Descargado el: 12-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Cáncer de mama masculino: estudio de 36 años. Comportamiento en la provincia de Cienfuegos

Male Breast Cancer: a 36 year study. Behaviour in the Cienfuegos Province

Lidia Torres Aja[1] Neylín Caballero Aja[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Torres-Aja L, Caballero-Aja N. Cáncer de mama masculino: estudio de 36 años. Comportamiento en la provincia de Cienfuegos. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 12]; 6(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/440

Resumen

Fundamento: el cáncer de mama masculino está considerado como una rareza médica, ya que al contrario del femenino que es un problema de salud a nivel mundial, este solo representa del 0,5 al 1 % del total de cánceres de mama diagnosticados.
Objetivo: caracterizar el comportamiento del cáncer de mama masculino en la provincia de Cienfuegos.
Método: estudio descriptivo de corte longitudinal de 36 años comprendidos desde el 1 de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre del año 2015. El total de pacientes operados en ese periodo fueron 19, representativos del 100 %. Estos pacientes fueron intervenidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Las variables estudiadas fueron: edad, mama afectada, localización anatómica, tipo histológico, modalidad de biopsia empleada, etapa clínica del tumor en el caso de los carcinomas, técnica quirúrgica aplicada y evolución de los pacientes. Se confeccionó un modelo recolector de datos, y se revisaron las historias clínicas y los protocolos biópsicos del departamento de anatomía patológica del centro. La información se muestra en tablas de números y porcientos.
Resultados: el cáncer de mama masculino representó el 0,8 % del total de cánceres mamarios operados durante el periodo estudiado, además se constató su detección en etapas clínicas muy avanzadas.
Conclusiones: el alza de la incidencia de esta afección en el último decenio en la provincia de Cienfuegos, exige que se establezcan mecanismos para su detección precoz.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo, terapéutica, diagnóstico clínico

Abstract

Foundation: male breast cancer is considered as a medical rarity, because differently from the female one which is health problem worldwide, this one only represents 0.5 to 1 % of the total diagnosed breast cancers.
Objective: to characterize the behaviour of male breast cancer in the Cienfuegos province.
Method: 36 year descriptive cross section study from January 1st to December 31st 2015. The total of patients operated in this period were 19, representing the 100 %, they were intervened in the General Surgery Service of the General University Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima of Cienfuegos. The studied variables were: age, affected breast, anatomic location, histological type, biopsy modality used, clinical stage of tumours in the case of carcinomas, surgical technique applied in each patient and their evolution. A model for data collection was created and applied to each patient and clinical records and biopsy protocols were reviewed from the pathological anatomy department of the hospital. The information is shown in tables of number and percentages.
Results: male breast cancer represented 0.8 % of the total of breast cancers operated during the studied period, in addition its detection in advanced clinical stages was corroborated.
Conclusion: the increase of the incidence of this disease in the last decade in the Cienfuegos province, demands establishing mechanisms for its early detection.

Key words: diabetes mellitus type 2, risk factors, therapeutics, clinical diagnosis

Recibido: 2016-04-18 09:13:03
Aprobado: 2016-10-03 16:04:41

Correspondencia: Lidia Torres Aja. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. lidia.torres@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama masculino se conoce desde las épocas más antiguas, los primeros indicios se hallan en el papiro egipcio encontrado por el arqueólogo Edwin Smith que data de 2500 a 3000 años antes de nuestra era, donde aparece la descripción de 8 tumores mamarios tratados mediante cauterio, el primero de ellos en un hombre. La primera referencia clínica publicada fue en Inglaterra en el siglo XV por el científico Juan de Andrade.[1]

El cáncer de mama masculino representa a nivel mundial el 0,5 al 1 % del total de cánceres de mama diagnosticados, con un cociente masculino/femenino de 1/100, aunque su incidencia se ha incrementado en los últimos 25 años.[2]

En Europa, excepto en la población inmigrante negra existen bajas tasas de incidencia de cáncer de mama en hombre.[3] En Asia se reportan muy bajas incidencias en cáncer de mama masculino.[4] En América existe una tendencia al alza de esta enfermedad entre la población negra de los Estados Unidos, con cifras que van de 1,5 a 1,6 %; también en Uruguay, así como en Venezuela se han reportado tasas altas en los últimos años.[5] En Argentina también se reporta un alza en la incidencia del cáncer mamario.[6]

El continente africano presenta las tasas de incidencia más altas de cáncer de mama en el hombre, sobretodo en la población judía de Israel, Egipto y Nigeria, que llegan de un 3 a un 3,5 % del total.[7]

En Cuba el cáncer de mama masculino ocupa el lugar 19 entre los tumores malignos que afectan al hombre y representa del 0,5 al 1 % del total de cánceres mamarios diagnosticados.[8]

En relación con sus factores de riego se consideran dos grandes grupos, uno fundamental y otro secundario:[9]

Factores de riego fundamentales.

Se consideran en este grupo 7[9,10]

1-Exposición mantenida a radiaciones ionizantes.

2- Exposición mantenida a altas temperaturas.

3-Terapéutica hormonal estrogénica mantenida.

4-Presencia del síndrome de Klinefelter.

5- Presencia de cirrosis hepática.

6- Antecedentes familiares de mujeres con cáncer de mama, sobre todo por línea materna.

7- Antecedentes familiares de mutación del BRCA 2 en el cromosoma 13.

Factores de riesgo secundarios

En este grupo se consideran 5:[10]

1- La ginecomastia.

2- Las dietas ricas en grasas.

3- La ingestión de alimentos que contengan acrilamida de salmón de criadero y de leche en exceso.

4- La presencia de cánceres en otras localizaciones del cuerpo.

5- Uso de antitranspirantes.

Características fundamentales del cáncer de mama masculino[11,12]

1- Generalmente aparece en edades comprendidas entre los 60 y 70 años de edad, o sea 10 años más que el femenino.

2- Se localiza casi en la totalidad de los casos en la areola, a diferencia del femenino en el que el mayor porciento de los tumores se localiza en el cuadrante superior externo.

3- Al igual que en el femenino la variante histológica más diagnosticada es el carcinoma ductal infiltrante. También puede ser asiento la mama masculina de todas las variantes de carcinomas ductales, así como de los sarcomas, linfomas y enfermedad de Paget, pero nunca de carcinoma lobulillar, ya que la mama del hombre carece de lobulillos.

5- El 98 % de los casos se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad.

El diagnostico se basa en la anamnesis, el examen físico y exámenes paraclínicos fundamentalmente: el ultrasonido y las biopsias en sus diversas modalidades: por aguja fina, por congelación y por parafina.[12,13]

El tratamiento al igual que en el femenino se

realiza de acuerdo a la variante histológica y a la etapa clínica del tumor en el caso de los carcinomas, y tiene como pilares fundamentales: la cirugía, la radioterapia y la poliquimioterapia con citostáticos.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se considera que la mastectomía radical es la técnica de elección, reservándose la cirugía conservadora solo en los casos de carcinomas in situ.[14]

El pronóstico generalmente es reservado, con un pobre índice de sobrevida debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en etapas muy avanzadas de la enfermedad.[15]

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal de 36 años comprendidos desde el 1 de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre del año 2015. El total de pacientes operados en ese periodo fueron 19, representativos de un 100 %, que fueron intervenidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Las variables estudiadas fueron: edad, mama afectada, localización anatómica, tipo histológico, modalidad de biopsia empleada, etapa clínica del tumor en el caso de los carcinomas, técnica quirúrgica aplicada y evolución de los pacientes. Se confeccionó un modelo recolector de datos aplicado a cada paciente y se revisaron las historias clínicas y los protocolos biópsicos del departamento de anatomía patológica del centro.

La información se muestra en tablas de números y porcientos.

RESULTADOS

En los 36 años analizados se operaron 2300 cánceres de mama, de los cuales solo el 0,8 % correspondió al sexo masculino. (Tabla 1).

Tabla 1. Cáncer de mama masculino. Casos operados

Período 36 años	No	%
Cánceres de mama masculinos	19	0,8
Cánceres de mama femeninos	2281	99,1
Total de cánceres operados	**2300**	**100**

De los 19 casos operados, 14 representativos del 73,6 % se encontraban en edades mayores de 60 años. (Tabla 2).

Tabla 2. Cáncer de mama masculino. Distribución según grupo de edades

Grupos de edades	No	%
Menos de 40	0	0
41-50	3	15,7
51-60	2	10,5
61-70	8	42,1
+ de 70	6	31,5
Total	**19**	**100**

La mama más afectada fue la izquierda (63,1 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Cáncer de mama masculino. Distribución según mama afectada.

Mama afectada	No	%
Derecha	7	36,8
Izquierda	12	63,1
Bilateral	0	0
Total	**19**	**100**

El mayor número de los tumores se localizó en la areola (78,9 %). (Tabla 4).

Tabla 4. Cáncer de mama masculino. Distribución según zona anatómica afectada

Zona anatómica	No	%
CSE	2	10,5
CIE	1	5,2
Areola	15	78,9
Toda la mama	1	5,2
Total	**19**	**100**

El carcinoma ductal infiltrante fue el tipo histológico más diagnosticado. (Tabla 5).

Tabla 5. Cáncer de mama masculino. Distribución según tipo histológico

Tipo histológico	No	%
Carcinoma ductal infiltrante	14	73,6
Carcinoma indiferenciado	2	10,5
Sarcomas	2	10,5
Enfermedad de Paget	1	5,2
Total	**19**	**100**

Se aprecia que 12 (70,5 %) de los 17 carcinomas operados se diagnosticaron en etapas avanzadas. (Tabla 6).

Tabla 6. Carcinomas de mama masculino. Distribución según etapa clínica del tumor

Etapa clínica	No	%
Etapa IIb	5	35,7
Etapa IIIa	7	42,8
Etapa IIIb	5	21,4
Total	**17**	**100**

El total de los pacientes fue tratado mediante mastectomías radicales. (Tabla 7).

Tabla 7. Cáncer de mama masculino. Distribución según técnica quirúrgica aplicada

Técnica quirúrgica	No	%
Cirugía conservadora	0	0
Mastectomía radical de Patey	4	21,0
Mastectomía total ampliada	15	78,9
Total	**19**	**100**

Como se aprecia a continuación el 47,3 % de los pacientes murieron en los primeros 5 años posteriores a la operación. (Tabla 8).

Tabla 8. Cáncer de mama masculino. Distribución según evolución

Técnica quirúrgica	No	%
Fallecidos antes de los 5 años	9	47,3
Fallecidos entre 5 a 10 años	6	31,5
Vivos libres de enfermedad	3	15,7
Vivos con metástasis	1	5,2
Total	**19**	**100**

DISCUSIÓN

En los 36 años estudiados se diagnosticaron 19 cánceres de mama masculinos, representativos del 0,8 % del total de los cánceres de mama diagnosticados, lo cual coincide con la literatura revisada que sitúan la incidencia del cáncer de mama en menos del 1 %.[16]

Al comparar el presente estudio con el realizado por la Dra. Laura Bergamo del Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti,[5] se distingue que en el periodo 2004-2005 se diagnosticaron 8 cánceres de mama masculinos, representativos del 2,33 % cifra esta muy superior a la determinada en la provincia Cienfuegos.

Si se comparan los resultados del presente estudio con los realizados por AS[16] Tasneem[10] y Aíslan[14] se encuentra una incidencia ligeramente superior que en Cienfuegos.

Lo anterior coincide con los resultados de este estudio y de forma general, la incidencia del cáncer mamario masculino es baja, presentando sus valores más elevados en el continente africano sobre todo en Egipto y Nigeria.

Existe una correspondencia entre los resultados de esta investigación y las realizadas en otras provincias cubanas, así como en otros países de América y Europa, no solo en cuanto a la incidencia, el resultado más general, sino también en cuanto a la edad, localización, tipo histológico, etapas clínicas en el momento del diagnóstico y las técnicas quirúrgicas aplicadas.

Un dato relevante que aportó el estudio en relación con los resultados, es que en este periodo se operó el único fibroleiomiosarcoma mamario diagnosticado en Cienfuegos, en ambos sexos.

Es importante además, destacar que en los últimos 7 años del estudio se ubicaron 9 casos, lo que pone de manifiesto una mayor incidencia que contrasta con los 12 casos restantes diagnosticados en los primeros 29 años del periodo evaluado.

En la actualidad el cáncer de mama en el sexo masculino está considerado como una enfermedad poco frecuente, una revisión exhaustiva de los estudios sobre el tema, que abarcan incluso, décadas, muestra que hay una tendencia al alza de su incidencia.

Por otra parte, su propio carácter infrecuente, hace que se diagnostique ya en etapas avanzadas de su desarrollo.

Una vigilancia adecuada de su aparición implica desterrar la tan enraizada concepción, presente sobre todo en el ámbito popular, de que el cáncer de mama es una enfermedad privativa del sexo femenino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones MA, Ramírez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2009 [citado 23 Ene 2015];25(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&

pid=S0864-21252009000300020

2. Zygogianni AG, Kyrgias G, Gennatas C, Ilknur A Armonis V, Tolia M, et al. Male breast carcinoma: epidemiology, risk factors and current therapeutic approaches. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(1):15-9

3. Ibáñez RG, Calderón GME, Márquez ZD. Cáncer de mama en hombres: situación actual a nivel mundial y nacional. Rev chil cir. 2011;63(1):95-101

4. Al-Naggar RA, Al-Naggar DH. Perceptions and opinions about male breast cancer and male breast self-examination: a qualitative study. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(1):243-6

5. Bergamo L, Bolivar E, Godoy A, Carrero N, Betancourt L. Carcinoma de mama en el hombre. Revisión de casos. Rev venez oncol. 2010;22(2):130-2

6. Creton A, Terrier F, Barbera L, Bova N, Pianzola H, Pianzola M. Carcinoma papilar intraquístico de mama en el hombre, bilateral y sincrónico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev argent mastología. 2010;29(105):286-96

7. Gilbert SF, Soliman AS, Iniesta M, Eissa M, Hablas A, Seifeldin IA, et al. Androgen receptor polyglutamine tract length in Egyptian male breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat. 2011;129(2):575-81

8. Romero T, Abreu G, Luna C, Sierra D, Gandul, L, Planas R. Programa integral para el control de cáncer en Cuba. Pautas para la gestión. La Habana: MINSAP; 2010

9. Tawil AN, Boulos FI, Chakhachiro ZI, Otrock ZK, Kandaharian L, El Saghir NS, et al. Clinicopathologic and immunohistochemical characteristics of male breast cancer: a single center experience. Breast J. 2012;18(1):65-8

10. Tasneem S, Khan MM, Khawaja MY. Demographic pattern of male breast cancer: an institutional based study. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2011;23(1):3-4

11. Johansson I, Nilsson C, Berglund P, Strand C, Jönsson G, Staaf J, et al. High-resolution genomic profiling of male breast cancer reveals differences hidden behind the similarities with female breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2011;129(3):747-60

12. Freedman BC, Keto J, Rosenbaum SM. Screening mammography in men with BRCA mutations: is there a role?. Breast J. 2012;18(1):73-5

13. Rosa M, Masood S. Cytomorphology of male breast lesions: diagnostic pitfalls and clinical implications. Diagn Cytopathol. 2012;40(2):179-84

14. Arslan UY, Oksüzoglu B, Ozdemir N, Aksoy S, Alkis N, Gök A, et al. Outcome of non-metastatic male breast cancer: 118 patients. Med Oncol. 2012;29(2):554-60

15. Rodríguez A, González I, Bracho M, Vivas C, Vázquez L, Pacheco C, et al. Cáncer de mama bilateral en hombre. Rev venez oncol. 2012;24(3):253-5

16. Reiner AS, Jacks LM, Van Zee KJ, Panageas KS. A SEER-Medicare population-based study of lymphedema-related claims incidence following breast cancer in men. Breast Cancer Res Treat. 2011;130(1):301-6