

Mamas ectópicas axilares: indicaciones para el tratamiento quirúrgico Ectopic axillary breasts: indications for surgical treatment

J. P. Roldán-Aviña, S. Merlo-Molina, M. J. Pérez-de la Fuente, F. J. Torres-Gómez,
P. Fernández-Machín

Hospital de Alta Resolución Sierra Norte. Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Constantina, Sevilla

Autor para correspondencia: juanp.roldan.sspa@juntadeandalucia.es

RESUMEN

Introducción: El tejido ectópico axilar es una alteración que se presenta entre el 1 y el 6 % de las mujeres, formando parte del diagnóstico diferencial de las tumoraciones axilares.

Material y métodos: Presentamos una serie de 10 mujeres intervenidas entre mayo de 2009 y mayo de 2015. Se realiza una revisión sobre las indicaciones y técnicas quirúrgicas, así como del manejo general de esta patología.

Resultados: En todos los casos se confirmó la existencia de tejido mamario ectópico en la pieza quirúrgica. Una paciente tuvo que ser reintervenida por restos de tejido no extirpados, siendo las complicaciones poco frecuentes y leves en el resto de las pacientes.

Conclusiones: Las mamas ectópicas axilares tienen un diagnóstico clínico. Deben ser intervenidas ante el potencial riesgo de malignización y preferentemente con técnicas que permitan un análisis anatomopatológico completo.

Palabras clave: Anomalías congénitas de la mama, mama ectópica axilar, mamas supernumerarias.

ABSTRACT

Background: The axillary ectopic tissue is a disorder that occurs between 1 and 6 % of women, forming part of the differential diagnosis of axillary tumors.

Material and methods: We present a 10 women serie operated between may 2009 and may 2015. A review of the indications and surgical techniques including the overall management of this pathology is performed.

Results: Ectopic breast tissue was confirmed in all the surgical specimen. One patient had to be reoperated for not removed tissue. Complications were infrequent and mild in the other patients.

Conclusions: Ectopic axillary breast have a clinical diagnosis and must be removed because the potential risk of malignancy and preferably with surgical techniques which allow a complete histopathologic analysis.

Keywords: Congenital anomalies of the breast, axillary ectopic breast.

INTRODUCCIÓN

Cuando existe, el tejido mamario ectópico está presente desde el nacimiento, aunque habitualmente no se hace evi-

dente hasta la pubertad, durante el embarazo o en la lactancia. Su origen está en un fallo en la regresión de la cresta mamaria durante el desarrollo embriológico. La incidencia descrita va del 1 al 6 % de las mujeres, siendo bilateral en

aproximadamente un tercio de los casos (1), incluyéndose en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones axilares. Engloba un amplio espectro de alteraciones recogidas en la clasificación de Kajava (2) (Tabla I).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan los datos de 10 pacientes intervenidas de mama ectópica axilar entre octubre de 2009 y mayo de 2015 en el Hospital de Alta Resolución Sierra Norte (Constantina, Sevilla). En la Tabla II quedan recogidos la edad, lateralidad, síntomas, tiempo de evolución, tamaño, pruebas complementarias y complicaciones de las pacientes. Ninguna de las pacientes presentaba riesgo incrementado de cáncer de mama por antecedentes personales y/o familiares.

TABLA I
CLASIFICACIÓN DE KAJAVA

TIPO 1	Pezón, areola y tejido glandular (polimastia)
TIPO 2	Pezón y tejido glandular sin areola
TIPO 3	Areola y tejido glandular sin pezón
TIPO 4	Sólo tejido glandular
TIPO 5	Pezón, areola y tejido adiposo que sustituye al tejido glandular (pseudomama)
TIPO 6	Sólo pezón (politelia)
TIPO 7	Sólo areola (politelia areolar)
TIPO 8	Placa de folículos pilosos (politelia pilosa)

Las pacientes fueron intervenidas por el mismo equipo de dos cirujanos, practicándose la exéresis en bloque de la tumoración en todos los casos, suturando el tejido celular subcutáneo en 2 planos con Vicryl® 2/0 (profundo) y Vicryl rapide® 3/0 (superficial), cerrando la herida cutánea con grapas. En un caso se dejó un drenaje aspirativo. Todas las pacientes cumplieron los criterios para ser dadas de alta en régimen de CMA. Las piezas quirúrgicas fueron remitidas para su estudio anatomopatológico, siendo informadas en todos los casos como “tejido mamario sin alteraciones compatible con mama axilar”.

RESULTADOS

El diagnóstico clínico se confirmó con ecografía en aquellos casos en los que quedaba duda sobre la posibilidad de que se tratase de un lipoma. Se solicitaron también dos mamografías por referir la paciente también molestias a nivel de la cola de Spence, siendo ambas informadas como sin hallazgos (categoría BI-RADS 1). No hubo presentación bilateral, aunque una paciente se intervino de ambos lados con 5 años de diferencia. Llama la atención que dos pacientes tardaran 10 y 12 años respectivamente en consultar por sus síntomas.

Las pacientes se revisaron a la semana y al mes de la intervención. Respecto a las complicaciones, la que consideramos más importante fue la existencia de un nódulo residual en la primera paciente de la serie, que obligó a su reintervención 5 meses más tarde. Este postoperatorio cursó sin incidencias y el informe anatomopatológico confirmó la existencia de tejido mamario ectópico. Hubo otras 3 pacientes con complicaciones menores: reagudización de una tendinitis previa, seroma de la herida y presencia de parestesias en la herida, que se resolvieron sin incidencias.

TABLA II
DATOS DE LAS PACIENTES

	EDAD	LADO	SÍNTOMA/S	T. EVOL.	P. COMPL.	TAMAÑO	COMPLICACIONES
1	32	Izdo.	Nódulo dolor cíclico	7 años	Ecografía	5,5 cm	Nódulo residual (reintervención) ^a
2	41	Dcho.	Nódulo dolor cíclico	2 años	Ecografía	4,7 cm	Agudización dolor hombro (tendinitis) ^b
3	30	Izdo.	Nódulo dolor cíclico	3 años	-	4 cm	No
4	38	Izdo.	Nódulo aumento tño.	10 años	-	6 cm	No
5	41	Dcho.	Nódulo dolor cíclico	4 años	Ecografía mamografía	5 cm	No
6	30	Izdo.	Nódulo dolor cíclico	12 años	Ecografía	4,8 cm	No
7	41	Izdo.	Nódulo dolor cíclico	1 año	Ecografía mamografía	5,2 cm	Seroma (punción)
8	41	Izdo.	Nódulo aumento tño.	2 años	Ecografía	4,5 cm	No
9	45	Dcho.	Nódulo dolor cíclico	2 años	-	3 cm	Parestesias (autolimitadas)
10	37	Dcho.	Nódulo aumento tño.	1 año	-	4,5 cm	No

^a: el nódulo residual medía 3,5 cm, se detectó a los 5 meses y no hubo complicaciones tras la reintervención. ^b: resuelta con rehabilitación y fisioterapia. -: es la misma paciente intervenida del lado contralateral 5 años más tarde.

El resultado estético y funcional fue considerado muy bueno en todas las pacientes, permaneciendo el 100 % asintomáticas en la actualidad.

DISCUSIÓN

El diagnóstico es clínico y debe sospecharse ante toda tumoración axilar, sobre todo si se asocia a dolor y/o cambios de tamaño cíclicos coincidentes con el periodo menstrual (3). Es importante la palpación de ambas axilas, aunque la paciente consulte por un nódulo unilateral, sin olvidar que puede aparecer tejido mamario ectópico en toda la línea mamaria (Figuras 1, 2 y 3). Clínicamente se ha descrito la existencia del llamado "signo de la V" que facilita el diagnóstico de mama axilar frente a otras tumoraciones axilares (4).

El diagnóstico diferencial es amplio y está recogido en la Tabla III. Debe incluir desde los procesos malignos primarios como cáncer de mama, melanoma o linfoma, metástasis ganglionares, hasta procesos benignos como los lipomas, hidradenitis o quistes epidérmicos, sin olvidar la posibili-

dad de malformaciones de tipo vascular (5). Puede llegar a ser tan amplio el diagnóstico diferencial que Visconti y cols. describieron un algoritmo que facilita el diagnóstico en los casos de unilateralidad (3). Por su importancia, queremos destacar que se ha descrito una incidencia de cáncer

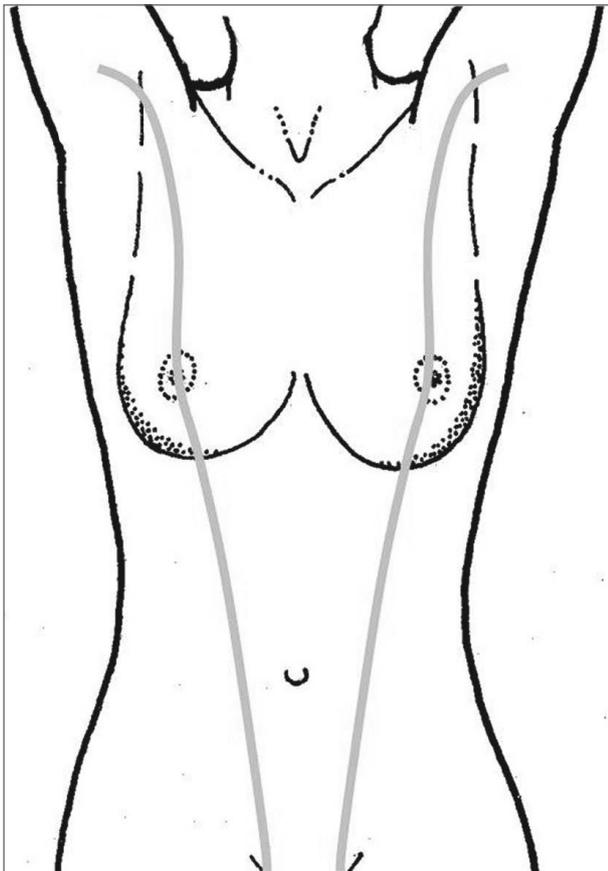


Fig. 1. Líneas mamarias.



Fig. 2. Mama axilar izquierda.



Fig. 3. Mama axilar izquierda (detalle).

TABLA III

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CAUSAS BENIGNAS			CAUSAS MALIGNAS
Infeciosas	Vasculares	Otras causas	Tumores primarios o metástasis
Hidradenitis	Aneurismas	Lipoma	Cáncer mama ectópico
Linfadenitis	Linfangiomas	Quiste epidérmico	Cáncer cutáneo
Forúnculo	Fístulas A-V	Prolongación axilar de la mama (cola de Spence)	Linfomas
Quiste infectado			Tumores tejidos blandos
Tuberculosis			Metástasis ganglionares
Enf. araña gato			

de mama ectópico de alrededor del 0,3 % (de los cuales el 60-70 % tienen localización axilar) (6). La bilateralidad se asocia a mayor riesgo de malignización (7).

En la ecografía y/o en la mamografía, los hallazgos incluyen nódulos sólidos axilares cuya ecogenicidad/densidad es la misma que la del tejido mamario normal (8). En caso de duda se recomienda la realización de una punción-aspiración con aguja fina seguida de biopsia excisional (9).

Respecto a la técnica quirúrgica, se recomienda la escisión completa (6,9,10). Otros autores proponen un manejo según el exceso de tejido axilar, incluyendo la exéresis simple con o sin extirpación cutánea combinada o no con liposucción (11,12). El problema que presentan estas técnicas es que se obtiene un material sólo apto para estudio citopatológico, no pudiéndose realizar un estudio anatomopatológico como es deseable, por lo que no las consideramos indicadas al igual que otros autores (13).

Las complicaciones suelen ser poco frecuentes y de fácil manejo, como las ocurridas en nuestra serie. Aunque están descritas mayores complicaciones en cuanto a incidencia e importancia (como la lesión del nervio intercostobraquial, o como en nuestro caso la exéresis incompleta) (1).

En el caso de que se trate de un cáncer de mama ectópico, el manejo es el mismo que el localizado en la glándula mamaria, tanto desde el punto de vista quirúrgico como posteriormente en los protocolos oncológicos (6,14).

CONCLUSIONES

Las mamas ectópicas axilares tienen un diagnóstico eminentemente clínico. Deben ser intervenidas ante el potencial riesgo de malignización, preferentemente con técnicas que permitan un análisis anatomopatológico completo.

BIBLIOGRAFÍA

- Down S, Barr L, Baidam AD, Bundred N. Management of accessory breast tissue in the axilla. *Br J Surg* 2003;90:213-4.
- Bertó J, Peña ML. Polimastia y tejido mamario accesorio. *Piel* 2005;20:483-4.
- Visconti G, Eltahir Y, Van Ginkel RJ, Bart J, Werker PM. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: Where are we? A comprehensive historical literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011;64:1-11.
- Naraynsingh V, Cawich SO, Maharaj R, Dan D, Hassranah D. Anatomic and clinical rationale of the V-sign to detect accessory axillary breast tissue. *Int J Womens Health* 2014;6:245-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S58709>.
- Silverberg MA, Rahman MZ. Axillary breast tissue mistaken for suppurative hidradenitis: an avoidable error. *J Emerg Med* 2003;25:51-5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0736-4679\(03\)00099-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0736-4679(03)00099-4).
- Sánchez M, García JA, Iglesias E, Sainz JA, Delgado C, Garrido R. Cáncer de mama ectópico axilar. *Clin Invest Gin Obst* 2014;41:185-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.03.007>.
- Karnak I, Kotiloğlu E, Tanyel C, Hiçsönmez A. Axillary breast tissue in an adolescent girl. *J Pediatr Surg* 1995;30:1369. DOI: <http://dx.doi.org/10.4161/derm.2.1.12489>.
- Kim HS, Cha ES, Kim HH, Yoo JY. Spectrum of sonographic findings in superficial breast masses. *J Ultrasound Med* 2005;24:663-80. DOI: <http://www.jultrasoundmed.org/content/24/5/663.full.pdf>.
- Farcy DA, Rabinowitz D, Frank M. Ectopic glandular breast tissue in a lactating young woman. *J Emerg Med* 2011;41:627-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.11.033>.
- Seifert F, Rudelius M, Ring J, Gutermuth J, Andres C. Bilateral axillary ectopic breast tissue. *Lancet* 2012;380:835.
- Bartsich SA, Ofodile FA. Accessory breast tissue in the axilla: Classification and treatment. *Plast Reconstr Surg* 2011; 128: 35e-36e. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182173f95>.
- Jeremy SM, Jack CS, Vincent YK, Evan WK. The use of microdebrider for the treatment of accessory axillary breast. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012; 65: 301-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2012.05.023>.
- Araco A, Gravante G, Gentile P, Araco F, Delogu D, Cervelli V. Accessory axillary breast tissues. *Aesth Past Surg* 2006; 30: 727-728. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-006-0117-5#>.
- Corsi F, Sartani A, Rizzi A, Nosenzo MA, Foschi D, Alineri S, et al. Primary carcinoma of ectopic breast tissue. *Clin Breast Cancer* 2008;8:189-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3816/CBC.2008.n.021>.