



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-538 - TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO AXILAR BILATERAL CON PEZONES SUPERNUMERARIOS FUNCIONALES

Chas Garibaldi, María Pía; Gallart Aragón, Tania; Alcaide Lucena, Miriam; de Reyes Lartategui, Saturnino; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Resumen

Objetivos: La presencia de tejido mamario ectópico axilar es una patología poco frecuente, presente entre el 1-6% de las mujeres, siendo bilateral en un tercio de los casos y con pezones funcionales en muchos menos. Se presenta a paciente intervenida en mayo de 2020 en el Hospital Clínico San Cecilio de exéresis de tejido mamario ectópico axilar bilateral con pezones supernumerarios también bilaterales.

Caso clínico: Mujer de 33 años de edad con antecedentes de colocación de prótesis mamarias y de dos embarazos, que consulta en Unidad de Patología Mamaria por tumoraciones axilares bilaterales que aumentaron de tamaño con ambos embarazos y la lactancia, indurándose e incluso secretando leche materna, saliendo abundante cantidad de material por las axilas. A la exploración se observaban tumoraciones bilaterales con pezones bilaterales supernumerarios de tamaño milimétrico en ambas líneas axilares, confirmándose los hallazgos con una resonancia magnética.

Resultados: Se propone para exéresis en bloque conjuntamente con pezones supernumerarios. Se realizan en cada axila una incisión en hélice en la que se incluye el pezón, y al abrir se observa tejido glandular mamario bien desarrollado, el derecho de unos 6 × 5 cm y el izquierdo de unos 4 × 3 cm que se logran reseca sin incidencias. La anatomía patológica de las piezas confirma los hallazgos.

Conclusiones: El tejido glandular mamario ectópico es una rareza anatómica que se encuentra presente desde el nacimiento aunque no suele evidenciarse hasta la pubertad, embarazo o lactancia, puesto que responde a estímulos hormonales. Su origen está en un fallo en la regresión de la cresta mamaria durante el desarrollo embrionario. La localización más común del tejido mamario ectópico es la axila en un 60-80%. Este tejido ectópico puede consistir en tejido glandular (polimastia), desarrollo de areola (politelia) o ambos. El diagnóstico diferencial es amplio y debe incluir desde procesos malignos primarios o metástasis ganglionares hasta procesos benignos como lipomas, quistes, hidradenitis, etc. El carcinoma primario del tejido mamario ectópico constituye un 0,3-0,6% de todos los casos de cáncer de mama y la bilateralidad del proceso se asocia a mayor riesgo de malignización, por lo que se recomienda generalmente tratamiento quirúrgico profiláctico con exéresis completa como en el caso de nuestra paciente.