

TÍTULO: Telorragia en el varón: una condición infrecuente

AUTORA PRINCIPAL:

- Amaia Pérez del Barrio
- Nº colegiado: 393907125
- R3 Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- Teléfono: 629955273
- E-mail: amaia.perez@scsalud.es

OTROS AUTORES:

- Maria Soledad Rodríguez Duque, Anatomía Patológica, R3, HUMV.
- Pablo Menéndez Fernández-Miranda, Radiodiagnóstico, R3, HUMV.
- Pablo Sanz Bellón, Radiodiagnóstico, R3, HUMV.

RESUMEN:

Se presenta el caso de un varón de 68 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama en dos hermanas, que es remitido a la Unidad de Mama por telorragia uniorificial a través del pezón izquierdo de 2 meses de evolución. Se realiza mamografía, exploración de la secreción, ecografía y citología de la secreción. Posteriormente, se completa el estudio con galactografía -siendo este uno de los pocos casos descritos en la literatura donde se realiza esta técnica diagnóstica en un paciente varón- y con RM. Dados los hallazgos de la RM, la clínica, la citología de la secreción y los antecedentes familiares, se opta por la biopsia quirúrgica dirigida de la lesión previo marcaje con arpón, con resultado de carcinoma ductal *in situ*.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de Mama (Varón), Ecografía, Imagen por Resonancia Magnética, Mamografía, Telorragia.

AGRADECIMIENTOS: Se agradece la colaboración de los servicios de Ginecología, Oncología, Cirugía General, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica, que mediante su intenso trabajo en equipo, mejoran la vida de muchas personas.

ANAMNESIS

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia, obesidad moderada (Índice de Masa Corporal: 30,81).
- Antecedentes médicos: Bocio multinodular operado y en tratamiento sustitutivo, reflujo gastroesofágico, esteatosis hepática y pólipos colónicos en seguimiento con endoscopias periódicas dados los antecedentes familiares de cáncer colorrectal.
- Antecedentes quirúrgicos: Tiroidectomía total por bocio multinodular.
- Tratamiento habitual: levotiroxina, olmesartan, metformina, simvastatina, omeprazol, rupatadina.
- Antecedentes familiares de interés: Cáncer de mama en 2 hermanas.
 - Otras neoplasias:
 - Hermana fallecida con astrocitoma a los 59 años.
 - Hermana fallecida con Linfoma de Hodgkin y neoplasia mamaria bilateral.
 - Hermana fallecida con neoplasia mamaria a los 53 años.
 - Padre fallecido a los 80 años de neoplasia colónica.
 - Tía vía paterna fallecida a los 51 años de neoplasia gástrica.
 - Tía fallecida a los 70 años de tumor cerebral.
 - Abuelo fallecido a los 70 años de neoplasia laríngea.

Historia actual:

Varón de 68 años que consulta por telorragia oscura de mama izquierda de 2 meses de evolución. Además, también se observa una lesión verrucosa en borde de areola izquierda.

Exploración física:

En la exploración física se confirma la secreción hemática por el pezón izquierdo uniorificial (máxima a la presión a las 10 horas).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1- Mamografía y ecografía de mama izquierda (Fig. 1):

Mamografía: Pequeña cantidad de tejido fibroglandular en ambas mamas (no ginecomastia).

No se objetivan masas ni calcificaciones de características sospechosas.

Ecografía de mama izquierda: Sin hallazgos de significación patológica. Se envía muestra de la secreción para su análisis citológico.

2- Galactografía (Fig. 3):

Se realiza canalización del ducto secretante, identificándose un defecto de repleción localizado en el ducto que se ramifica hacia cuadrantes internos y que únicamente se visualiza en la proyección craneocaudal, no identificándose en la proyección lateral. Se repite

ecografía dirigida, pero se sigue sin identificar la lesión. Dados los antecedentes familiares y la clínica de secreción hemática se citará para resonancia magnética (RM).

2- RM de mama (Fig. 2):

Captación lineal patológica retroareolar izquierda de 10mm que se encuentra a 10mm de la base del pezón. No se identifican adenopatías patológicas axilares bilaterales.

4- Marcaje prequirúrgico (Fig. 4):

Tras el resultado del frotis ("frotis hemático con aisladas células atípicas") y de la RM, con las referencias de esta imagen, se decide colocar clip con guía ecográfica, ya que técnicamente no fue posible su colocación mediante RM. Previo a la cirugía, se coloca arpón sobre la lesión, para la consiguiente biopsia quirúrgica dirigida.

DIAGNÓSTICO

Como principal diagnóstico de sospecha, se debe pensar en un papiloma intraductal, por su alta prevalencia frente a otros diagnósticos menos probables. Los datos clínicos y signos que orientan hacia esta lesión son la telorragia uniorificial y la visualización de un defecto de repleción intraductal en la galactografía. Además, en el varón el 97% de las lesiones mamarias son de etiología benigna. Sin embargo, no se pueden descartar otros diagnósticos como el carcinoma ductal in situ y el carcinoma ductal infiltrante, aunque son lesiones menos frecuentes (1).

Finalmente, el diagnóstico anatomopatológico definitivo fue el de carcinoma ductal in situ (CDIS) con receptores hormonales positivos (Fig. 5).

- Estudio inmunohistoquímico de DCIS:
 - Receptores de estrógenos: positivo (+++)
 - Receptores de progesterona: positivo (+++)
 - Ki-67: 10-15 %

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Bajo anestesia general se realiza biopsia quirúrgica guiada con arpón de la mama izquierda. Dado el resultado anatomopatológico y la carga familiar de cáncer del paciente, se presenta el caso en Comité, optándose, de acuerdo con el paciente, por completar el tratamiento quirúrgico con mastectomía simple y biopsia selectiva de ganglio centinela. Se realiza estudio intraoperatorio del ganglio que descarta la existencia infiltración tumoral del mismo por lo que se decide finalizar la cirugía en ese momento.

DISCUSIÓN

La telorragia en el varón es un síntoma poco común, más aún teniendo en cuenta que la patología mamaria, a excepción de la ginecomastia, es, ya de por sí, infrecuente en los hombres, representando el cáncer de mama menos del 1% de los cánceres en el varón (1). No obstante, la telorragia en el varón es un síntoma fuertemente asociado a malignidad y que, por lo tanto, siempre debe estudiarse (1).

El estudio de la telorrea debe realizarse en todas/os las/os pacientes siempre que se trate de secreción unipórica, e incluye la mamografía, la ecografía y, cuando la secreción es hemática, citología de la misma. En la mayoría de los casos, el origen de la telorrea es una condición benigna (ectasia ductal, fármacos, etc) (1).

Del mismo modo, la galactografía es una técnica a incluir en todo/a paciente que acuda por telorrea de claras características patológicas. Sin embargo, tiene ciertas limitaciones técnicas y es compleja de realizar. Es por ello que existen muy pocos casos descritos en la literatura donde se realice esta técnica a pacientes varones. En consecuencia, la RM se ha postulado en los últimos años como técnica de elección en estos casos, dado su alto valor predictivo negativo (2).

Asimismo, aunque son necesarios más estudios dada su alta tasa de falsos positivos, actualmente está aceptado el uso de la RM para la estadificación del cáncer de mama, siempre y cuando se realice por radiólogos expertos y conocedores de todas las técnicas diagnósticas e intervencionistas, ya que, en aquellos casos en los que se detecte enfermedad adicional, esta deberá ser confirmada histológicamente si su conocimiento modificara el tratamiento de la paciente (2).

En cuanto al carcinoma ductal in situ (CDIS), aunque es una patología grave, representa el 0,6% de todos los cánceres de mama y menos del 1% de los cánceres en los hombres. Sin embargo, el paciente del caso presentaba agregación familiar de cáncer de mama y los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo de sufrirlo por dos o por tres. Algunas mutaciones, como aquellas de los genes BRCA1, BRCA2 y P53 se asocian a un riesgo muy elevado de desarrollarlo. En concreto, el gen BRCA2 es el que más se asocia a cáncer de mama en el varón (3-5).

Tanto la mamografía como la ecografía son técnicas altamente sensibles y específicas en el diagnóstico del cáncer de mama en el varón. El estudio mamográfico debe ser bilateral y, aunque el cáncer de mama bilateral sea poco frecuente, se debe realizar seguimiento de la mama contralateral tras mastectomía (1).

Como conclusión, a pesar de lo infrecuente que es el cáncer de mama en el varón, la telorragia se asocia a una lesión maligna con más frecuencia en el varón que en la mujer, por

lo que una mayor concienciación en este signo puede ayudar a realizar diagnósticos cada vez más tempranos. En cuanto al diagnóstico por imagen, en estos casos, la galactografía es una técnica que puede ser de gran ayuda para identificar la lesión y dirigir la biopsia. Por su parte, la RM es una técnica aceptada tanto para el estudio de la secreción como para el estadiaje del cáncer de mama, aunque todavía se necesitan más estudios al respecto (1-2, 6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz-Carrasco R, Álvarez-Benito M, Muñoz-Gomariz E, Raya-Povedano JL, Martínez-Paredes M. Mammography and ultrasound in the evaluation of male breast disease. *Eur Radiol* 2010; 20(12): 2797-805.
2. Hollignsworth AB, Stough RG, O'Dell CA, Brekke CE. Breast magnetic resonance imaging for preoperative locoregional staging. *Am J Surg*. 2008; 197:389-97.
3. Abdelwahab Yousef AJ. Male Breast Cancer: Epidemiology and Risk Factors. *Semin Oncol*. 2017;44(4):267-272.
4. Cobain EF, Milliron SD. Updates on breast cancer genetics: Clinical implications of detecting syndromes of inherited increased susceptibility to breast cancer. *Semin Oncol*. 2016; 43:528-35.
5. Shiovitz S, Korde LA. Genetics of breast cancer: a topic in evolution. *Ann Oncol*. 2015; 26:1291-9.
6. Leon-Ferre RA, Giridhar KV, Hieken TJ, et al. A contemporary review of male breast cancer: current evidence and unanswered questions. *Cancer Metastasis Rev*. 2018;37(4):599-614.

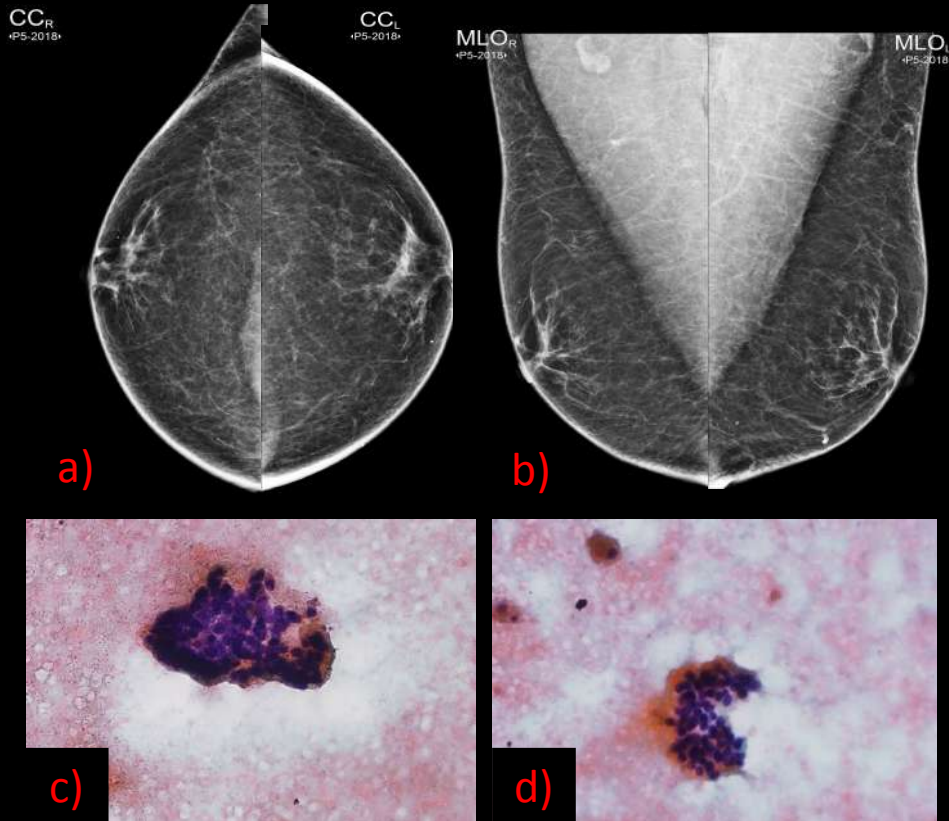


Figura 1. Mamografías de ambas mamas en proyección craneocaudal (a) y oblicua mediolateral (b); y citología de la secreción (c, d) mamaria. En las mamografías únicamente se observa una pequeña cantidad de tejido fibroglandular mamario. Por su parte la citología pone de manifiesto la existencia de componente hemático con presencia de células en grupos y placas con atipia. Se aprecian también células espumosas cargadas con hemosiderina.

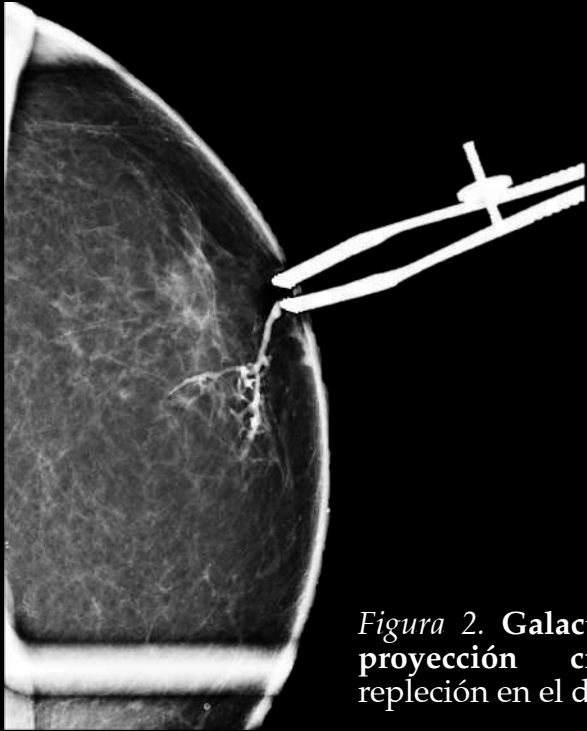


Figura 2. Galactografía de mama izquierda, proyección craneocaudal. Defecto de repleción en el ducto secretante.

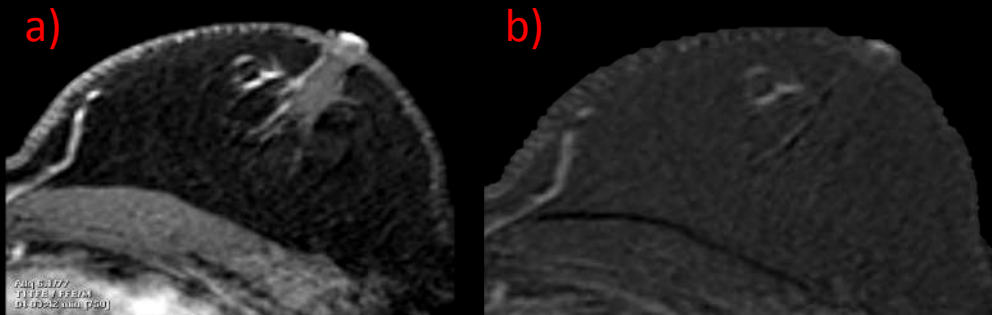
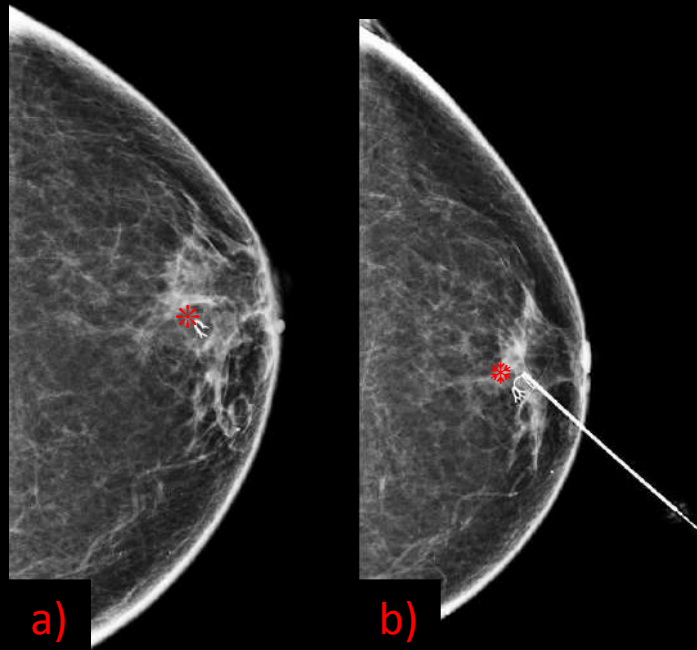


Figura 3. RM de mama izquierda - secuencias axiales potenciadas en T1 con saturación de la grasa, tras la administración de contraste **(a)** y sustracción **(b)**. Se observa una captación lineal patológica periareolar interna de 10 mm de diámetro, a 10 mm de la base del pezón. No se identifican adenopatías patológicas axilares bilaterales.



c)

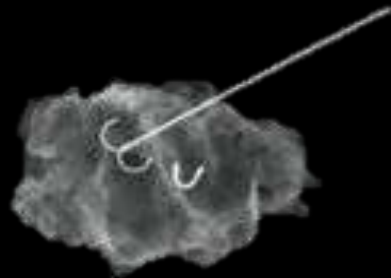
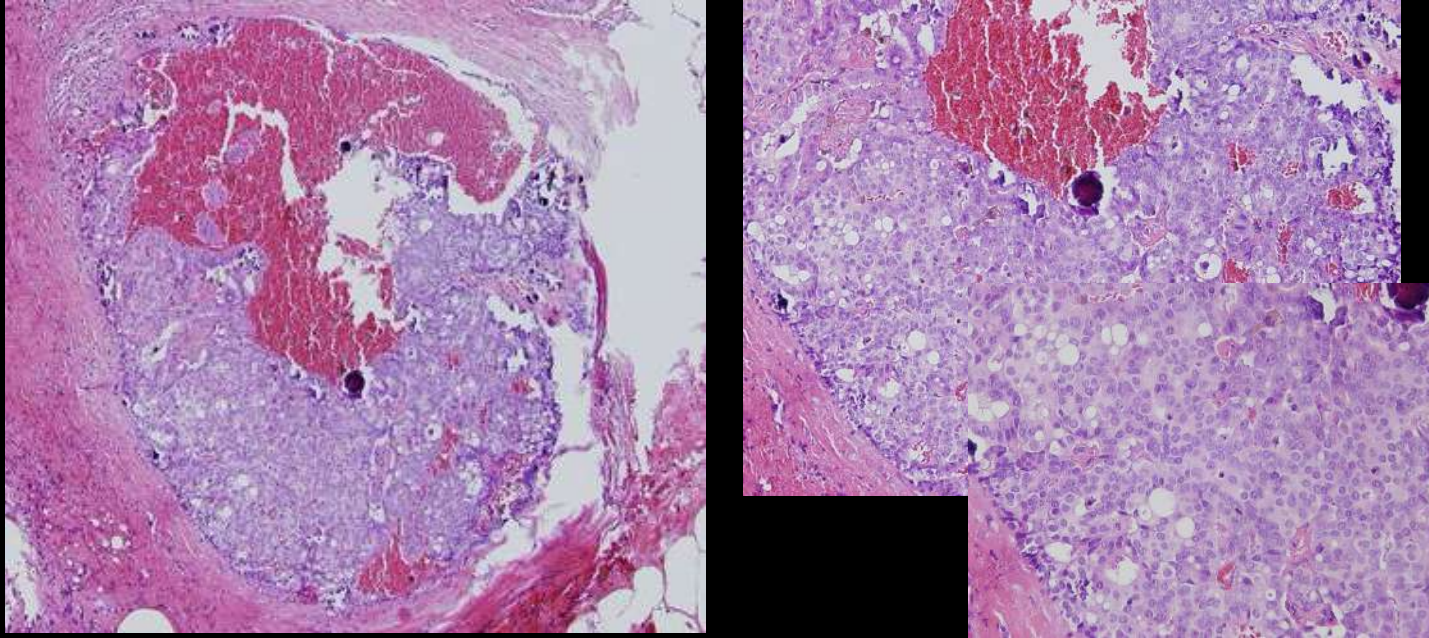


Figura 4. Mamografías en proyección craneocaudal (a, b) y pieza quirúrgica (c). Se visualiza el clip () y el arpón (*) en las mamografías, que posteriormente fueron extraídos junto con la pieza quirúrgica.*



*Figura 5. Biopsia de la lesión. Foco de carcinoma ductal *in situ* de grado intermedio.*