



P-513 - VALORACIÓN Y MANEJO DE LA TUMORACIÓN MAMARIA EN EL VARÓN

Bosch Ramírez, Marina; Cansado Martínez, Pilar; Oller Navarro, Inmaculada; Triguero Cánovas, Daniel; Lillo García, Cristina; Lario Pérez, Sandra; Sánchez-Guillén, Luís; Arroyo, Antonio

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: La mama del varón está compuesta por tejido subcutáneo, elementos estromales, un complejo pezón-areola pequeño y un sistema ductal poco desarrollado. El síntoma primordial por el que un varón acude a una unidad de patología mamaria es la palpación de una masa no dolorosa, y la mayoría de veces esta será secundaria a ginecomastia o lipomas. El cáncer de mama en el varón representa únicamente un 0,7% de los cánceres de mama, pero también debemos descartar otras lesiones malignas como metástasis, especialmente si los pacientes presentan factores de riesgo.

Caso clínico: El caso propuesto trata de un hombre de 65 años con hipercolesterolemia, diabetes tipo II, EPOC secundario a tabaquismo (consumo acumulado 80 años/paquete), sin antecedentes quirúrgicos, y con antecedente familiar de madre fallecida a los 79 años de cáncer de mama. El paciente acude por presentar tumoración en la mama izquierda (MI) de 4cm en cuadrante ínfero-interno (CII) no fija a piel ni planos profundos, advertido a la autoexploración un mes antes de la consulta. La mamografía bilateral informa de nódulo de 35 × 25 en CII de MI BIRADS 5, del que se realiza BAG, además de ginecomastia bilateral y axilas no patológicas. Se completa el estudio de extensión con TC T-A-P, que apoya el diagnóstico de tumoración mamaria, y además informa de la presencia de una masa bronquial en lóbulo con adenopatías hiliares, subcarinales, paraesofágicas bilaterales y dos LOES hepáticas compatibles con metástasis. El análisis anatomopatológico notifica que se trata de carcinoma de célula pequeña con diferenciación neuroendocrina e inmunofenotipo concordante con primario pulmonar. Tras el diagnóstico el paciente es derivado a oncología para recibir tratamiento quimioterápico, pese al cual presenta progresión de la enfermedad a nivel cerebral y es *exitus* 12 meses tras el diagnóstico.

Discusión: Las metástasis mamarias suelen presentarse con clínica de tumoración palpable y el primario más frecuente suele ser la mama contralateral. La incidencia de metástasis mamarias de origen extramamario se encuentra entre el 0,5 y el 3%, habitualmente de linfoma o melanoma. La aparición de metástasis mamarias de origen pulmonar ha sido descrita en 15 ocasiones en la literatura, siendo aun más infrecuente que este sea el debut de la neoplasia. El 80% de los pacientes con cáncer pulmonar metastásico a mama fallecen al año. Por lo tanto, se puede concluir que son varones con riesgo para cáncer de mama aumentado los que tienen: antecedente personal de cáncer de mama/cáncer prostático metastásico al momento del diagnóstico; mutación de BRCA1/2 en el paciente o familiar; síndrome de Klinefelter; antecedente de radiación, o ser descendiente judío Askenazi. En estos casos, se recomienda examen mamario anual a partir de los 35 años, y screening

prostático a partir de los 45 años en pacientes BRCA1/2. Los antecedentes personales y factores de riesgo son primordiales en la historia clínica y en la naturaleza de la aparición de enfermedades.