

Caracterización del cáncer de mama en el hombre. Experiencia del Hospital Británico de Buenos Aires.

Diego Villalobos*, Héctor Daniel Vuoto*, Juan Alejandro María Isetta*, Lucas Cogorno*, Gabriela Beatriz Candás*, Alejandra Mariel García*, Agustina Gonzalez Zimmermann*, Marcia Sabrina Sigal*, Santiago Acevedo*, Daniela Martinez Denaro*, Agustina Bemí*, Delfina Ocampo*, Juan Luis Uriburu*.

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama en el hombre es una patología poco frecuente, que representa el 1% de todos los tumores malignos masculinos y menos del 1% de todos los carcinomas mamarios, cuyas dos características fundamentales son la aparición tardía y la presentación en estadios avanzados.

Objetivo

Presentar los 38 casos tratados en el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires y comparar los hallazgos con publicaciones anteriores.

Material y método

Estudio retrospectivo de pacientes tratados por cáncer de mama en el Servicio desde enero del 1973 a mayo del 2018.

*Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires.

Agradecimiento al Comité Asesor Científico del Hospital Británico de Buenos Aires.

Correo electrónico:
diegovillalobos2017@hotmail.com

Resultados

Edad media $63,9 \pm 12,8$ años. Tamaño tumoral: $1,9 \pm 0,9$ cm. Se realizó Mastectomía radical modificada en 61% de los pacientes. Tipo histológico más frecuente: Ductal Infiltrante en 89,5% de los casos. Hallazgos que concuerdan con publicaciones de otros centros.

Discusión

La presentación ocurre en edades avanzadas. La demora en la consulta y la falta de educación sanitaria condicionan las posibilidades de curación.

Conclusiones

El cáncer de mama masculino se presenta a avanzada edad, con una importante demora en la consulta y en estadios avanzados. En la actualidad su manejo se extrapola de conductas llevadas a cabo en mujeres.

Palabras Clave

mama - hombre - carcinoma

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer in male patients is an uncommon disease, which represents 1% of all male malignancies and less than 1% of all breast carcinomas, whose two fundamental characteristics are evident: the late appearance and the presentation in advanced stages.

Objective

To present the 38 cases treated in the Mastology Service of the British Hospital of Buenos Aires and compare the findings with previous publications.

Material and method

Retrospective study of patients treated for breast cancer in the Service between January 1973 to May 2018.

Results

Average age was $63,9 \pm 12,8$ years. Tumor size: 1.9 ± 0.9 cm. A Modified radical mastectomy was performed in 61% of patients. Most frequent histological type was Infiltrating Ductal Carcinoma in 89,5% of cases. Findings that match publications from other centers.

Discussion

Presentation occurs at advanced ages. The delay in consultation and the lack of health education determine the possibilities of healing.

Conclusions

Male breast cancer occurs at an advanced age, with a significant delay in the consultation. At present, its management is extrapolated from guidelines carried out in women.

Key words

breast-male-carcinoma

INTRODUCCION

El carcinoma de mama en el hombre (CMH), es una patología muy poco frecuente. Representa el 1% de todos los carcinomas mamarios y menos del 1% del total de la patología maligna masculina, y a su vez involucra tan solo al 0,2% de la tasa de mortalidad por cáncer de mama en la Argentina.¹ Al igual que el cáncer de mama en la mujer (CMM), el CMH incrementó su incidencia en los últimos años. Cardoso F y cols. describieron un incremento de la incidencia en un 26% durante los últimos 25 años. Sin embargo, tanto la supervivencia libre de enfermedad (SLE) como la supervivencia global (SG) han evi-

denciado una importante mejoría.² En publicaciones anteriores se han destacado dos características primordiales: la aparición tardía, una década posterior al femenino, y la demora en la consulta con presentación en estadios más avanzados.³

Entre sus factores de riesgo se incluyen la obesidad, los adenomas hipofisarios, la cirrosis, el uso desmedido de drogas hepatotóxicas y de antagonistas de la testosterona, la exposición prolongada a radiaciones ionizantes sobre el tórax y a estrógenos exógenos (pacientes transgénero), el tabaquismo, el alcohol y los antecedentes familiares de cáncer de mama y/u ovario (15-20% de pacientes con diagnóstico de CMH).⁴⁻⁷

Se ha reportado la asociación entre la presencia de mutaciones en los genes BRCA 2 y el riesgo de presentar cáncer, aunque la posibilidad es menor cuando se lo compara con el de la mujer (5 a 10% vs 60 a 80%) y en menor medida del BRCA-1 con un 1-5% vs 60-80% respectivamente. Estudios poblacionales han identificado, en CMH, mutaciones BRCA-1 < 4% y de BRCA-2 entre 4 y 16%.⁸⁻¹¹

Recientemente, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology-ASCO) recomendó el asesoramiento genético oncológico y testeo en el caso de CMH.^{9,12} Otros genes reconocidos en su incidencia son PTEN, PALB2, P53 y CHEK-2.¹¹

Numerosas publicaciones han evaluado el pronóstico en CMH, coincidiendo que la supervivencia es menor cuando se lo compara con el sexo opuesto.²⁻³

OBJETIVO

Los objetivos del presente trabajo son describir: frecuencia, demora en la consulta, características clínico-patológicas, tratamiento y evolución de los pacientes de sexo masculino con cáncer de mama operados en el Hospital Británico de Buenos Aires.

MATERIAL Y METODO

Diseño: Estudio retrospectivo aprobado por el Comité de Revisión Institucional y Dirección Médica del Hospital Británico de Buenos Aires (Protocolo # 984).

Se recolectó de manera sistemática la información de todos los pacientes de sexo masculino operados por cáncer de mama entre enero de 1973 y mayo de 2018.

VARIABLES REGISTRADAS: edad, antecedentes personales y familiares, test genético, forma de presentación, demora en la primera consulta, estudios complementarios, estadios, tipo de cirugía, diagnóstico histológico, compromiso axilar, receptores de estrógeno, progesterona, Ki-67 y Her 2 neu, tratamientos adyuvantes, recidiva local, metástasis a distancia. Para la estadificación se utilizó la clasificación TNM de la AJCC/UICC 8° edición.¹³

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Los resultados se presentaron como porcentaje de variables categóricas o como media y error estándar para variables numéricas. Se utilizaron pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis junto con la prueba de comparación múltiple de Dunn para comparar los resultados de tres o más grupos. El análisis estadístico se realizó con el software Prism 7.01 (GraphPad, La Jolla, CA) y R-Studio 3.6.0.

RESULTADOS

Tabla 1. Características clínico-patológicas.

TABLA 1 A	n	%
Características clínico-patológicas		
n	38	
Edad (media/ DS)	38	63,9 ± 12,8
Antecedentes familiares	11	28,9
Antecedentes personales	3	7,9
Test Genéticos		
Test genéticos realizados	2	5,2
Formas de presentación		
Masa retroareolar	33	87
Nódulo y Eritema	2	5,2
Derrame por pezón	1	2,6
Nódulo ulcerado	1	2,6
Nódulo y Retracción del pezón	1	2,6
Tiempo medio de seguimiento en años (media y DS)	38	2,8 ± 3,3
Meses de demora en la consulta (media y DS)	22	27,9
Meses de demora en la consulta (período 1973-1999)	16	31,6
Meses de demora en la consulta (período 2000-2018)	6	2,5

Durante el periodo de enero del 1973 y mayo del 2018 se operaron en el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires 5991 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama, de los cuales sólo el 0,64 % (n: 38) fueron hombres, cuya edad promedio fue de 63,9 ± 12,8 años (rango de 37 a 87 años). Se incluyeron para el análisis global de este estudio los 38 pacientes mencionados (Tablas 1A y 1B). Sin embargo, debido a que no se contó con la totalidad de los datos, 4 pacientes fueron excluidos del análisis quirúrgico pero incluidos en el resto del estudio. El tiempo medio de seguimiento fue de 2,8 ± 3,3 años con un intervalo de 1 mes a 14 años.

Hallazgos imagenológicos		
Nódulo irregular	22	73,4
Nódulo regular	3	10
Nódulo irregular con microcalcificaciones	3	10
Edema cutáneo	1	3,3
Microcalcificaciones	1	3,3
Tamaño tumoral (media y DS)		1.9 ± 0.9
Estadios postoperatorios#		
Estadio I	13	40
Estadio IIA	5	15
Estadio IIB	5	15
Estadio IIIA	2	6
Estadio IIIB	4	12
Estadio IIIC	2	6
Estadio IV	2	6

El promedio de demora en la consulta fue de 27,9 meses (rango de 1 a 192 meses). En 16 casos no se contó con este dato. Se pudo observar además que aquellos pacientes que concurren a la consulta médica durante el período comprendido entre el año 1973 y el año 1999 inclusive, la demora promedio fue de 31,6 meses. Por otro lado, aquellos pacientes que lo hicieron luego de este periodo, el retraso fue de 2,5 meses. Los que concurrían con mayor demora presentaban estadios más avanzados (EIV: 97,5 meses ± 133,3 vs EI: 1,5 meses ± 0,5) (Figura 1). Más aún, a lo largo de las décadas, se evidenció como disminuyó el tiempo de demora entre el primer signo o síntoma y la primera consulta médica (Figura 2).

TABLA 1 B	n	%
Cirugía realizada*		
MRM	21	61
MRC (de Halsted)	1	3
Mastectomía + BGC	3	8
Mastectomía + BGC (+) + VAC	3	8
MS BILATERAL + BGC BILATERAL	1	3
MS	3	8
CC + BGC	1	3
CC + VAC	1	3
CC ‡	1	3
Evaluación Axilar (BCG y/o VAC)	30	
Axila positiva	13	43,3
Axila negativa	17	56,7
Histología	38	
Ductal infiltrante	34	89,5
Mucinoso	1	2,6
Micropapilar	1	2,6
Papilar	2	5,3
Inmunohistoquímica		
RH positivos**	15	79
RH negativos**	4	21
HER 2 NEU positivos***	0	0
HER 2 NEU negativos***	11	100
KI 67 alto (≥ 14)****	5	71,4
KI 67 bajo (≤ 14)****	2	28,6

La forma de presentación más frecuente fue la masa retroareolar palpable (87%); otros síntomas fueron: nódulo asociado a eritema (5,2%), derrame sanguinolento por pezón (2,6%), nódulo ulcerado (2,6%) y nódulo asociado a retracción del pezón (2,6%). El tamaño tumoral promedio fue de 1,9 ± 0,9 cm con rango de 0,5 a 4 cm.

Se realizó mamografía en 29 pacientes y ecografía en 10 de ellos asociada a la primera. Mamográficamente se identificaron los siguientes hallazgos: 73,4% nódulos irregulares, 10% nódulos regulares, 10% nódulo irregular asociado a microcalcificaciones, 3,3% edema cutáneo y 3,3% microcalcificaciones (en contexto de carcinoma de mama bilateral) (Figura 3). Todos los hallazgos ecográficos se describieron como nódulos irregulares (márgenes espiculados y bordes indefinidos).

Tratamiento adyuvante		
Hormonoterapia	18	47,3
Poliqumioterapia	8	21
Radioterapia	13	34,2
Tratamiento conservador	2	5,2
Lecho de mastectomía	3	7,9
Lecho de mastectomía y áreas ganglionares	8	21,1
Recidivas y Metástasis a distancia		
Recidivas locales	2	5
Metástasis a distancia	11	28,9
Óseas	5	45,4
Pulmón	1	9,1
Óseas y Pulmonares	3	27,3
Cerebrales y Pulmonares	1	9,1
Dérmicas y Pulmonares	1	9,1

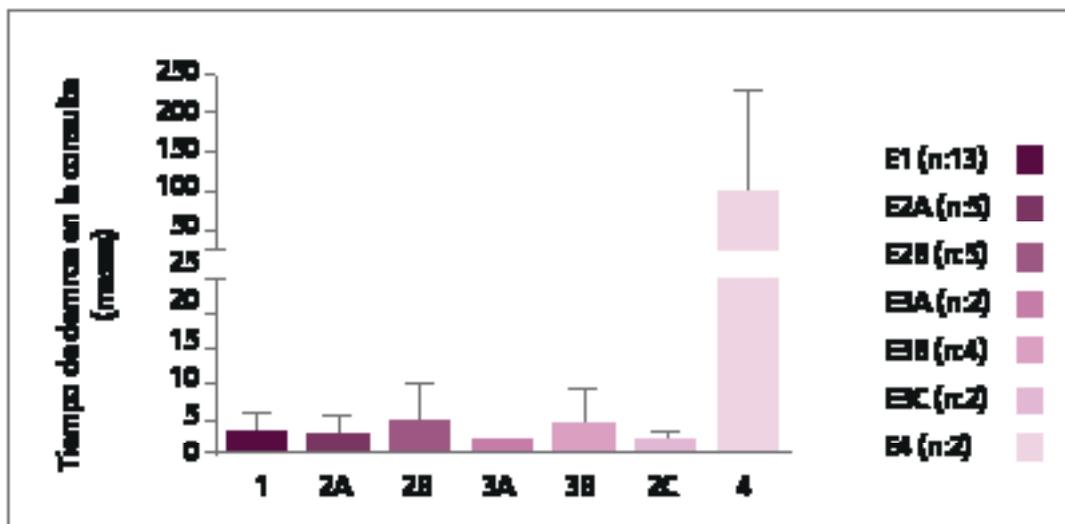
DS: desvío estándar; MRM: mastectomía radical modificada; MRC: mastectomía radical clásica de Halsted; MS: mastectomía simple; BGC: biopsia de ganglio centinela; CC: cuadrantectomía, VAC: vaciamiento axilar, RH: receptores hormonales, #: n: 33; † caso contralateral a una MRM; *: n: 34; **: n: 19 pacientes con evaluación hormonal; ***: n: 11 pacientes con evaluación para Her 2 neu; ****: Porcentaje obtenido en 7 pacientes que realizaron evaluación del Ki-67.

Presentaron antecedentes personales de enfermedad oncológica 3 pacientes (7,9%) correspondiendo a un carcinoma de colon, recto y otro de próstata. Por otro lado, presentaron antecedentes familiares de cáncer de mama de 1° y 2° grado un total de 11 pacientes (28,9%). De éstos, 2 pacientes (5,2%) fueron testeados sin presentar mutación patogénica en los genes BRCA.

Los tratamientos quirúrgicos realizados fueron: mastectomía radical modificada (MRM) en 21 pacientes (61%), habiendo recibido uno de ellos una cuadrantectomía contralateral por carcinoma mamario (3%), mastectomía radical clásica de Halsted (MRC) en 1 paciente (3%), mastectomía y biopsia de ganglio centinela (BGC) positiva con posterior vaciamiento axilar (VAC) en 3 pacientes (8%), mas-

tectomía y BGC en 3 pacientes (8%), mastectomía simple (MS) en 3 pacientes (8%) y mastectomía bilateral con BGC bilateral en un caso (3%). Se realizó además cuadrantectomía de mama en 2 pacientes: un caso con VAC de inicio (3%) y otro con BGC (3%) (Figura 4). En 30 (88,2%) pacientes se realizó algún tipo de intervención quirúrgica en axila (VAC y/o BGC). No se encontraron metástasis en el 56,7% de los casos (n=17), y fue positiva en 43,3% (n=13).

Figura 1. Tiempo de demora en la consulta, agrupados según estadio.



CX: Cirugía, E: Estadio

Figura 2. Tiempo de demora entre la percepción de los síntomas y la consulta agrupados según periodos (1973 a 1999) y (2000 a 2018.)

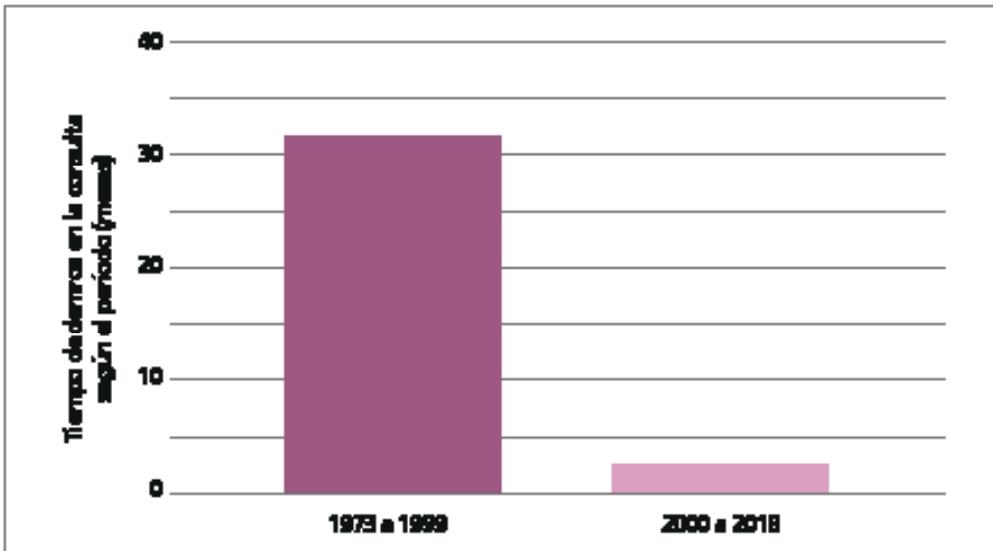
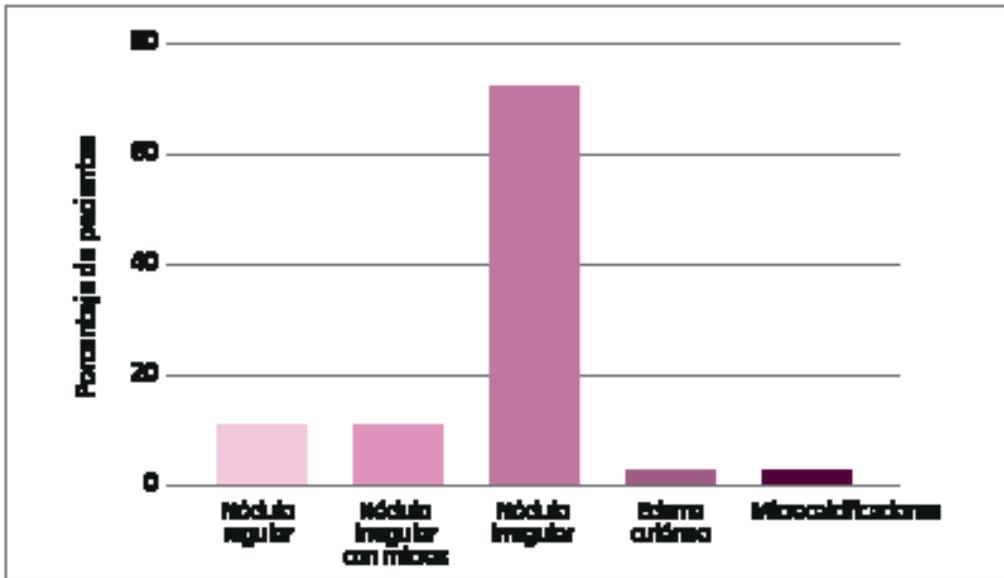
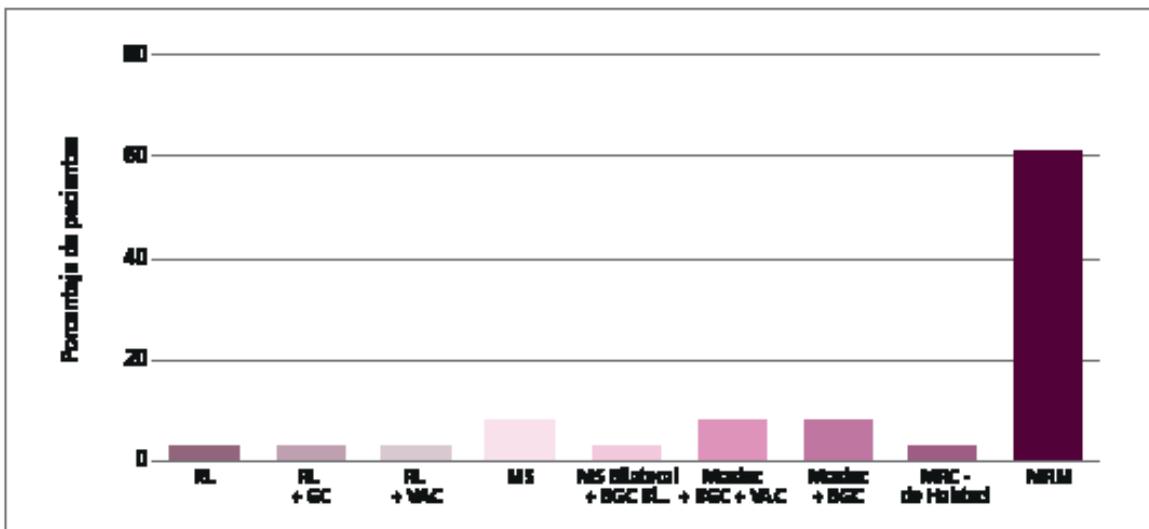


Figura 3. Hallazgos mamográficos. (n: 30)



Micros: microcalcificaciones

Figura 4. Tipos de Procedimientos quirúrgicos realizados (incluye datos de 34 pacientes en total).

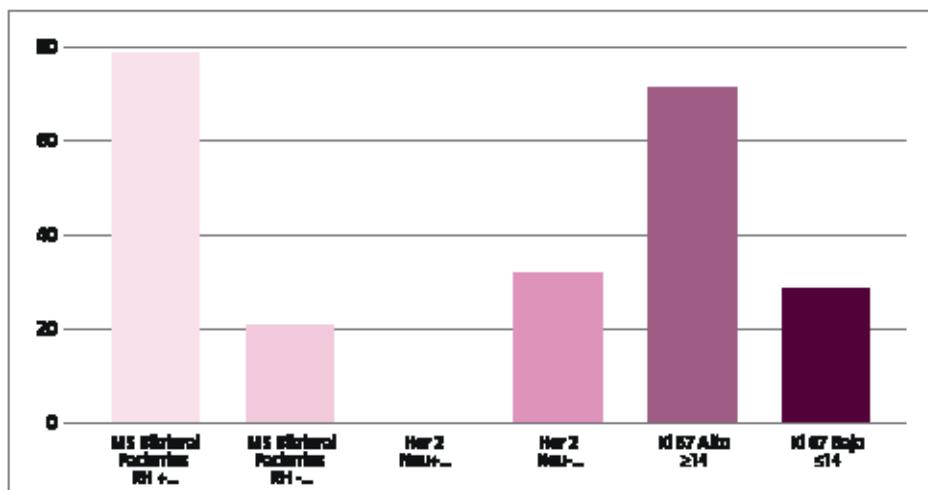


RL: Resección local, VAC: Vaciamiento axilar, MS: Mastectomía simple, GC: Ganglio Centinela, Mastect: Mastectomía, MRC: Mastectomía Radical Clásica de Hasted, MRM: Mastectomía Radical Modificada

El tipo histológico fue: Ductal infiltrante (NOS) en 34 pacientes (89,5%). Dos pacientes presentaron carcinomas mamarios contralaterales asociados (carcinoma tubular y carcinoma ductal in situ). Además se identificaron: un carcinoma mucinoso (2,6%), un carcinoma micropapilar (2,6%) y dos carcinomas papilares (5,3%).

Se evaluó la presencia de receptores hormonales (estrógeno y progesterona) en 19 pacientes entre las décadas del 2000 y 2018, siendo éstos positivos en el 79% (n=15) de los casos y negativos en el 21% (n=4).

Figura 5. Porcentaje de la expresión de receptores hormonales, Her 2 Neu y Ki-67 que presentó el total de la serie de pacientes evaluados entre el año 2000 y el 2018.



** Pacientes con evaluación hormonal; *** Pacientes con evaluación para Her 2 neu; ****. Porcentaje obtenido en 7 pacientes que realizaron evaluación del Ki-67. RH: Receptores Hormonales

En el periodo comprendido entre 1973 a 1999, no se cuenta con datos de evaluaciones de receptores hormonales en los 19 pacientes restantes. En 11 pacientes (28,9%) se realizó la determinación del Her 2 neu siendo en todos los casos negativos (Figura 5).

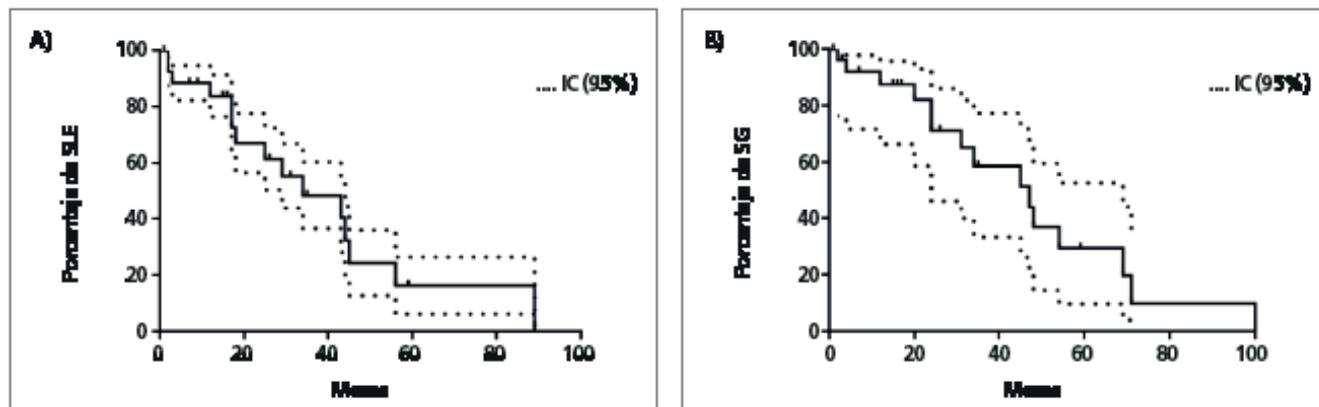
Se realizó tratamiento radiante en 13 pacientes (34,2%), de los cuáles 2 (5,2%) recibieron radioterapia en tratamiento conservador, 3 (7,9%) sobre el lecho de mastectomía, y 8 pacientes (21,1%) sobre el lecho de mastectomía y áreas ganglionares.

Se indicó hormonoterapia con Tamoxifeno a 15 pacientes (39,4%) con receptores hormonales positivos y a 3 pacientes (7,9%), quienes no cuentan con datos de evaluación hormonal, comprendidos en el período 1983 a 1999. Se indicó quimioterapia adyuvante a 8 pacientes (21%), los esquemas fueron indicados según las recomendaciones existentes de acuerdo a cada período (Ciclofosfamida, Metotrexate y 5-Fluoruracilo x 6 ciclos, 5-Fluoruracilo, Adriamicina y Ciclofosfamida x 6 ciclos, Adriamicina y Ciclofosfamida x 4 ciclos y Taxanos x 12 ciclos).

Progresaron con metástasis 11 pacientes (28,9%), con un promedio de aparición de 35,1 meses (rangos de 1 a 89 meses). El sitio más frecuente de metástasis fue en hueso 45,4% (n=5), seguido por pulmón 9,1% (n=1). En el resto (45,5%, n=5) se presentaron asociaciones (hueso + pulmón, cerebro + pulmón y piel + pulmón). Dos pacientes (5,3%) requirieron tumorectomías con los ange de piel por recidiva local sobre el lecho cicatrizal, luego de haber recibido como tratamiento MRM. Uno de ellos a los 3 meses de su tratamiento y el otro diez años después.

La supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la supervivencia global (SG) fueron evaluadas mediante las curvas de Kaplan Meyer. El tiempo medio de SLE fue de 34.0 ± 12.0 meses (Figura 6A) y la SG fue de 47 ± 12.5 meses (Figura 6B).

Figura 6: Curvas de Kaplan Meyer A) Supervivencia libre de enfermedad y B) Supervivencia global.



SLE: Supervivencia Libre de Enfermedad, SG: Supervivencia Global

DISCUSION

La edad de aparición del CMH es 5 a 10 años después que el CMM. De acuerdo a la bibliografía la edad promedio de aparición es a los 63 años.²⁻³ Coincidiendo con el promedio de edad de nuestros pacientes que fue de 63,9 años.

La demora en la consulta ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Como refirió Fentiman y cols.¹⁴ en 1955 la demora en consultar era de 21 meses, y más recientemente Cardoso y cols en 2017, reportaron una demora en la consulta entre 6 y 10 meses.² En nuestro trabajo se evidenció una demora promedio de 27,1 meses en todo el período estudiado (1973 a 2018). Con el correr de las décadas observamos que el tiempo promedio a la consulta se fue acortando. Antes del año 2000 fue de 31,6 meses y luego fue de 2,5 meses.

Según lo reportado en los trabajos del Dr. Ipiña¹⁵ en 2006 y de la Dra. Améstica y cols¹⁶ en 2012, los tamaños tumorales promedio fueron de 3,7 y 3,8 cm respectivamente. Por otro lado, Korde y cols⁵ en 2010, y posteriormente Serdy y cols¹⁷ en 2017, informaron un tamaño tumoral promedio de 2,4 y 2,3 cm respectivamente. En nuestro estudio el tamaño tumoral promedio fue de 1,9 cm. La demora en la consulta impactó en el estadio al momento del diagnóstico.

La masa retroareolar palpable fue la característica clínica más relevante en la literatura¹¹ al igual que en nuestro trabajo (87%).

Diversas publicaciones describen radiológicamente el CMH como asimetría focal o nódulo irregular, con o sin microcalcificaciones, mayormente retroareolar. Ecográficamente, la imagen más habitual es el nódulo irregular con microlobulaciones.¹⁸ Coincidiendo, en nuestro estudio, la imagen mamográfica y ecográfica más frecuente fue el nódulo irregular en el 73% y 100% respectivamente.

Leone y cols demostraron, mediante un análisis del SEER en 2017, que solo el 18% de los pacientes con tumores menores a 2 cm realizó cirugía conservadora. Estos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en supervivencia global frente a la MRM.¹⁹ Cardoso y cols, en su estudio retrospectivo multicéntrico, International Male Breast Cancer Program (IMBCP), mostraron que del 48,5% de los pacientes que tenían tumores menores a 2 cm, el 45% recibió cirugía conservadora.² En nuestra serie el 91% de los pacientes recibió como tratamiento la mastectomía y el 88% algún tipo de intervención quirúrgica en la axila (VAC o BGC), siendo positiva en el 43% de los casos.

Según lo descrito en el IMBCP por Cardoso y cols² en 2017, y por Vuoto y cols³ en 2008, el tipo histológico más frecuente fue el Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI). Del mismo modo, nosotros constatamos que el 89,5% de los casos diagnosticados fueron CDI. Gucalp y cols²⁰ evidenciaron que el carcinoma ductal in situ representó el 10% de los carcinomas evaluados, en nuestra serie representó solo el 2,6%.

En el IMBCP se observó que el 99% de las muestras fueron receptores estrógeno positivo, 82% progesterona positivos y solo el 9% Her 2 neu positivo.² Por otra parte, se han llevado a cabo múltiples estudios con el fin de identificar diferencias biológicas tumorales en ambos sexos. Primero, el CMH fue con mayor frecuencia hormonodependiente comparado con el CMM (91% vs 76% de receptores de estrógeno y 81% vs 67% de receptores de progesterona respectivamente). A su vez, fue menos frecuente la presencia del Her 2 neu.¹⁹⁻²² De manera similar, en nuestra serie los receptores hormonales fueron positivos en un 79%. La determinación del Her 2 neu fue negativa en todos los casos evaluados.

Según refieren las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)²³ y de ASCO del año 2020^{12,24}, el tratamiento radiante sigue las conductas indicadas en el CMM. Un análisis del SEER, llevado a cabo por Leone y cols en 2012, indicó que sólo el 42,3% de los hombres en estadio I recibió radioterapia luego de la cirugía conservadora.¹⁹ En otra publicación se señaló que no fue indicada en el 30% de los pacientes mastectomizados con compromiso axilar.² En nuestro servicio, la radioterapia en Tratamiento Conservador se llevó a cabo en 2 pacientes (5,2%), sobre el lecho de mastectomía en 3 pacientes (7,9%), y sobre el lecho de mastectomía y áreas ganglionares en 8 pacientes (21,1%).

A pesar de que no hay evidencia suficiente sobre el rol de la quimioterapia en el CMH, el Panel de Expertos de ASCO¹², ha recomendado seguir las mismas indicaciones establecidas para el CMM.²⁵ Previamente, Walshe y cols observaron en 1988 una supervivencia del 80% a los 5 años, del 65% a los 10 años y del 42% a los 20 años en pacientes que recibieron la combinación de Ciclofosfamida, Metotrexate y 5-Fluoruracilo en estadio II con compromiso axilar.²⁶ De manera similar, los esquemas utilizados en esta serie de pacientes fueron Ciclofosfamida, Metotrexate y 5-Fluoruracilo x 6 ciclos, 5-Fluoruracilo, Adriamicina y Ciclofosfamida x 6 ciclos, Adriamicina y Ciclofosfamida x 4 ciclos y Taxanos x 12 ciclos.

Debido a que la gran mayoría de los tumores son hormonodependientes, el tratamiento endócrino standard es el Tamoxifeno por 5 años. En aquellos pacientes en los que éste se encuentra contraindicado, se puede indicar un Inhibidor de la Aromatasa (IAs) junto a un análogo de GnRH.²² Sin embargo, se ha asociado al IAs con un riesgo de mortalidad 1,5 veces mayor en comparación al Tamoxifeno.²⁷⁻²⁸ En nuestra serie, todos los pacientes fueron tratados mediante hormonoterapia con Tamoxifeno. Ningún paciente requirió el uso de IAs.

En lo que respecta al tiempo de aparición de la enfermedad metastásica, en nuestros pacientes fue de 35,1 meses. El tiempo medio de SLE fue de 34.0 ± 12.0 meses y la SG fue de 47 ± 12.5 meses. Dichos resultados son similares a lo descripto por Di Lauro y cols en 2013 quienes constataron un tiempo medio de SLE y SG de 12,5 meses y 35,8 meses respectivamente.²⁹

CONCLUSION

El CMH es una patología extremadamente poco frecuente, representando sólo el 0,64% del total de los carcinomas mamarios evaluados.

La forma de presentación habitual fue la masa retroareolar palpable.

El subtipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante con receptor de estrógeno positivo y axila positiva.

El tratamiento quirúrgico más utilizado fue la mastectomía radical modificada.

Todos los pacientes que recibieron hormonoterapia fueron tratados con Tamoxifeno.

Dada la baja prevalencia de la enfermedad, reportar esta casuística, podría contribuir a aportar evidencia para el manejo de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer. 2011-2015. www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad. (Consultado el 15/07/18). ◀
2. Cardoso F, Bartlett JMS, Slaets L, et al. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. *Ann Oncol*. 2018; 29(2): 405-417. ◀◀◀
3. Vuoto H, Garcia A, Bernabó O. et al. Carcinoma mamario masculino. *Rev Arg de Cirugía*. 2008; 94(5-6): 221-227. ◀◀◀
4. Ewertz M, Holmberg L, Tretli S, Pedersen BV, Kristensen A. Risk Factors for male breast cancer-a case control study from Scandinavia. *Acta Oncol* 2001; 40(4): 467-471. ◀
5. Korde LA, Zujewski JA, Kamin L et al. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. *J Clin Oncol* 2010; 28: 2114-2122. ◀◀
6. McLean L, Vuoto H, Santillan F, Bernabó O. Cáncer de mama en el hombre. *Rev Arg de Cirugía* 1989; 57 (1-2) 56: 61. ◀
7. Liu N, Johnson KJ, Ma CX. Male Breast Cancer: An Updated Surveillance, Epidemiology, and End Results Data Analysis. *Clin Breast Cancer*. 2018; 18(5):e997-e1002. ◀
8. Friedman LS, Gayther SA, Kurosaki T et al. Mutation analysis of BRCA1 and BRCA2 in a male breast cancer population. *Am J Hum Genet* 1997; 60: 313-319. ◀
9. Ottini L, Masala G, D'Amico C et al. BRCA1 and BRCA2 mutation status and tumor characteristics in male breast cancer: a population-based study in Italy. *Cancer Res*. 2003; 63: 342-347. ◀
10. Basham VM, Lipscomb JM, Ward JM et al. BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based study of male breast cancer. *Breast Cancer Res*. 2002; 4: R2. ◀
11. Giordano SH. Breast Cancer in Men. Review Article. *N Engl J Med*. 2018; 378: 2311-2320. ◀◀
12. Hassett MJ, Somerfield MR, Baker ER et al. Management of Male Breast Cancer: ASCO Guidelines. *J Clin Oncol*. 2020; 38(16): 1849-63. ◀
13. American College of Surgeons. American Joint Committee on Cancer (AJCC) Cancer Staging Manual, Eighth Edition; 2017 ◀
14. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male breast cancer. *Lancet* 2006; 24: 595-604. ◀
15. Ipiña JM. Cáncer de mama en el hombre. Experiencia en el Instituto Oncológico Ángel H. Roffo. *Rev Arg Mastol* 2006; 25 (86): 10-17. ◀
16. Améstica MG, Bustos JA, Retamozo J et al. Cáncer De Mama En El Hombre. *Rev Arg Mastol* 2012; 31 (112): 231-241. ◀
17. Serdy KM, Leone JP, Dabbs D, Bhargava R. Male Breast Cancer: A Single-Institution Clinicopathologic and Immunohistochemical Study. *Am J Clin Pathol*. 2017;147(1):110-119. ◀
18. Kim SH, Kim, YS. Ultrasonographic and Mammographic Findings of Male Disease. *J Ultrasound Med*. 2018; 38 (1): 243-252. ◀
19. Leone JP, Leone J, Zwenger AO, Iturbe J, Leone BA, Vallejo CT. Locoregional treatment and overall survival of men with T1a, b, c N0M0 breast cancer, A population based study. *Eur J Cancer*. 2017; 71:7-14. ◀◀
20. Gucalp A, Traina TA, Eisner JR et al. Male Breast Cancer: a disease distinct from female cancer. *Breast Cancer Res*. 2019; 173 (1): 37-48. ◀
21. Johansson I, Nilsson C, Berglund P et al. Gene expression profiling of primary male breast cancers reveals two unique subgroups and identifies N-acetyltransferase-1 (NAT1) as a novel prognostic biomarker. *Breast Cancer Res*. 2012; 14(1):R31. ◀
22. Johansson I, Killander F, Linderholm B, Hedenfalk I. Molecular profiling of male breast cancer- lost in translation?. *Int J Biochem Cell Biol*. 2014; 53:526-535. ◀
23. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Special Considerations on Breast Cancer in Male (consultado 26/11/18)
24. Bateni BB, Davidson AJ, Arora M et al. Is Breast-Conserving Therapy Appropriate for Male Breast Cancer Patients? A National Cancer Database Analysis. *Ann Surg Oncol*. 2019;26(7):2144-2153. ◀
25. Abrams MJ, Koffer PP, Wzer DE, Hepel JT. Postmastectomy radiation therapy is associated with improved survival in node-positive male breast cancer: a population analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017; 98: 384-391. ◀
26. Walshe JM, Berman AW, Vatas U et al. A prospective study of adjuvant CMF in males with node positive breast cancer: 20 year follow up. *Breast Cancer Res Treat*. 2007; 103: 177-183. ◀

27. Pemmaraju N, Munsell MF, Hortobagyi GN, Giordano SH. Retrospective review of male breast cancer patients: analysis of tamoxifen-related side-effects. *Ann Oncol.* 2012; 23(6):1471-4 ◀
28. Eggemann H, Altmann U, Costa SD et al. Survival benefit of tamoxifen and aromatase inhibitor in male and female breast cancer. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2018; 144(2):337-341. ◀
29. Luigi Di Lauro, Patrizia Vici, Pietro Del Medico et al. Letrozole combined with gonadotropin-releasing hormone analog for metastatic male breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2013; 141:119–123. ◀

DEBATE

Dr. Cassab: Muchas gracias Dr. Villalobos por su trabajo. Me gustó, tiene un diagrama muy bueno. Estuvo muy prolija la presentación. Quería remarcar que vi que tenían bastantes estadios iniciales con respecto a la literatura. Seguramente debe ser por la población que manejan ustedes en su hospital. De todas maneras observo que hay un 90%-91% de mastectomías versus tratamiento conservador. ¿Esto, por qué es? ¿Es así porque uno en el hombre no lo contempla, no lo ofrece? ¿A qué lo atribuye?

Dr. Villalobos: Lo atribuyo en parte a que la mayoría de los pacientes no tienen mucha "compliance" en lo que respecta a los tratamientos adyuvantes. Como la cirugía es menor a la de la mujer, prefieren realizar directamente la mastectomía, a hacer directamente hacer la radioterapia posterior. También creo que hay mayor número de mastectomías por decisión del paciente.

Dr. Cassab: ¿Cómo manejaron la progresión ósea, que uno generalmente tiende a hacer tratamientos hormonales? Todos los pacientes estuvieron tratados con tamoxifeno. ¿Cómo la manejaron?

Dr. Villalobos: No fue uno de los objetivos a evaluar ese tipo de tratamiento, pero según el análisis de esos pacientes, fueron manejados con poliquimioterapia y tamoxifeno.

Dr. Cassab: Eso solo lo digo porque en un momento mencionaste la cantidad de metástasis óseas y quizás en ese tipo de pacientes uno elige una segunda línea de tratamiento hormonal, generalmente con análogos y con inhibidores de aromata-sa como mencionaste en la literatura.

Dr. Fuleston: ¿Tuvieron algún tipo de carcinoma seguido de una ginecomastia previa?

Dr. Villalobos: No se encontró ningún caso asociado a ginecomastia.

Dr. Uriburu: Mis felicitaciones también al Dr. Villalobos por su trabajo y presentación. No voy a hacer ninguna consideración o pregunta, pero de paso, ya que el Dr. Cassab lo dijo recién, que le llama la atención los pocos casos de tratamiento conservador, mi óptica es distinta. A mí me llamó la atención por qué se hicieron esos tratamientos conservadores, cuando los tumores en general son retroareolares y además conllevan una radioterapia posterior. Nosotros pensamos que el tratamiento indicado inicial es la mastectomía y no el tratamiento conservador, estaría para continuar el debate.

Felicitaciones nuevamente Dr., sabemos que no es fácil reunir una casuística de 38 casos en esta patología.

Muchas gracias a todos los participantes, tanto a los presentadores como a los que se unieron a la discusión hoy y durante todo el año.

Hemos llegado al final de un año muy difícil y cansador así que no queda más que desearles Felices Fiestas a todos junto con sus familias y Dios quiera que podamos tener vacaciones y merecido descanso después de un año tan intenso como este. Espero que nos encontremos el año próximo, gracias a todos.