



# Cáncer de mama masculino

De León A, Del Prado P, Escala A, De La Hoz P, De Gracia V, Delgado J, De La Cruz M, Del Carmen M, Delvalle M, Diaz R.



Estudiantes de décimo semestre de Medicina de la Universidad de Panamá

## Resumen

### Introducción

El cáncer de mama masculino es infrecuente (<1 %) y suele diagnosticarse tardíamente por la ausencia de tamizaje y baja sospecha clínica. Su manejo se basa en guías del cáncer de mama femenino, como la NCCN.

### Caso clínico

Varón de 71 años, con antecedente familiar de cáncer de mama, que consulta por masa retroareolar derecha de un año de evolución. Los estudios de imagen mostraron lesión BI-RADS 4 y ganglio axilar sospechoso. La biopsia confirmó carcinoma ductal infiltrante. Se realizó mastectomía total con biopsia de ganglio centinela, con márgenes negativos y metástasis en 1 de 2 ganglios. Evolucionó sin complicaciones y fue referido a oncología.

### Discusión

El abordaje del cáncer de mama masculino es similar al del femenino, siendo la mastectomía y la biopsia del ganglio centinela pilares del tratamiento. Este caso resalta la necesidad de aumentar la sospecha clínica para lograr diagnósticos más tempranos y mejorar el pronóstico.

**Palabras claves:** Cáncer de mama masculino; Neoplasias de la mama; Carcinoma ductal infiltrante; Mastectomía; Biopsia del ganglio centinela; Tratamiento adyuvante.

## Caso Clínico

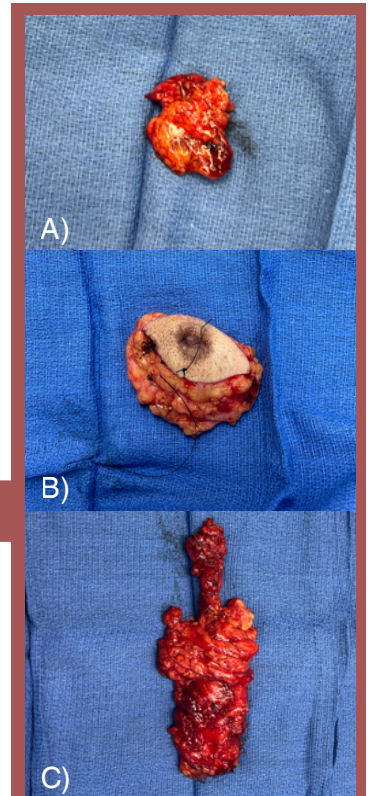
Paciente masculino de 71 años, sin antecedentes personales patológicos relevantes, con antecedente familiar de cáncer de mama (tío materno). Consulta por masa retroareolar derecha de un año de evolución, inicialmente indolora, con crecimiento progresivo y dolor ocasional. Niega secreción mamilar, cambios cutáneos o síntomas sistémicos.

**Signos vitales:** PA 128/78 mmHg, FC 76 lpm, FR 18 rpm, T° 36.6 °C, SatO<sub>2</sub> 98%.

Al **examen físico** se palpa nódulo retroareolar firme, irregular y móvil, de aproximadamente 3–4 cm, sin retracción cutánea ni adenopatías axilares palpables.

La **mamografía** reporta lesión retroareolar espiculada BI-RADS 4 y el ultrasonido evidencia nódulo sólido hipoeoico irregular de 3.5 cm, con ganglio axilar ipsilateral sospechoso. La biopsia guiada por imagen confirma carcinoma ductal infiltrante.

Se realiza mastectomía total derecha con biopsia de ganglio centinela, identificándose masa sólida retroareolar de 4 cm. El estudio anatomopatológico reporta márgenes negativos y metástasis en 1 de 2 ganglios axilares. Evoluciona sin complicaciones postoperatorias inmediatas y es referido a oncología para valoración de tratamiento adyuvante.



A) Gánglio centinela.  
B) y C) Mastectomía total.

## Abordaje quirúrgica

Debido al escaso volumen de tejido mamario en el varón y a la frecuente localización retroareolar del tumor, el procedimiento de elección es la **mastectomía radical modificada**, que incluye la resección completa del tejido mamario con preservación del músculo pectoral mayor.<sup>[2]</sup>

## Gánglio centinela

La **biopsia del ganglio centinela** está indicada en pacientes con axila clínicamente negativa. Esta técnica permite una adecuada estadificación axilar y reduce la morbilidad asociada a la disección axilar completa. En caso de positividad del ganglio centinela, la conducta dependerá del número de ganglios afectados y de factores clínico-patológicos, pudiendo indicarse disección axilar o tratamiento adyuvante.<sup>[2]</sup>

## Tratamiento adyuvante

La mayoría de los tumores en hombres son **receptores hormonales positivos (ER/PR)**, por lo que el tratamiento endocrino con **tamoxifeno por 5 años** es el estándar.

La **quimioterapia adyuvante** se indica según el estadio tumoral, grado histológico, estado ganglionar y perfil molecular. La **radioterapia** está recomendada en casos con tumores grandes, márgenes positivos o compromiso ganglionar. El uso de terapias dirigidas, como **trastuzumab**, está indicado en tumores **HER2 positivos**.<sup>[2]</sup>

## Seguimiento

Se recomienda:

- Evaluación clínica cada 3–6 meses durante los primeros 3 años.
- Luego cada 6–12 meses hasta completar 5 años, y posteriormente anual.
- Mamografía contralateral si existe tejido mamario residual o factores de riesgo genético.
- Monitoreo de efectos adversos del tamoxifeno (tromboembolismo, disfunción sexual).<sup>[2]</sup>

**NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** Breast Cancer. Version 2024–2025. National Comprehensive Cancer Network.

## Discusión

Menos del 1 % de los cánceres de mama ocurre en hombres y, con frecuencia, se diagnostica en estadios avanzados ya que no existen programas de tamizaje rutinario en esta población, lo que se asocia a peores resultados de supervivencia en comparación con el cáncer de mama femenino. El riesgo acumulado de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida en el hombre es aproximadamente de 1 en 726, en contraste con un riesgo de 1 en 8 en mujeres<sup>[1]</sup>.

El manejo del cáncer de mama masculino es comparable al del cáncer de mama femenino y se rige por las recomendaciones de las guías de la NCCN. Las opciones quirúrgicas incluyen la mastectomía con mapeo y biopsia del ganglio centinela, mientras que las decisiones sobre terapia adyuvante se basan en el estado ganglionar, el tamaño tumoral y el perfil de receptores hormonales, con indicaciones de radioterapia basadas en los mismos criterios utilizados en mujeres<sup>[2]</sup>.

## Conclusión

El cáncer de mama masculino es poco frecuente y suele diagnosticarse tardíamente. Este caso destaca la importancia de sospechar esta entidad ante masas mamarias en el varón. La mastectomía con biopsia de ganglio centinela permitió una adecuada estadificación, siguiendo guías extrapoladas del cáncer de mama femenino. La concientización es clave para un diagnóstico oportuno y mejor pronóstico.

## Referencias bibliográficas

1. Jamil A, Siddique R, Altaf F, Warraich D, Ahmed F, Qureshi Z. Comprehensive review of male breast cancer: Understanding a rare condition. *Oncol Res.* 2025;33(6):1289–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.32604/or.2025.058790>
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 2024–2025. National Comprehensive Cancer Network.