



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MÉDICO GENERAL

TÍTULO:

“CARCINOMA DUCTAL INVASOR DE MAMA EN UN HOMBRE EN EL ÁREA DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN:

REPORTE DE CASO”

AUTORA:

ANAIS ANDREA SAREZ ALULEMA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARINA ELIZABETH LOPEZ

QUITO-ECUADOR

2025

Dedicatoria

A Myriam, mi madre quien es un ejemplo de vida y resiliencia, por demostrarme que todo es posible a pesar de las adversidades de la vida y quien ha hecho hasta lo imposible para que pueda cumplir mis sueños.

A Juan, mi padre quien con su inmenso amor ha sabido guiarme a través de la vida y me ha enseñado a esforzarme y dar más de mí siempre,

A Lolais, mi abuela, quien ya no está físicamente a mi lado, sé que desde el cielo me cuidas e intercedes por mí, espero hacerte sentir orgullosa.

A Nicolás, por ser mi apoyo incondicional durante los últimos 4 años, por enseñarme que el amor es incondicional y ser esa luz que alegra mi vida día a día.

A Galo, mi tío, quien sacrificó su infancia y adolescencia para que mi madre pudiera estudiar y salir adelante, ese pequeño gesto de bondad y amor me han traído hasta aquí, simplemente gracias.

A Jhenny e Ivan, por cuidarme los últimos años y enseñarme que la familia va más allá que la sangre.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios por su infinito amor y por demostrarme que se encuentra en cada lugar y en cada persona, gracias por ayudarme a tomar las mejores decisiones para mi vida.

A mi familia, quienes me han sostenido a lo largo de este tiempo y han sabido comprender mis ausencias y mis derrotas, pero también por ayudarme a levantarme de ellas.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mi casa durante estos 6 años, gracias por abrirme las puertas para que pueda formarme académicamente y brindarme todas las herramientas necesarias para la vida profesional.

Agradezco profundamente a la Dra. Marina López, directora de esta tesis, por su guía experta, su paciencia, apoyo y sus valiosos aportes que enriquecieron este trabajo de investigación.

Al Hospital Carlos Andrade Marín, en especial a la coordinación general de investigación por brindarme el apoyo necesario para poder realizar este reporte de caso.

A mis amigos del internado con quienes compartimos noches interminables y que hicieron de ese año más ameno, gracias por siempre sacarme una sonrisa con sus ocurrencias.

Finalmente agradezco a todas las personas que me han apoyado en este camino, gracias por confiar en mí y por alentarme día a día.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama en el hombre es una patología muy rara a nivel mundial, por lo que no se tiene la información suficiente acerca de su tamizaje, diagnóstico y tratamiento. Es una entidad casi invisible ya que los hombres limitan a la enfermedad como algo exclusivo de las mujeres, por lo que les restan importancia a sus síntomas en caso de presentarlos, esto dado a la falta de información de la enfermedad lo que conlleva a un retraso diagnóstico y terapéutico, juntos ocasionan un peor pronóstico en los hombres. Este caso es único, ya que no solo corresponde a esa pequeña parte de la población que presenta esta patología, sino porque tuvo una presentación diferente a la evidenciada en la literatura científica, tanto a nivel clínico como en el tiempo de diagnóstico y terapéutica del paciente.

Objetivo: Describir los signos y síntomas clínicos, hallazgos imagenológicos, características histopatológicas y el tratamiento del carcinoma ductal invasor de mama en un hombre en un caso clínico específico en el área de ginecología en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el año 2025.

Presentación del caso: Se presenta un varón de 67 años que refirió secreción hemática por su pezón derecho al principio atribuido al prurito nocturno, meses más tarde gracias a los hallazgos imagenológicos e histopatológicos fue diagnosticado oportunamente de un carcinoma ductal invasor de mama derecho en estadio clínico I por T1 N0 M0, el cual fue tratado con una mastectomía total derecha más toma de ganglio centinela, no hubieron complicaciones postquirúrgicas, el paciente sigue vivo actualmente.

Conclusión: El cáncer de mama masculino es una entidad rara que requiere de más estudios clínicos que permitan crear un correcto algoritmo diagnóstico y terapéutico en los hombres considerando sus diferencias anatómicas y hormonales con respecto a su contraparte femenina.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama Masculina, Carcinoma Ductal de Mama, Mastectomía

Abstract

Introduction: Male breast cancer is a very rare condition worldwide, so there is not enough information about its screening, diagnosis, and treatment. It is an almost invisible entity, since men view the disease as exclusive to women and therefore downplay their symptoms if they appear, due to a lack of information about the condition, which leads to diagnostic and therapeutic delays that together result in a poorer prognosis for men. This case is unique not only because it involves a small fraction of the population affected by this pathology, but also because it is presented differently from what has been reported in scientific literature, both clinically and in terms of the patient's diagnostic and therapeutic timeline.

Objective: Describe the clinical signs and symptoms, imaging findings, histopathological characteristics, and the treatment of invasive ductal carcinoma of the breast in a man in a specific clinical case in the gynecology department at the Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín in 2025

Case presentation: A 67-year-old male presented with bloody discharge from his right nipple, initially attributed to nocturnal itching. Months later, thanks to imaging and histopathological findings, he has promptly diagnosed with invasive ductal carcinoma of the right breast, clinical stage I (T1 N0 M0), which was treated with total mastectomy of the right breast and sentinel lymph node biopsy. There were no postoperative complications, and the patient is currently alive

Conclusion: Male breast cancer is a rare entity that requires further clinical studies to develop an appropriate diagnostic and therapeutic algorithm for men, taking into account their anatomical and hormonal differences compared to their female counterparts.

Key words: Breast Neoplasms, Male; Carcinoma, Ductal, Breast; Mastectomy

Índice

Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen.....	4
Introducción:	4
Objetivo:.....	4
Presentación del caso:	4
Conclusión:.....	4
Palabras clave:.....	5
Abstract	5
Introduction:	5
Objective:	5
Case presentation:	5
Conclusion:.....	5
Key words:	5
Introducción	8
Presentación del Caso Clínico	9
Discusión.....	16
Conclusión	23
Recomendaciones	23
Bibliografía	25

TABLAS:

Tabla 1: Resultados de interconsulta de placas histológicas (HECAM).....	10
Tabla 2: Resultados postquirúrgicos de anatomía patológica (HECAM).....	12
Tabla 3: Línea de tiempo de los eventos clínicos.....	14
Tabla 4: Características de los subtipos moleculares del cáncer de mama.....	19
Tabla 5: Estadios del cáncer de mama.....	20

FIGURAS:

Figura 1: Anatomía de la mama masculina.....	21
---	----

LISTADO DE ABREVIATURAS

SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

HECAM: Hospital del Especialidades Carlos Andrade Marín

TAC: Tomografía Axial Computarizada

BIRADS: *Breast Imaging Reporting and Data System*

RE: Receptor de Estrógeno

RP: Receptor de Progesterona

HER 2: *Human Epidermal growth factor Receptor 2*

IMC: Índice de Masa Corporal

ASCO: *American Society of Clinical Oncology*

Introducción

El cáncer de mama en hombres representa menos del 1% de todos los tipos de cáncer en el hombre a nivel mundial (Yahaya et al., 2023). En Ecuador no existen registros recientes, el último registro de tumores de SOLCA realizado en los residentes de Guayaquil en 2015, reporta que la incidencia del cáncer de mama masculino fue de 0.2% y el riesgo de padecerlo es de 1:1000, mientras que en las mujeres es de 1:8 (Bombón-Caizaluisa et al., 2024; Giordano, 2018).

A diferencia de las mujeres, el diagnóstico inicial del cáncer de mama en los hombres ocurre en estadios más avanzados (Gucalp et al., 2019). Existe un retraso entre la aparición de síntomas y la consulta con un médico, ya sea por el desconocimiento o negación de la enfermedad, por lo general los hombres consultan luego de $10,8 \pm 13,4$ meses (Methamem et al., 2020). Por esta razón, los hombres tienden a ser diagnosticados en estadios más avanzados de la enfermedad y la supervivencia general a 5 años desciende al 40% mientras que en las mujeres es del 85,4% (Varzaru et al., 2024).

Debido a su baja incidencia, las estrategias terapéuticas de esta patología en el sexo masculino no se conocen completamente (Zhao et al., 2025). El tratamiento en el cáncer de mama masculino sigue la misma lógica que su contraparte femenina (Ahmed et al., 2024). Esto se debe a que no existe la suficiente investigación acerca del tratamiento de esta patología en hombres; si bien su baja incidencia es un limitante, la tasa de representación masculina en ensayos clínicos para el tratamiento del cáncer de mama es extremadamente baja con tasas $<1\%$, por lo cual hay una cobertura subóptima de esta población (Miglietta et al., 2024).

Este reporte de caso es de suma importancia, ya que permite recordar a la comunidad médica sobre su existencia, destacar la necesidad del tamizaje y diagnóstico oportuno, así como analizar las opciones terapéuticas disponibles en el cáncer de mama masculino.

Presentación del Caso Clínico

Paciente masculino de 67 años, mestizo, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial e hipotiroidismo en tratamiento. Presentaba un antecedente oncológico de cáncer de colon tratado hace 22 años. En los antecedentes quirúrgicos destaca una colecistectomía en 2013, una exéresis de tumor pulmonar derecho y de quistes testiculares bilaterales en 2018. En sus antecedentes familiares: madre con cáncer gástrico, hermana con cáncer de tiroides y pulmón, hermano con distrofia muscular.

En julio de 2024, el paciente notó una mancha de sangre en su pijama en la región del pezón derecho que fue interpretado inicialmente como irritación local por prurito nocturno, sin dolor, sin cambios en la piel ni una masa palpable en la mama. Al inicio el paciente no le otorgó importancia al hallazgo, sin embargo, la preocupación de su esposa motivó a que el 14 agosto de 2024 en una cita médica programada de urología en un dispensario de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se resalte este síntoma, en este sentido el médico tratante solicitó una ecografía mamaria, la cual fue realizada en una casa de salud privada.

El 21 de agosto de 2024 se realiza una ecografía de mama bilateral de forma particular que reporta un nódulo sólido periareolar derecho R10 1 B de 8x3,5 cm, conectando con los conductos hacia el pezón sugestivos de papiloma intraductal BIRADS IV A. El facultativo que llevó a cabo la ecografía resalta la necesidad de realizarse una biopsia de la mama derecha.

El 19 de septiembre de 2024 se ejecuta una biopsia core en otra casa de salud privada que informa un carcinoma ductal invasor G2, RE positivo difuso, RP positivo difuso, HER B2 bajo.

Se realiza una ecografía de mama institucional en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM) el 14 de octubre de 2024 que reporta nódulo hipoeoico de 4.7 x 2,6 mm, ganglios hipertróficos con centro radiolúcido de aspecto habitual. BIRADS 3.

El 15 de octubre de 2024 se realizó una TAC simple y contrastada de tórax, abdomen y pelvis, donde no se evidenció actividad metastásica visceral, en esta misma fecha se realizó una gammagrafía ósea que no detectó lesiones metastásicas.

Con los exámenes complementarios solicitados, le informan al paciente que debe su manejo debe ser quirúrgico; en consecuencia, el paciente acude al HECAM al área de ginecología para la resolución de su patología.

En el HECAM se solicitó una interconsulta de placas histológicas de la biopsia el 21 de octubre de 2024, la cual reportó:

Tabla 1

Resultados de interconsulta de placas histológicas (HECAM)

Descripción	Resultados
Procedimiento	Biopsia Core
Lateralidad	Derecha
Tipo histológico	Carcinoma invasor de tipo no especial (ductal)
Grado histológico (score histológico de Nottingham)	Diferenciación glandular: 3/3 Pleomorfismo nuclear: 2/3 Contaje mitótico: 1/3 Score 6/9 Grado 2
Carcinoma ductal in situ	No se observa
Carcinoma lobulillar in situ	No se observa
Invasión vascular	Presente
Invasión perineural	Presente

Infiltrado linfoplasmocitario peritumoral (TILS)	No puede determinarse
Microcalcificaciones	No se observan
Inmunohistoquímica	
Receptores estrogénicos	Positivo 90% Intensidad +++
Progesterona	Positivo 90% Intensidad +++
HERCEPTEST	Negativo Score 1+
Ki67	Positivo 30%

Con todos estos exámenes complementarios, el paciente fue valorado por los especialistas de mastología, quienes en base a los hallazgos clínicos, imagenológicos e inmunohistoquímicos diagnosticaron un carcinoma ductal infiltrante grado 2 subtipo luminal B estadio clínico I por T1 N0 M0, que era beneficiario de un manejo quirúrgico. Se optó por una mastectomía total derecha más biopsia de ganglio centinela.

El día 7 de enero de 2025, el paciente ingresa al HECAM, donde al examen físico se evidenció un IMC de 29.05 (sobrepeso) y un leve engrosamiento a nivel retroareolar, aproximadamente de 4 mm, el resto del examen físico normal.

El 8 de enero de 2025 se realizó la mastectomía total derecha más toma de biopsia de ganglio centinela, por medio la infiltración de 2 cc de azul de metileno en cuadrante

superoexterno mamario derecho y una incisión de Stewart de 12 cm de longitud se encontraron los siguientes hallazgos:

1. Mamas pequeñas. Ptosis
2. Mama derecha nódulo retroareolar de 1 cm, no infiltra piel ni músculo
3. Marcaje mamario derecho: borde superior 1 hilo, borde externo 2 hilos, borde inferior 3 hilos
4. 3 ganglios centinelas que se localizan con azul patente, con reporte transquirúrgico de 3 ganglios negativos para metástasis (0/3)
5. Sangrado escaso

Se enviaron las muestras obtenidas en la cirugía al área de patología del HECAM donde se reportaron los siguientes resultados:

Tabla 2

Resultados postquirúrgicos de anatomía patológica (HECAM)

Descripción	Resultado
Fecha de obtención	08/01/2025
Diagnóstico clínico	Cáncer de mama derecha
Operación practicada	Mastectomía más biopsia de ganglio centinela
Órgano	Mama derecha, borde superior 1 hilo, externo 2 hilos, inferior 3 hilos
Orientación diagnóstica	Tumor retroareolar
Estudio macroscópico	

Mama derecha, se recibió producto de mastectomía que pesa 120 gramos, mide 12x10x2 cm, viene marcada con hilos de reparo que indican 1 hilo borde superior, 2 hilos borde externo, 3 hilos borde inferior. La cara anterior está cubierta por elipse de piel que mide 8.5x 4 cm, con pezón de 1.5 cm de diámetro, sin lesión macroscópica evidente.

En cortes seriados se identifica una lesión nodular que mide 0.5 cm localizada en región retroareolar, se encuentra a 1 cm del borde profundo 3 cm del borde interno, 4 cm del borde externo, 3.5 cm del borde superior, 1.5 cm del borde anterior

Estudio microscópico

Lateralidad	Derecha
Localización	Retroareolar
Tamaño tumoral	0.4 cm
Tipo histológico	Carcinoma invasivo de tipo no especial (ductal)
	Formación de túbulos: 3/3
Grado histológico (Score Histológico de Nottingham)	Grado nuclear: 2/3
	Mitosis 2/3
	Grado total 7/9 Grado 2
Focalidad tumoral	Unifocal
Carcinoma ductal in situ	Presente, patrón cribiforme, grado bajo
Carcinoma lobulillar in situ	No se observa
Invasión linfovascular	No se observa
Invasión linfovascular dérmica	No se observa

Compromiso a piel	No se observa
Compromiso a pezón	No se observa
Efecto de tratamiento en la mama	Se desconoce tratamiento previo
Márgenes quirúrgicos	Libres
Microcalcificaciones	No se observa
Ganglios linfáticos	2 ganglios negativos para malignidad (centinela)
Estadio patológico	PT1A, PNS0
Inmunohistoquímica	
Receptores estrogénicos	Positivo 90% Intensidad +++
Receptores de progesterona	No hay reactivos
HERCEPTEST	No hay reactivos
Ki67	No hay reactivos

El paciente fue dado de alta del servicio de ginecología 48 horas después de la cirugía, no presentó complicaciones. Posteriormente, fue valorado nuevamente el 13 de enero de 2025 por el área de mastología, quienes decidieron el alta médica y se refirió al paciente a la unidad técnica de oncología del HECAM para el manejo integral.

Tabla 3

Línea de tiempo de los eventos clínicos

Fecha	Evento clínico
--------------	-----------------------

Julio 2024	Paciente observa mancha hemática en región de pezón derecho, no presentó dolor ni masa palpable. Inicialmente se atribuyó a irritación local.
14 de agosto 2024	En consulta urológica del IESS, la esposa refiere el hallazgo. Se solicitó ecografía mamaria bilateral.
21 de agosto de 2024	Ecografía mamaria bilateral en institución privada reporta un nódulo retroareolar sospechoso (BIRADS IV A). Se recomendó la biopsia.
19 de septiembre de 2024	Biopsia core de mama derecha: carcinoma ductal invasor grado 2, RE y RP positivos, HER2 negativo, Ki67 30%.
14 de octubre de 2024	Ecografía de mama HECAM: nódulo hipoecoico retroareolar BIRADS III.
15 de octubre de 2024	TAC simple y contrastada de tórax abdomen y pelvis: sin metástasis visceral. Gammagrafía ósea: negativa para metástasis.
21 de octubre de 2024	Revisión de placas histológicas HECAM: confirma carcinoma ductal invasor, grado 2, con invasión vascular y perineural.
7 de enero de 2025	Ingreso hospitalario para resolución quirúrgica. Examen físico IMC 29.95, leve engrosamiento retroareolar derecho.
8 de enero de 2025	Resolución quirúrgica: mastectomía total derecha más biopsia de ganglio centinela. Hallazgos: nódulo retroareolar de 1cm, ganglios centinelas negativos (0/3).

8 de enero de 2025	Histopatología: carcinoma ductal invasor grado 2, unifocal, 0.4 cm, márgenes libres, ganglios negativos. RE y RP positivos, no hay reactivos para los demás exámenes inmunohistoquímicos.
10 de enero 2025	Alta hospitalaria sin complicaciones.
13 de enero de 2025	Alta médica por el área de mastología y referencia a la unidad técnica de oncología del HECAM.

Discusión

Se presenta el caso de un paciente masculino de 67 años diagnosticado con un carcinoma ductal invasor de mama derecha en estadio clínico I por T1 N0 M0, sin metástasis evidenciadas en exámenes de imagen complementarios, ni compromiso ganglionar en examen histopatológico, tratado con mastectomía total derecha sin complicaciones. Este caso es relevante por la incidencia baja del cáncer de mama en el sexo masculino y la presentación atípica del paciente con respecto a su sintomatología.

De acuerdo con un estudio retrospectivo de casos, las manifestaciones clínicas más comunes del cáncer de mama en los hombres incluyen una masa palpable indolora, ulceración de la piel y retracción o secreción del pezón en 63% de los casos; la incidencia de la secreción del pezón es del 6% (Ambareen et al., 2024). Por otra parte, un estudio de casos que incluyó a 66 pacientes desde el 2006 al 2024 reportó que la principal molestia fue una masa mamaria palpable, todos los pacientes tenían una lesión unilateral con localización frecuente en la mama izquierda (Huang et al., 2024). En contraste con la literatura, el paciente presentó la lesión en la mama derecha, lo cual es menos frecuente. El principal motivo de consulta fue la secreción hemática y no la palpación de una masa indolora, cuya ausencia se explica debido al pequeño tamaño del tumor.

La tasa de incidencia del cáncer de mama en hombres aumenta después de los 60 años (Zhao et al., 2025). De acuerdo con un análisis clínico y patológico de 817 casos de cáncer de mama en hombres, se encontró que la edad de diagnóstico es los 67 años, coincidiendo con la del paciente (Spreafico et al., 2020). El aumento de la incidencia a partir de los 60 años está relacionada con los múltiples cambios hormonales y moleculares en la mama masculina que se presentan en esta edad. Por un lado, se encuentran las fluctuaciones en los niveles de estrógeno y testosterona y la mayor susceptibilidad del tejido mamario a factores carcinogénicos con el envejecimiento. (Bhardwaj et al. 2024)

El desarrollo del cáncer de mama en el sexo masculino está asociado a múltiples factores de riesgo. La obesidad es causa más común de hiperestrogenización en los hombres y puede duplicar el riesgo de cáncer. A pesar de que el paciente no es obeso de acuerdo con su IMC, se ha demostrado que el riesgo aumenta con el aumento del índice de masa corporal y la edad (Fentiman, 2023). Por otra parte, el tener un familiar de primer grado que haya tenido cáncer de mama dobla el riesgo para desarrollar esta patología, esto llama la atención puesto que el paciente no tiene un antecedente de un familiar de primer grado con cáncer de mama, aunque sí presente antecedentes familiares de otros tipos de cáncer esto reduce, pero no elimina la posibilidad de predisposición genética (Zhao et al., 2025).

El diagnóstico del cáncer de mama en el hombre se basa en la triple evaluación: la evaluación clínica, métodos de imagen como la mamografía o ecografía y la biopsia con aguja gruesa que es la que proporciona el diagnóstico definitivo mediante el examen histopatológico(Ambareen et al., 2024).

La mamografía es un método de cribado en las mujeres; en los hombres es una herramienta diagnóstica. Por lo general, los hombres sintomáticos mayores de 25 años deben ser

evaluados con una mamografía diagnóstica, la cual tiene una sensibilidad del 92-95% y una especificidad del 90-95%; si esta es anormal o no concluyente se recomienda realizar una ecografía (Gao & Heller, 2023; Thomas et al., 2024). El paciente no se sometió a una mamografía, sino a una ecografía de mama bilateral recomendada por el médico urólogo, esta diferencia del algoritmo diagnóstico destaca la necesidad de mayor difusión y educación médica sobre esta enfermedad poco frecuente.

El tipo histológico en el cáncer de mama es un factor pronóstico de categoría I de acuerdo con la Declaración del Consenso del Colegio de Patólogos Estadounidenses por lo cual es necesario investigarlo (Cserni, 2020). El carcinoma ductal invasor es el tipo histológico más frecuente del cáncer de mama masculino con una prevalencia del 95% (Chehab Andrade et al., 2022) (Methamem et al., 2020). La mayoría de casos tienen un estado positivo para el receptor de estrógeno (RE) en un 90-92% y para el receptor de progesterona (RP) en 81-92%, por otro lado la tasa de sobreexpresión del factor de crecimiento epidérmico humano HER2 es menor en el cáncer de mama masculino se presenta en un 2-15% de estos pacientes (Wang et al., 2023).

El estudio inmunohistoquímico es importante para la clasificación de esta patología, en un reporte de casos de cáncer de mama masculino el subtipo luminal A representaba el 68,2% de los casos, seguido del luminal B con el 27,3% de casos y solo el 4,5% padecía de un tumor triple negativo (Methamem et al., 2020). El paciente analizado en este reporte de caso presentó del tipo histológico más común del cáncer de mama masculino, en cuanto al perfil inmunohistoquímico el luminal B diagnosticado es el segundo subtipo más frecuente, lo que es consistente con la literatura consultada.

Tabla 4*Características de los subtipos moleculares del cáncer de mama*

	Luminal A	Luminal B	Her2	Triple negativo
Frecuencia %	50%	15%	20%	15%
RE	Sí	Sí	Algunos casos	No
RP	Sí	Algunos casos	Algunos casos	No
HER2	No	No	Sí	No
Ki67	Algunos casos	Algunos casos	Altos	Altos
Mutaciones	No	BRCA2	P53	P53 y BRCA2
Pronóstico	Bueno	Mediano	Mediano/malo	Malo

Nota: Tomado de "Subtypes of Breast Cancer ". por Orrantia-Borunda, E., Anchondo-Nuñez, P., Acuña-Aguilar, L. E., Gómez-Valles, F. O., & Ramírez-Valdespino, C. A. (2022). Breast Cancer, p. 33. <https://doi.org/10.36255/EXON-PUBLICATIONS-BREAST-CANCER-SUBTYPES>

El cáncer de mama masculino tiene un mal pronóstico debido a que 8 de cada 10 hombres son diagnosticados en etapas tardías (Hernández Aguilar et al., 2025; Sanchez et al., 2021). Un análisis transversal comparativo en una cohorte brasileña, realizado entre los años 2017 y 2021, reveló que el 72,8% de los hombres presentan estadios III y IV al momento del diagnóstico de la enfermedad (Antonini et al., 2024). El retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno tiene varias aristas, una revisión bibliográfica sugiere que esto se atribuye a una conciencia pública limitada, es decir la falta de reconocimiento de la enfermedad, junto con el pensamiento social de que esta es una patología exclusiva de mujeres (Kwok et al., 2022).

Tabla 5*Estadios del cáncer de mama*

Estadio	Descripción
0	Carcinoma lobulillar in situ Carcinoma ductal in situ o intraductal
I	Tumor mide menos de 2cm y no se ha diseminado fuera de la mama
II	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor mide menos de 2 cm, pero ha afectado a ganglios linfáticos de la axila • Tumor mide de 2 a 5 cm con o sin diseminación ganglionar axilar • Tumor mide más de 5 cm, pero no ha afectado a los ganglios linfáticos axilares
IIIA	Tumor que mide más o menos de 5 cm pero que se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares o retroesternales
IIIB	Tumor de cualquier tamaño que afecta a la pared torácica o a la piel de la mama Tumor de cualquier tamaño con:
IIIC	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación de más de 10 ganglios axilares • Afectación de ganglios axilares y retroesternales • Afectación de ganglios situados por debajo o por encima de la clavícula
IV	Tumor que se ha diseminado a otras partes del cuerpo

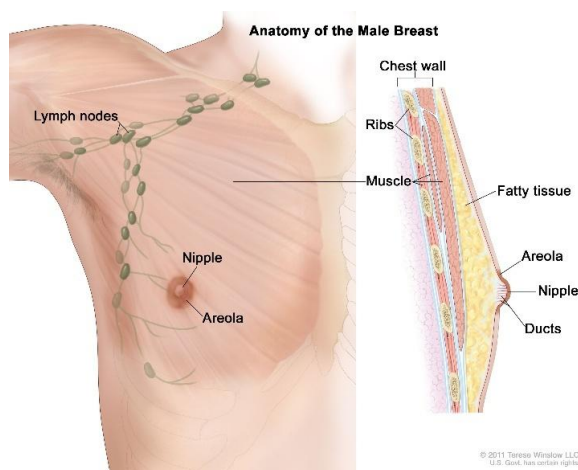
Nota: Tomado de "Cáncer de mama" por Santaballa. A, 2023, SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/125->

[Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-mama](https://seom.org/125-)

Por otro lado, las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres juegan un papel importante en la progresión de la enfermedad. Los hombres tienen poca cantidad de parénquima mamario, por lo que los predispone a una invasión linfática axilar precoz (Paz Vintimilla Cazorla et al., 2021). A diferencia de la mayoría de los casos descritos en hombres, este paciente acudió en un estadio clínico I por T1 N0 M0 gracias a que no hubo mucha demora entre el inicio de síntomas y el tratamiento, lo cual fue posible por la preocupación de su esposa de los síntomas que él pasó por alto, esto resalta la importancia de la concientización de la enfermedad en la población general para mejorar el pronóstico de los pacientes masculinos.

Figura 1

Anatomía de la mama masculina



Nota: Adaptado de "Male Breast Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version," por PDQ Adult Treatment Editorial Board, 2025 (<https://www.cancer.gov/types/breast/hp/male-breast-treatment-pdq>). Derechos de autor 2025 por National Cancer Institute.

La cirugía es la piedra angular en el tratamiento del cáncer de mama masculino. La mastectomía radical modificada es el tratamiento preferido en este tipo de casos, se ha evidenciado que tiene menor recurrencia en comparación con la cirugía conservadora de mama.(Al Awayshih et al., 2019) . La mastectomía radical modificada consiste en la extirpación completa de la mama, la envoltura cutánea y la fascia subyacente del músculo pectoral mayor, con la extirpación de los ganglios linfáticos axilares de nivel I y II (Kaidar-Person et al., 2021). El paciente fue tratado con una mastectomía total, lo cual implica la extirpación de toda la mama y la piel, pero se preserva los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares, es decir no se optó por el tratamiento preferido por diversos especialistas a nivel mundial en este caso. (Kaidar-Person et al., 2021)

Finalmente, la guía de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) menciona que a los hombres con receptores hormonales positivos se debe ofrecer tamoxifeno como terapia endocrina adyuvante por un período inicial de cinco años (Hassett et al., 2020). El paciente no se encontraba recibiendo tamoxifeno y no se puede confirmar si lo recibió tras la cirugía, lo que representa una limitación importante de este reporte de caso, además de la falta de información sobre el seguimiento oncológico que recibió por parte de la unidad técnica de oncología del HECAM.

Consentimiento Informado:

El paciente firmó el consentimiento informado para la obtención de la historia clínica digital que reposa en el sistema AS400, además de una entrevista adicional con el paciente para la

realización de la historia clínica retrospectiva que complementó la información de la historia clínica digital. La firma del consentimiento informado fue voluntaria, en él se detalló minuciosamente los procedimientos a realizarse, se recalcó al paciente que en cualquier momento podía retirar su autorización.

Conclusión

En conclusión, el cáncer de mama masculino es una entidad poco frecuente a nivel nacional que carece de programas de prevención primaria, que junto con el limitado conocimiento del gremio médico y de la ciudadanía contribuyen al retraso diagnóstico y terapéutico, lo que conlleva a un pronóstico desfavorable en este sexo. Además, los hombres con esta patología no tienen un enfoque terapéutico definido, este se basa en la evidencia que se obtiene de la población femenina, sin un ajuste a las particularidades anatómicas y hormonales de los hombres, sumado a su baja participación en ensayos clínicos, lo que limita el tratamiento adecuado.

Recomendaciones

1. Iniciar estrategias de tamizaje de cáncer de mama en los diferentes niveles de atención en salud en la población masculina, sobre todo en aquellos hombres que cuentan con factores de riesgo importantes, con el fin de una detección temprana y un tratamiento oportuno.
2. Incentivar al gremio médico a informarse sobre esta patología con el fin de visibilizarla y poder mejorar la atención en salud hacia estos pacientes.

3. Desarrollar campañas educativas en el primer nivel de atención, el cual es el nivel de contacto con la población, para que la ciudadanía deje de ver al cáncer de mama masculino como algo imposible en este sexo.
4. Implementar protocolos diagnósticos y terapéuticos específicos en el Sistema Nacional de Salud, basados en evidencia de calidad y que consideren las diferencias clínicas y anatómicas del cáncer de mama en hombres.
5. Incentivar la publicación de casos clínicos similares para enriquecer el poco conocimiento que existe acerca de esta patología, considerando que son un pilar fundamental para el análisis de la misma.

Bibliografía

- Ahmed, K., Sarang, K., & Dulabh, M. (2024, septiembre 10). Male Breast Cancer. *Male Breast Cancer*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526036/>
- Al Awaysih, M. M., Nofal, M. N., & Yousef, A. J. (2019). Modified Radical Mastectomy for Male Breast Cancer. *The American Journal of Case Reports*, 20, 1336. <https://doi.org/10.12659/AJCR.916947>
- Ambareen, S., Rani, K., H.kerketta, Z., & Murari, K. (2024). Male Breast Cancer: A Retrospective Analysis of Clinical and Pathological Features at a Tertiary Care Center. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*, 9(1), 3–7. <https://doi.org/10.31557/APJCC.2024.9.1.3-7>
- Antonini, M., Mattar, A., Pannain, G. D., Bittenbender, S. F., Pinheiro, D. J. P. da C., Teixeira, M. D., Amorim, A. G., Ferraro, O., Lopes, R. G. C., & Gebrim, L. H. (2024). Male and female disparities in breast cancer epidemiology: A comparative cross-sectional analysis of a Brazilian cohort (2017–2021). *Heliyon*, 10(18), e38183. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2024.E38183>
- Bhardwaj, P. V., Gupta, S., Elyash, A., & Teplinsky, E. (2024). Male Breast Cancer: a Review on Diagnosis, Treatment, and Survivorship. *Current Oncology Reports*, 26(1), 34–45. <https://doi.org/10.1007/S11912-023-01489-Z/METRICS>
- Bombón-Caizaluisa, M. F., Malatay-González, C., & Noboa-Velastegui, D. (2024). Cáncer de mama en el hombre. Reporte de caso- Breast cancer in men. Case report. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 49(2), 50–58. <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i2.6657>

- Chehab Andrade, J. C., Montes Lainez, H. D., & Campoverde Vilela, N. P. (2022). Cáncer de mama en el hombre. Reporte de caso. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 40(1). <https://doi.org/10.18537/rfcm.40.01.07>
- Cserni, G. (2020). Histological type and typing of breast carcinomas and the WHO classification changes over time. *Pathologica*, 112(1), 25. <https://doi.org/10.32074/1591-951X-1-20>
- Fentiman, I. S. (2023). Review Article Risk factors for male breast cancer. *Am J Transl Res*, 15(12), 6918–6925. www.ajtr.org
- Gao, Y., & Heller, S. L. (2023). Breast Cancer Screening in Men. *Journal of Breast Imaging*, 5(2), 104–111. <https://doi.org/10.1093/JBI/WBAC095>
- Giordano, S. H. (2018). Breast Cancer in Men. *New England Journal of Medicine*, 378(24), 2311–2320. <https://doi.org/10.1056/NEJMRA1707939>
- Gucalp, A., Traina, T. A., Eisner, J. R., Parker, J. S., Selitsky, S. R., Park, B. H., Elias, A. D., Baskin-Bey, E. S., & Cardoso, F. (2019). Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. En *Breast Cancer Research and Treatment* (Vol. 173, Número 1, pp. 37–48). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4921-9>
- Hassett, M. J., Somerfield, M. R., Baker, E. R., Cardoso, F., Kansal, K. J., Kwait, D. C., Plichta, J. K., Ricker, C., Roshal, A., Ruddy, K. J., Safer, J. D., van Poznak, C., Yung, R. L., & Giordano, S. H. (2020). Management of male breast cancer: ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 38(16), 1849–1863. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.03120/ASSET/C883070A-1EE1-4923-8E9A-989BC1E4C990/ASSETS/IMAGES/LARGE/JCO.19.03120TA1.JPG>
- Hernández Aguilar, E. J., Bermúdez Sagre, M., Martínez, G., Romero, J., & Correa, M. (2025). Caracterización del cáncer de mama en hombres en el caribe colombiano en el periodo

- 2015–2023. *Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Senology and Breast Disease*, 38(2). <https://doi.org/10.1016/J.SENOL.2024.100635>
- Huang, M., Xiao, J., Yan, C., Ling, R., & Wang, T. (2024). Clinicopathologic Features and Prognoses of Male Patients With Breast Cancer. *American Journal of Men's Health*, 18(5). <https://doi.org/10.1177/15579883241284981>
- Kaidar-Person, O., Offersen, B. V., Boersma, L. J., de Ruyscher, D., Tramm, T., Kühn, T., Gentilini, O., Mátrai, Z., & Poortmans, P. (2021). A multidisciplinary view of mastectomy and breast reconstruction: Understanding the challenges. *The Breast*, 56, 42–52. <https://doi.org/10.1016/J.BREAST.2021.02.004>
- Kwok, H. T., Van, M., Fan, K. S., & Chan, J. (2022). Top 100 cited articles in male breast cancer: A bibliometric analysis. *Breast disease*, 41(1), 15–20. <https://doi.org/10.3233/BD-201024>
- Methamem, M., Ghadhab, I., Hidar, S., & Briki, R. (2020). Breast cancer in men: A serie of 45 cases and literature review. En *Pan African Medical Journal* (Vol. 36, pp. 1–10). African Field Epidemiology Network. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.183.22574>
- Miglietta, F., Pontolillo, L., De Angelis, C., Caputo, R., Marino, M., Bria, E., Di Rienzo, R., Verrazzo, A., Buonerba, C., Tortora, G., Di Lorenzo, G., Del Mastro, L., Giuliano, M., Montemurro, F., Puglisi, F., Guarneri, V., De Laurentiis, M., Scafuri, L., & Arpino, G. (2024). Gender minorities in breast cancer – Clinical trials enrollment disparities: Focus on male, transgender and gender diverse patients. *Breast*, 75. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103713>
- Orrantia-Borunda, E., Anchondo-Nuñez, P., Acuña-Aguilar, L. E., Gómez-Valles, F. O., & Ramírez-Valdespino, C. A. (2022). Subtypes of Breast Cancer. *Breast Cancer*, 31–42. <https://doi.org/10.36255/EXON-PUBLICATIONS-BREAST-CANCER-SUBTYPES>

- Paz Vintimilla Cazorla, M., Marilyn Obando Cuero, K., Solange Bravo Torres, A., & Cecilia Andrade Rendón, J. (2021). CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO. CASO CLÍNICO. www.revistafecim.org
- PDQ Adult Treatment Editorial Board. (2025). Male Breast Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. PDQ Cancer Information Summaries.
<https://www.cancer.gov/types/breast/hp/male-breast-treatment-pdq>
- Sanchez, G., Gutierrez, A., Jiménez, J. C., Correa, R., Alegría Baños, J. A., & Grajales Alvarez, R. C. (2021). 165P Comparison of male and female breast cancer in reference hospital in Mexico. *Annals of Oncology*, 32, S90–S91. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.03.179>
- Santaballa, A. (2023, enero 24). Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. <https://seom.org/125->
[Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-mama](https://seom.org/125-)
- Spreafico, F. S., Cardoso-Filho, C., Cabello, C., Sarian, L. O., Zeferino, L. C., & Vale, D. B. (2020). Breast Cancer in Men: Clinical and Pathological Analysis of 817 Cases. *American Journal of Men's Health*, 14(4), 1557988320908109.
<https://doi.org/10.1177/1557988320908109>
- Thomas, M., Kashroom, H. Al, Reddy, S., Zaccarini, D., & Willer, K. (2024). Male Breast Cancer: Imaging Considerations for Diagnosis and Surveillance. *Journal of Clinical Medicine Research*, 16(5), 197. <https://doi.org/10.14740/JOCMR5169>
- Varzaru, V. B., Anastasiu-Popov, D. M., Eftenoiu, A. E., Popescu, R., Vlad, D. C., Vlad, C. S., Moatar, A. E., Puscasiu, D., & Cobec, I. M. (2024). Observational Study of Men and

Women with Breast Cancer in Terms of Overall Survival. *Cancers* 2024, Vol. 16, Page 3049, 16(17), 3049. <https://doi.org/10.3390/CANCERS16173049>

Wang, M., Liu, D., Zhang, Z., Dai, X., Chen, G., & Zhu, L. (2023). Molecular subtypes predict the prognosis of male breast cancer: a retrospective cohort study. *Translational Breast Cancer Research*, 4(0). <https://doi.org/10.21037/TBCR-22-24/COIF>

Yahaya, J. J., Ngaiza, A. I., Morgan, E. D., Abraham, Z. S., & Othieno, E. (2023). Invasive ductal carcinoma of breast in a 73-year old male: A rare case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 105, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108121>

Zhao, L., Cheng, H., He, D., Zhang, Y., Chai, Y., Song, A., & Sun, G. (2025). Decoding male breast cancer: epidemiological insights, cutting-edge treatments, and future perspectives. *Discover Oncology*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/S12672-025-02140-Y/FIGURES/3>