CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):817

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-649 - CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA DE LOCALIZACIÓN ECTÓPICA EXTRA-AXILAR

Menor Durán, Pedro Daniel; Martínez Ramos, David; Suelves Piqueres, Consuelo; Nicolau Ribera, María Jesús; Queralt Martín, Raquel; Granel Villach, Laura; Fernández García, Pilar; Escrig Sos, Vicente Javier

Hospital Universitario General de Castellón, Castellón de La Plana.

Resumen

Introducción y objetivos: El desarrollo embriológico de la glándula mamaria se produce entre la 5ª y la 6ª semana, siguiendo la conocida línea mamaria, que se dirige desde la axila hasta la ingle. Cuando no se produce la regresión normal del tejido mamario, éste queda con una localización ectópica, produciendo polimastias y/o politelias (2-6% de la población). La localización más frecuente de este tejido mamario ectópico es en la axila, siendo menos frecuente su localización en otro punto de esta línea. Aunque es infrecuente y existen pocos casos comunicados en la literatura, este tejido mamario ectópico puede llegar a malignizar (0,3% de los cánceres de mama), siendo todavía menos frecuente que la degeneración maligna se produzca fuera de la axila. Cuando se produce, puede afectar tejido subcutáneo y piel. El diagnóstico incluiría la historia clínica y anamnesis, estudio radiológico y la anatomía patológica. Se debe completar estudio de extensión. La no afección de la mama homolateral podría evitar el tratamiento de la misma. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de un carcinoma de mama de localización ectópica extraaxilar. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 76 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que fue remitida a nuestra unidad desde el Servicio de Dermatología por presentar una lesión eccematosa y ulcerada, de unos 7cm de diámetro máximo, localizada por debajo del surco submamario de más de 1 año de evolución que no había mejorado con diversos tratamientos tópicos. La paciente no refería haber tenido ninguna lesión previa en esa zona. La biopsia incisional demostró un carcinoma ductal infiltrante de mama. Los estudios mamográfico y ecográfico resultaron normales, sin apreciarse imágenes sugestivas de malignidad. La TC toraco-abdominal no demostró afectación de otros órganos. Con estos datos, sin objetivarse otro tumor primario potencialmente metastásico, se diagnosticó de carcinoma ductal infiltrante sobre tejido mamario ectópico. Dado el tamaño de la lesión y los propios deseos de la paciente se realizó una exéresis completa de la lesión con márgenes de seguridad y mastectomía radical modificada. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica demostró la presencia de un carcinoma ductal infiltrante de 6,5 × 4,5 cm localizado en piel y tejido celular subcutáneo sin relación con el tejido de la mama extirpada. En la mama no se observaron lesiones malignas. De las 19 adenopatías aisladas, 18 fueron positivas para malignidad. A la paciente se le completó el tratamiento adyuvante.

Discusión: Aunque es infrecuente, el tejido mamario ectópico extra-axilar puede presentar una degeneración neoplásica. Es importante mantener un alto índice de sospecha ante lesiones localizadas en la línea mamaria para poder realizar un diagnóstico precoz. El esquema diagnóstico-terapéutico en estos casos, no debería ser diferente al del cáncer de mama de localización ortotópica, teniendo en cuenta las posibles diferencias en extensión metastásica regional.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados