

# CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE EN HOMBRE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN

## INFILTRATING DUCTAL CARCINOMA IN A MALE PATIENT: CASE REPORT AND REVIEW

Michel Hernández Restrepo<sup>1</sup>  
Daniel Hernán Santana Choachi<sup>2</sup>

### RESUMEN

#### PALABRAS CLAVE (DeCS)

Mama  
Neoplasia  
Mamografía  
Tomografía

En este artículo se presenta el caso de un hombre de 56 años de edad, quien consulta el servicio de imágenes diagnósticas del Hospital Universitario de la Samaritana, por solicitud de mamografía. En esta se encuentra un hallazgo altamente sugestivo de lesión infiltrativa, a la cual se le realizó una biopsia y se informó como carcinoma canalicular infiltrante moderadamente diferenciado.

#### KEY WORDS (MeSH)

Breast  
Neoplasm  
Mammography  
Tomography

### SUMMARY

This article reports the case of a 56 year old man who was admitted to Hospital Universitario De La Samaritana diagnostic imaging service, for a mammography. Findings were highly suggestive of infiltrative lesion which was biopsied, and a moderately differenced infiltrating ductal carcinoma was informed.

### Introducción

La neoplasia de la mama masculina es extremadamente rara. Los factores de riesgo están relacionados con exposición prolongada a estrógenos exógenos, irradiación previa al tórax, trastornos genéticos y cromosómicos. Los síntomas que llevan al hombre a consultar son aumento del tamaño de la mama, nódulo palpable y dolor. Al igual que en la mujer, el estudio se hace con mamografía en dos proyecciones, oblicua mediolateral y craneocaudal, y a través de ecografía. La resonancia magnética (RM) es una herramienta poco usada, pero un valioso complemento de la mamografía y la ecografía. Con el advenimiento de nuevas tecnologías, como la tomografía computarizada con equipo multidetector (TC), se han encontrado como hallazgos incidentales lesiones mamarias en hombres, lo cual lleva a una serie de estudios complementarios que, en ocasiones, dan como resultado lesiones neoplásicas, las cuales se confirman por medio de un estudio histopatológico.

procedente de Bogotá (del mismo departamento), de profesión carpintero, quien asiste al servicio de mamografía del Hospital Universitario de la Samaritana por referir retracción del pezón derecho de ocho meses de evolución y sensación de dolor retroareolar con masa palpable de una semana de evolución. Niega antecedentes personales y tiene como único antecedente familiar una tía materna con neoplasia de mama.

Por lo anterior, se le solicita un estudio mamográfico, el cual se practica en un equipo de mamografía análogo, donde se identifican cambios retráctiles de la región retroareolar derecha, área de distorsión de la arquitectura mamaria e imagen de asimetría retroareolar de 15 × 10 mm, sin definirse una masa, asociada con dos microcalcificaciones puntiformes, de aspecto homogéneo. El hallazgo es altamente sugestivo de lesión infiltrativa neoplásica; categoría BIRADS IVb (figuras 1 y 2).

A la exploración ecográfica con transductor lineal de 12 MHz se encuentra en la región retroareolar derecha una lesión sólida, heterogénea, de contornos pobremente definidos, con bordes angulados, que mide 14 × 9 × 10 mm (figura 3).

Bajo guía ecográfica se practica biopsia de la lesión descrita con aguja trucut 14G; así, se obtienen tres ci-

### Presentación de un caso

El caso clínico corresponde a un paciente de 56 años de edad, natural de Guasca, (Cundinamarca, Colombia) y

<sup>1</sup>Médico radiólogo, del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup>Médico, residente de Radiología e Imágenes Diagnósticas de la Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

lindros de la lesión, los cuales se envían a patología, donde informan compromiso por carcinoma canalicular infiltrante moderadamente diferenciado (figuras 4 y 5). El paciente es valorado por el servicio de cirugía de seno; se practica mastectomía radical modificada derecha y se envía el producto al laboratorio de patología, donde informan carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado, con piel de pezón, areola y ganglios linfáticos negativos para tumor.

## Discusión

Anatómicamente, la mama del hombre, al igual que la de la mujer, se extiende desde el segundo hasta el sexto arco costal anterior, y tiene como límites el esternón como borde medial y la línea axilar media demarcando la extensión lateral. Normalmente, presentan tejido predominantemente graso con pocos conductos y estroma. Aproximadamente un 57% de los hombres por encima de los 44 años tienen un tejido mamario palpable (1).

La neoplasia de la mama masculina representa el 0,7% del total de los cánceres de la mama. La edad media de diagnóstico es de 67 años, y menos del 6% de los casos ocurren en hombres menores de 40 años (2).

Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, irradiación previa al tórax, estrógenos exógenos para tratamiento de cáncer de próstata y cambio de sexo, enfermedad hepática y otras enfermedades asociadas con hiperestrogenismo, deficiencia de andrógenos por disfunción testicular, criptorquidia, lesión testicular, por ejemplo en personas que trabajan con acero por efecto de la alta temperatura ambiental, trauma previo en el tórax y ciertos trastornos genéticos y cromosómicos, como mutación de BRCA1, BRCA2 y síndrome de Klinefelter, además de descendientes de judíos, egipcios y del África occidental (1-5).

Los signos y síntomas más comunes son aumento del tamaño de la mama, nódulo palpable y sensibilidad o dolor. El carcinoma mamario se manifiesta como masa no dolorosa, que puede estar asociada con secreción serosa o sanguinolenta a través del pezón (5,6)

No hay un protocolo estandarizado para el estudio por imagen de la mama en el hombre, sin embargo, el examen mamográfico incluye proyecciones craneocaudal y oblicua mediolateral en ambas mamas. En hombres con músculos pectorales bien desarrollados, el tejido mamario puede ser oscurecido por el músculo; en estos pacientes puede desplazarse el músculo para mejor visualización del tejido mamario (1).

La mamografía y el ultrasonido con un valor predictivo negativo cercano al 100% hacen posible evitar muchos procedimientos quirúrgicos innecesarios (7). En la mamografía, la mayoría de los tumores se definen como masas de alta densidad, redondas, ovaladas o irregulares, de localización subareolar o algo excéntricas al pezón; sin embargo, pueden ubicarse hacia la periferia. Tienen contornos bien o mal definidos, con márgenes espiculados, lobulados o microlobulados. Las microcalcificaciones son menos frecuentes y se dan en menor cantidad y más gruesas que lo observado en patología mamaria femenina. Las características secundarias incluyen engrosamiento de la piel, retracción del pezón, aumento de la trabeculación y linfadenopatía (2,3).

Ecográficamente tienen características similares a las presentadas en las mujeres. Masas hipoeoicas, antiparalelas, con márgenes angulados, microlobulados o espiculados. Las microcalcificaciones pueden verse como puntos hiperecogénicos. Las características acústicas posteriores no son útiles para distinguir una lesión benigna de otra maligna (2).

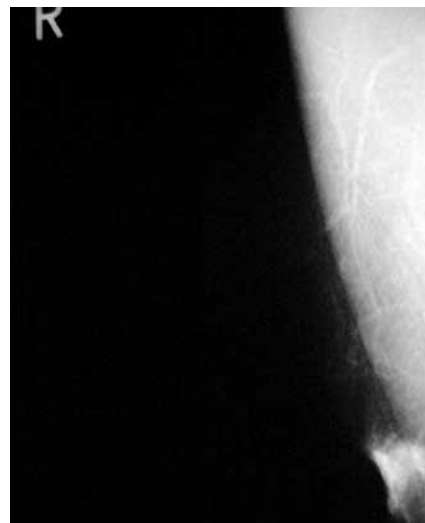


Figura 1. Mamografía con proyección oblicua medio lateral (OML) derecha, donde se observan cambios retráctiles en la región retroareolar, con área de distorsión de la arquitectura mamaria e imagen de asimetría retroareolar de 15 × 10 mm.

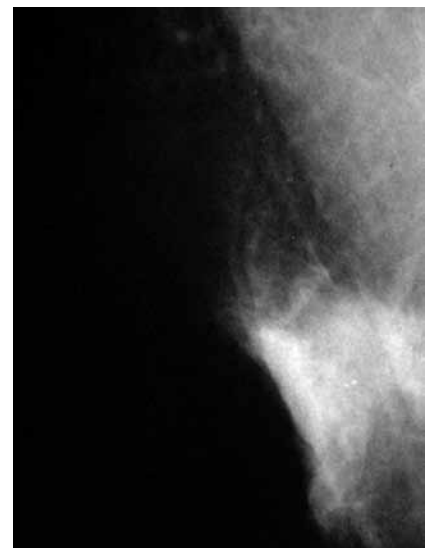


Figura 2. Acercamiento de la proyección OML derecha que muestra microcalcificaciones puntiformes, de aspecto homogéneo.

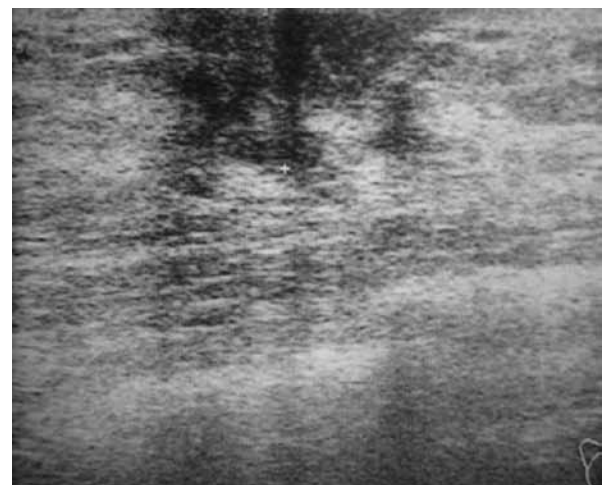


Figura 3. Ecografía de la glándula derecha donde se ve en la región retroareolar derecha una lesión sólida, heterogénea, de contornos pobremente definidos, con bordes angulados, que mide 14 × 9 × 10 mm.

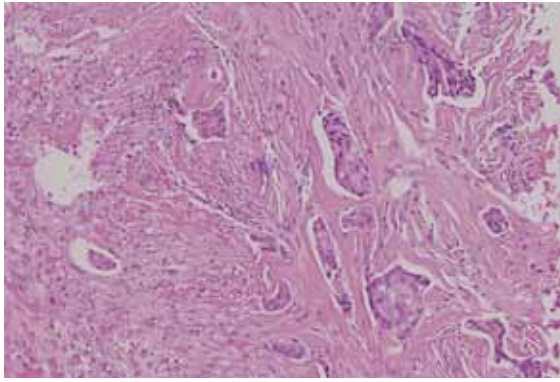


Figura 4. Fotografía histopatológica de biopsia de mama derecha donde se observa tejido mamario con tumor epitelial maligno de tipo carcinoma ductal moderadamente diferenciado.

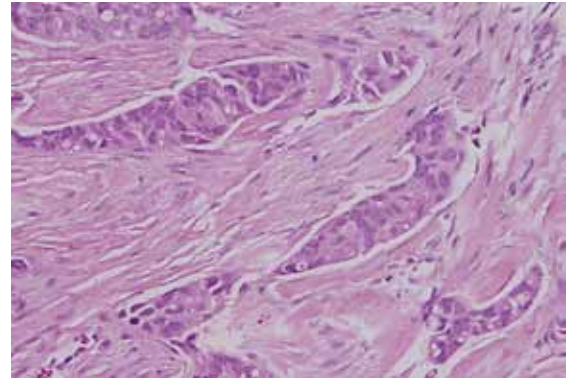


Figura 5. Acercamiento de la foto histopatológica que muestra tejido mamario con tumor epitelial maligno tipo carcinoma ductal moderadamente diferenciado.

La RM tiene muy poco uso como única modalidad de imagen diagnóstica para el cáncer de mama. Junto con la mamografía, la sensibilidad es del 94% (8). La RM con medio de contraste se está desarrollando como un valioso complemento de la mamografía y la ecografía, su alta sensibilidad para el cáncer de mama invasivo establece su superioridad en la evaluación de multifocalidad/multicentricidad, la respuesta del tumor a la quimioterapia neoadyudante, la detección de recurrencia y la estadificación (9). Nuevas aplicaciones incluyen espectroscopia por RM, uso de nuevos medios de contraste y las intervenciones guiadas por RM, incluyendo tratamientos no invasivos (10). En un estudio elaborado por Morakkabati-Spitz, la RM identificó todos los tumores malignos como masas irregulares de contenido interno heterogéneo con realce en anillo, que mostraron un rápido realce inicial (11).

Aunque las anomalías del seno frecuentemente se pasan por alto en la TC o son inadecuadamente valoradas, esta puede revelar suficientes detalles para hacer un diagnóstico. Las características que sugieren malignidad son: forma irregular, márgenes espiculados o irregulares, realce en anillo y realce difuso. Una ventaja de la TC es que permite identificar más fácilmente un tumor contralateral, si este existiere (12).

Histológicamente, el cáncer de mama en hombres es siempre ductal (13). Sin embargo, se han informado tumores histológicamente raros. Costa y Silverberg informaron un carcinoma oncócítico en un hombre de 76 años (14). De igual forma, también se ha descrito un cistosarcoma Phyllodes en un hombre de 70 años asociado con ginecomastia (15). Lo más interesante en los hombres es la ausencia casi total de los lóbulos y, por lo tanto, de carcinoma lobular (13), pero en 1986 se presentó un caso de carcinoma lobular infiltrante en la mama izquierda de un paciente con síndrome de Klinefelter (16) y en 1989 se informó el primer caso de carcinoma lobular infiltrante e in situ en un hombre con fenotipo y genotipo normal (17). Histológicamente, el cáncer de mama del varón es indistinguible del de la mujer, y están descritos todos los subtipos ductales. Al igual que en la mujer, el linfoma puede afectar la mama masculina; Kopans informa un caso que se presentó como una masa mal delimitada, indistinguible de un cáncer de mama (18).

## Conclusión

La neoplasia de la mama masculina es una patología muy rara que lleva a consultar a algunos hombres por dolor o sensación de masa. Existen algunos factores de riesgo que se relacionan principalmente con la exposición a estrógenos. Los estudios por imagen más usados son la mamografía y la ecografía. La RM es un complemento para es-

tas dos. La TC, aunque no se usa como modalidad diagnóstica inicial, es útil en identificar lesiones incidentales. El diagnóstico es siempre histopatológico, donde se ha visto que la mayoría de estas neoplasias son ductales; sin embargo, la literatura ha informado otros tipos.

## Referencias

1. Iuanow E, Kettler M, Slanetz P. Pictorial essay: spectrum of disease in the male breast. *AJR*. 2011;196:W247-W59.
2. Chen L, Chandra PK, Larsen LH, et al. Imaging characteristics of malignant lesions of the male breast. *RadioGraphics*. 2006;26:993-1006.
3. Appelbaum AH, Evans GF, Levy KR, et al. Mammographic appearances of male breast disease. *Radiographics*. 1999;19:559-68.
4. Yang WT, Whitman G, Yuen E, et al. Sonographic features of primary breast cancer in men. *AJR*. 2001;176:413-6.
5. Cooper RA, Gunter BA, Ramamurthy L. Mammography in men. *Radiology*. 1994;191:651-6.
6. Chandra PK, So GJ, Wollman JS, et al. Mammography of the male breast. *AJR*. 1995;164:853-8.
7. Muñoz R, Álvarez M, Muñoz E, et al. Mammography and ultrasound in the evaluation of male breast disease. *Eur Radiol*. 2010;20:2797-805.
8. Lord SJ, Lei W, Craft P, et al. A systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging as an addition to mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *Eur J Cancer*. 2007;43:1905-17.
9. Pavic D, Koomen MA, Kuzniak CM, et al. The role of magnetic resonance imaging in diagnosis and management of breast cancer. *Technol Cancer Res Treat*. 2004;3:527-41.
10. Gracey G, Hanna GG, James CR. Imaging male breast cancer. *Oncol News*. 2009;4:12-14.
11. Morakkabati-Spitz N, Schild HH, Leutner CC, et al. Dynamic contrast-enhanced breast mr imaging in men: preliminary results. *Radiology*. 2006;238:438-45.
12. Harish MG, Konda SD, MacMahon H, et al. Breast Lesions incidentally detected with ct: what the general radiologist needs to know. *Radiographics*. 2007;27:S37-51.
13. Dershaw DD, Borgen PI, Deutch BM, et al. Mammographic findings in men with breast cancer. *AJR*. 1993;160:267-70.
14. Costa MJ, Silverberg SG. Oncocytic carcinoma of the male breast. *Arch Pathol Lab Med*. 1989;113:1396-9.
15. Pantoja E, Llobet RE, López E. Gigantic cistosarcoma phyllodes in a man with gynecomastia. *Arch Surg*. 1976;111:611.
16. Sanchez AG, Villanueva AG, Redondo C. Lobular carcinoma in the breast in a patient with Klinefelter's syndrome: a case with bilateral, synchronous, histologically different breast tumors. *Cancer*. 1986;57:1181-3.
17. Nance KV, Reddick RL. In situ and infiltrating lobular carcinoma of the male breast. *Hum Pathol*. 1989;20:1220-2.
18. Kopans DB. La mama en imagen. 2da ed. Philadelphia: Ed. Marbán; 1999.

## Correspondencia

Daniel Hernán Santana Choachi  
Carrera 10 N.º 6-90  
Chía, Cundinamarca  
dahernansacho@hotmail.com

Recibido para evaluación: 5 de diciembre de 2012

Aceptado para publicación: 13 de febrero de 2013