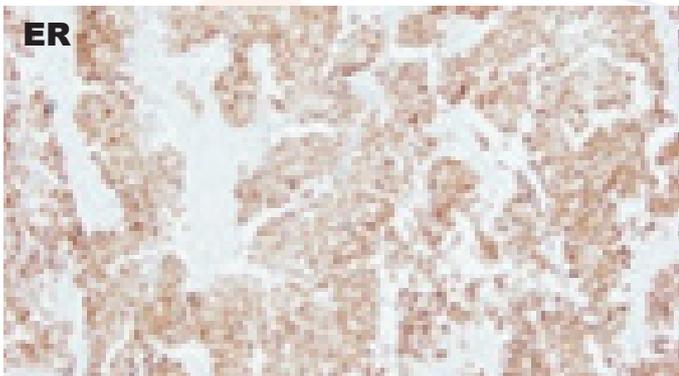


**Figura 1. Aspecto macroscópico de la glándula mamaria izquierda. A. pezón retraído B. tumor espiculado blanquecino a nivel retroareolar. Tomadas en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) por la Dra. María Vintimilla Cazorla**



**Figura 2 A-B, Micrografía, tinción hematoxilina y eosina (H&E). Carcinoma ductal infiltrante grado histológico 2. Se observa moderada formación de túbulos, marcado pleomorfismo nuclear y pocas mitosis. No se observa invasión perineural ni angiolinfática. Tomadas en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) por la Dra. María Vintimilla Cazorla**

**Figura 3. Inmunohistoquímica: ER: positiva tinción moderada / PR: positiva tinción moderada / KI 67: positivo 60% en células neoplásicas / HER 2 NEU: positivo (++)**. Tomadas en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) por la Dra. María Vintimilla Cazorla



**Figura 4. Tomografía axial computarizada de abdomen: A. Formación nodular de 10 mm, hipodensa bordes definidos en el segmento VII del hígado. B. Formación nodular hipodensa de borde regular ya conocida que al momento presenta aumento de su tamaño en un 30% aproximadamente. Tomadas en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) por la Dra. María Vintimilla Cazorla**



## DISCUSIÓN

En los últimos años el número de casos reportados de cáncer de mama en hombres ha aumentado paulatinamente. En el estudio sobre el comportamiento del cáncer de mama a lo largo de 36 años en Chile, Torres et al. describe que 19 de 2300 pacientes correspondieron al sexo masculino. Por otro lado, en un estudio realizado en la ciudad de Quito-Ecuador, se reportó que, de 2080 casos de cáncer de mama, 23 pacientes correspondieron al sexo masculino entre los años 2013 y 2017, demostrando un aumento de casos en un periodo menor a 4 años.<sup>(11,18)</sup>

El síntoma más frecuente es un nódulo duro, fijo y doloroso en el 75% de los casos. Y con menor frecuencia presenta ulceración (27%), retracción del pezón y adenopatías axilares (40-55%).<sup>(14)</sup> En este caso, una de las manifestaciones clínicas fue la ulceración y retracción del pezón.

Según la literatura, el tipo histológico de mayor frecuencia es el carcinoma ductal infiltrante (84.6%),<sup>(14)</sup> en relación con un estudio realizado en Montevideo, en donde todos los pacientes presentaron el mismo tipo histológico.<sup>(12)</sup>

En el estudio inmunohistoquímico el 80% de los casos son positivos para estrógeno y progesterona, el 15% es positivo para HER2NEU, en concordancia con nuestro caso.<sup>(14)</sup> Se debe buscar la amplificación de HER-2 en los casos que resulten indeterminados (positivo ++) por inmunohistoquímica mediante la interpretación del SISH cuyos puntos de cortes son: Positivo: HER-2-Cr17 > 2.2, Indeterminado: HER-2-Cr 1.8-2.2 (en dos conteos) y Negativo: HER-2-Cr 17 < 1.8.<sup>(16)</sup>

La terapéutica a seguir en estos pacientes, debido al escaso tejido mamario, es la mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar o la biopsia de ganglio centinela. Se administra radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia según las guías instauradas para el sexo femenino.<sup>(14,16)</sup> Se recomienda el uso de esquemas en base a antraciclinas y taxanos debido al beneficio clínico y en la supervivencia, independientemente de la expresión de receptores hormonales, el número de ganglios axilares afectados.<sup>(16)</sup> En base a este esquema se instauró en el paciente el protocolo TAC.

La clasificación del sistema TNM de la AJCC en su octava edición indica que los signos clínicos y hallazgos en cirugía e imágenes son suficientes para justificar la metástasis (M1) en ausencia de confirmación patológica.<sup>(17)</sup> A partir de lo anterior podemos inferir que en el presente caso el estadio TNM clínico inicial ante la ausencia de evidencia de metástasis se clasificó como M0, posteriormente en los controles imagenológicos presentó un nódulo hepático evidenciando progresión de su patología, cambiando la estadificación a M1.

Posteriormente el resultado del SISH positivo justificó el fracaso del esquema TAC y la progresión en tamaño del nódulo. Por tal motivo se resolvió cambiar el tratamiento a Trastuzumab, Pertuzumab y Letrozole, por el gran beneficio en la supervivencia libre de recaída en pacientes con tumores que presentan SISH positivo con el uso del anticuerpo monoclonal trastuzumab por un año en combinación con la quimioterapia.<sup>(16)</sup>

## CONCLUSIÓN

Se puede concluir que el cáncer de mama en varones por su carácter infrecuente, hace que se diagnostique en estadios avanzados, debido a que no existen métodos de

pesquisa eficaces y una vigilancia adecuada, por lo tanto, es fundamental garantizar el diagnóstico temprano y el manejo oportuno.

## FINANCIAMIENTO

Este artículo no necesita financiamiento de ningún tipo de institución.

## CORRESPONDENCIA

pazvinti18@hotmail.com  
editor@revistafecim.org

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hicks D, Lester S. Diagnóstico Patológico: Mama. Carcinomas. 2da ed, 2018; p. 238-247.
2. Fletcher C. Diagnóstico Histopatológico de Tumores. Tumores Mamarios. 4ta ed, 2016; p. 1081-1094.
3. Ruíz B, Villalba D, Galli M, Dami H, Ojeda H, Gines A. Cáncer de mama en hombres. Casuística del Instituto Nacional del Cáncer (INC). An Fac Cienc Méd. 2008; Vol. 41, No. 1-2: 51-55.
4. Medina Pérez V, Navarro Otero M, Rodríguez Gómez M. Carcinoma ductal infiltrante de mama en el hombre. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Oct 30]; 13( 2 ): 309-315. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000200012&lng=es).
5. Villafuerte Delgado D, Rodríguez Infanzón O, Sánchez Abdala R. Cáncer de mama en el hombre. Presentación de un caso. Rev. Finlay [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Nov 27] ; 6( 3 ): 251-255. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300009&lng=es).
6. Santiago Pérez J.T, Rivera Valdespino A.C, Gil Valdés D. Carcinoma de mama masculina. Rev Cubana Cir [Internet]. 2018 Mar [citado 2019 Oct 30] ; 57( 1 ): 78-86. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932018000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000100010&lng=es)
7. Velilla CM, Shum TJ, Ávila CJ, Arosemena R. Cáncer de mama en el varón: a propósito de dos casos. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2018; 16(2): 138-141.
8. Alberca Páramo A, Sánchez Forero J, Picón Rodríguez R, Villsanti Rivas N, Pardo García R, Gil Rendo A, et al. Casuística de 10 años de patología mamaria maligna en el varón; Hospital General Universitario de Ciudad Real (España). Cirujano General 2018; 40 (1): 8-12
9. Rivera AM, Espinoza SL, Aguilar RM, Palencia R. Cáncer de mama en hombre: Presentación de caso. Rev. Colomb. Radiol. 2017; 28(4): 4810-5
10. Camacho PC, Espíndola ZV. Actualización de la nomenclatura BI-RADS® por mastografía y ultrasonido. Rev An Radiol México. 2019; 17(2): 100-8.
11. Torres Aja L, Caballero Aja N. Cáncer de mama masculino: estudio de 36 años. Comportamiento en la provincia de Cienfuegos. Rev. Finlay [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Nov 27] ; 6( 4 ): 274-280. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000400004&lng=es).
12. Camejo N, Castillo C, Shiovone A, Alfonso A.L, Amarillo D, Xavier F, et al. Características del cáncer de mama masculino en una población uruguaya. Anfamed [Internet]. 2018 June [cited 2019 Nov 27] ; 5( 1 ): 46-67. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542018000100046&lng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000100046&lng=en). <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2018v5n1a7>
13. Reis LO, Dias FG, Castro MA, Ferreira U. Male breast cancer. The Aging Male. 2011; 14(2), 99-109.
14. Contreras MV, Tien JS, Cárdenas J Á, Arosemena R. Cáncer de mama en el varón: a propósito de dos casos. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2018; 16(2), 138-141.
15. Villar BI, Regí BM. Cáncer de mama en un paciente varón. SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.(Ed. Impr.). 2016; e110-e112.
16. Cárdenas SJ, Valle SA, Arce SC, Bargalló RJ, Bautista PV, Cervantes SG, Valero CV. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión. Colima 2019. Gaceta Mexicana de Oncología. 2019; 18(3): 1.
17. Piñeros M, Parkin DM, Ward K, Chokunonga E, Ervik M, Farrugia H, Brierley J. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information. The Lancet Oncology. 2019; 20(2), e103-e111.
18. Cueva P, Tarupi W, Caballero H. Incidencia y mortalidad por cáncer en Quito: información para monitorear las políticas de control del cáncer. colombino Medicina. 2022; 53(1): e2024929.