

# A propósito de un caso de neoplasia de mama supernumeraria

F.J. Iriarte Irurzun,  
M.J. García-Dihinix Checa,  
R. Gastaminaza Garaicoechea,  
M. Martínez Díez,  
V. Aguilera Diago

## SUMMARY

*A case of ectopic breast cancer is described, doing a brief study and commentary of the respective literature, as well as that of the embryological development of ectopic mammary glands, and of the tumours that can grow in them.*

## Palabras clave

*Neoplasia, Mama supernumeraria, Rebordes mamarios*

La incidencia de mamas supernumerarias oscila entre el 1-2 %, siendo más frecuente en la hembra que en el varón.

Su lugar de aparición es en cualquiera de los puntos del largo recorrido inguinoaxilar de los surcos mamarios.

Las mamas supernumerarias están constituidas por tejido mamario, que, como tal, no está exento de la posibilidad de aparición de una neoformación, ya sea de origen benigno o maligno, siendo ambas eventualidades de rara aparición clínica.

## CASUISTICA

Se trata de una paciente de 60 años, casada, que desde hace aproximadamente 15 años nota la aparición de una tumoración submamaria derecha sin lesión previa aparente. Dicha tumoración aumentaba de tamaño con los ciclos menstruales, acompañada de signos inflamatorios locales, así como de parestesias. La paciente achacaba dichas molestias a la irritación producida por el roce con el sujetador.

Hace 8-10 años, la tumoración comenzó a ulcerarse, respondiendo bien al tratamiento tópico. Durante los dos últimos meses, la tumoración comenzó a sangrar, motivo que ocasionó su consulta. No ha presentado otras anomalías subjetivas.

Cátedra de Patología Quirúrgica «B».  
Prof. Dr. M. González González.  
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza,  
Avda. Gómez Laguna, s/n. Zaragoza.

## EXPLORACION

- a) Inspección normal.
- b) A la palpación, axilas y hueco supraclavicular derecho normales. En hueco supraclavicular izquierdo existía una adenopatía firme y rodadera. Siguiendo el borde mamario derecho, y algo por debajo del pliegue inframamario, existe una tumoración dura, ulcerada, invaginada, que infiltra piel adyacente muy adherida a planos profundos, dando la impresión de tratarse de una tumoración dependiente de parrilla costal.

Se solicitan pruebas complementarias, obteniendo los resultados siguientes:

- Analítica de sangre y orina normales.
- Xerografía de parrilla costal normal.
- Xerografía de ambas mamas: se aprecia en mama derecha un nódulo de menos densidad que los tejidos vecinos, bien delimitado y sin alteración de estructuras vecinas, con posible diagnóstico de fibroadenoma o adenopatía. La mama izquierda no presenta diferencias ostensibles respecto a la mama derecha.
- Gammagrafía ósea sin hallazgos patológicos.

A la vista de las pruebas complementarias, practicamos la biopsia correspondiente, cuyo resultado anatomopatológico fue de «adenocarcinoma con posible infiltración dérmica por carcinoma mamario».

Antes de ser sometida a tratamiento quirúrgico, consideramos oportuno el tratamiento radioterápico previo a la cirugía, a base de radioterapia de alta energía con electrones, a la dosis de 4.500 rads en campo directo y amplio.

Un mes después del tratamiento radioterápico, se somete a intervención quirúrgica consistente en exéresis en bloque de la tumoración, sin incluir parrilla costal ni esternón, mediante incisión fusiforme próxima a zona esternal, siguiendo el surco inframamario, suturando por planos y colocando un Redon.

La evolución postoperatoria fue normal, dándole de alta para seguir tratamiento ambulatorio a los once días de la intervención.

El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el preoperatorio de «adenocarcinoma de tejido mamario supernumerario».

Los controles clínicos periódicos de la paciente, desde que fue intervenida el día 9.1.84, son totalmente normales.

## DISCUSION

El primer estadio embriológico en la formación y desarrollo de la glándula mamaria hay que buscarlo en los llamados «rebordes o crestas mamarias». Estas líneas mamarias ya aparecen en embriones de 7 mm de longitud, aunque es difícil distinguirlos en este período.<sup>1</sup> Se extienden bilateralmente desde las regiones inguinales a las axilares (fig. 1).

En muchos mamíferos aparecen a lo largo de estos rebordes mamarios pares de glándulas mamarias, no así en la especie humana, entre otros, donde desarrollan sólo un par de mamas que asientan sobre los mencionados rebordes.<sup>2,3</sup>

El nivel al que aparecen las mamas en los 2 rebordes mamarios no difiere en gran manera de una a otra raza.

Aunque las variaciones se producen dentro de límites más bien pequeños, en la región pectoral, debemos constatar que con frecuencia pueden aparecer a lo largo del reborde pezones y/o mamas supernumerarias, así como en otras regiones del cuerpo no relacionadas aparentemente con el reborde mamario (fig. 2).

La aparición de pezones o de mamas supernumerarias estaría de algún modo relacionada al sexo, en el sentido de que en la hembra predominaría la polimastia y en el varón la politelia.

Todas estas alteraciones, así como las amastias, las asimetrías mamarias o las mamas gigantes unilaterales,<sup>4</sup> entidad nosológica también de posible origen genético, son anomalías conocidas aunque no frecuentes.

La incidencia de mamas supernumerarias oscila entre el 1-2 % y es dos veces más frecuente en hembras que en varones, tal y como constatan Smith y col.,<sup>5</sup> quienes, citando a los autores Copeland y Geschicker,<sup>6</sup> distinguen entre tejido mamario ectópico y mamas supernumerarias.

En el primer caso no existiría pezón ni areola, siendo su localización muy próxima al tejido mamario, en tanto que en las mamas supernumerarias existirían todos los tejidos, glandular, epitelial, areola y pezón, y su localización sería a lo largo de la línea o reborde mamario inguinoaxilar. Los asientos de predilección de dichas mamas supernumerarias serían la región axilar<sup>7</sup> y submamaria, y los asientos de menor incidencia serían las zonas vulvares.

En el caso de nuestra paciente la lesión apareció sobre una tumoración que variaba en su tamaño y sensibilidad sincrónicamente con los ciclos menstruales.

Por tanto, y según la teoría de Copeland y Geschicker,<sup>6</sup> nuestra paciente sería un caso de tejido mamario ectópico, por carecer de pezón y estar en las proximidades del

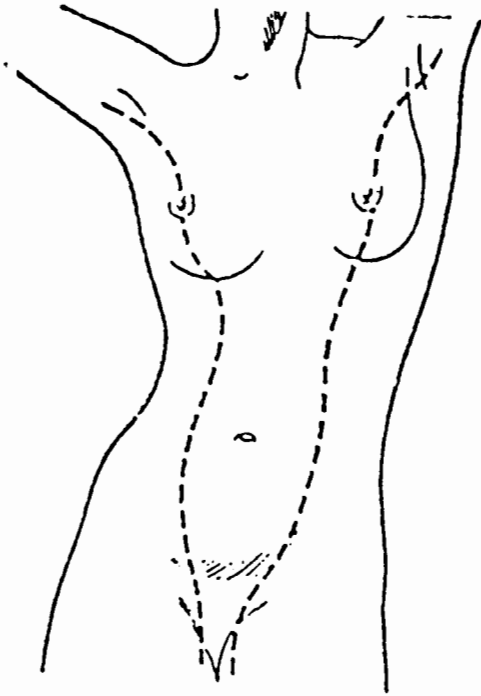


Fig. 1. Posición de los rebordes mamarios según WJ Hamilton.

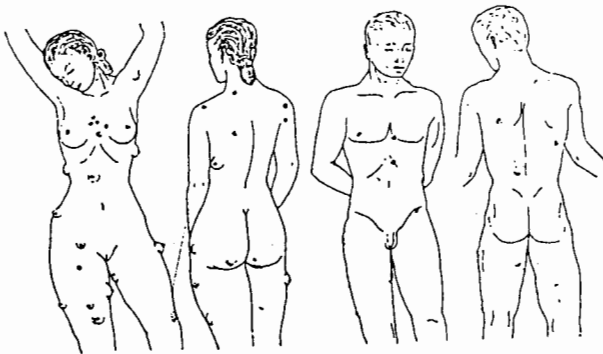


Fig. 2. Diagrama según Bradley y M Patten.

tejido mamario, aunque cerca del pliegue inframamario, donde son más frecuentes las polimastias.

La aparición de tumoraciones en estas mamas supernumerarias es realmente una rara eventualidad, tanto en lo que se refiere a tumoraciones benignas como fibroadenoma, galactoceles, enfermedad quística,<sup>8</sup> adenomas papilares del mamelón<sup>9</sup> y adenomatosis erosiva<sup>10</sup> o papiloma intracanalicular en pezón supernumerario, como a tumoraciones malignas,<sup>5</sup> que, según algunos autores, aparecen más frecuentemente que las benignas.

En nuestra paciente tanto la biopsia preoperatoria como el estudio de la pieza de exéresis han confirmado el diagnóstico de «adenocarcinoma de mama».

Es digno de comentar el hecho de la larga historia de aparición de la tumoración y el microtraumatismo local con el sujetador. Ambos hechos pueden conducir a un error diagnóstico, como en realidad ocurrió durante 8-10 años.

Creemos fundamental, dado lo poco frecuente de estas lesiones, ante la más mínima duda, y a pesar de otros estudios complementarios, el practicar una biopsia para aclarar la posible duda.

Nuestro caso, así como la revisión de la literatura, nos permiten afirmar que las lesiones a lo largo de los surcos mamarios o en sus proximidades, si no desaparecen en un tiempo prudencial, deben ser objeto de estudio anatomopatológico, ya que, a pesar de su rareza, pueden ser neoformaciones malignas, implantadas sobre tejido mamario ectópico o supernumerario.

## RESUMEN

Se describe un caso de neoplasia de mama supernumeraria, realizándose un breve estudio y comentario de la literatura al respecto, así como del desarrollo embriológico de las mamas supernumerarias y de las tumoraciones que pueden implantarse en las mismas.

## REFERENCIAS

- Hamilton WJ, Boyd JD, Mossman HW. Embriología humana. Ed. 4.<sup>a</sup> Intermédica. Argentina 1983; 591-598.
- Gray W. Anatomía. Salvat. Barcelona 1985; II. 174-175.
- Bradley M. Patten. Embriología humana. Ed. 5.<sup>a</sup> Ateneo. Buenos Aires 1973; 214-215.
- Badejo OA. Familiar occurrence of unilateral giant breast in Nigeria: a posible new genetic entity. J Med Genetica 1984; 21: 114-116.
- Smith GMR, Greening WP. Carcinoma of aberrant tissue. Brit J Surg 1972; 59(2): 89-91.
- Copeland, Geschicker. Carcinoma of aberrant tissue. Brit J Surg 1972; 59(2): 89-91.
- Kaye Bernhard L. Axillary breast: a significant esthetic deformity. Plast Reconstr Surg 1974; 53(1): 61-63.
- Hassim AM. Bilateral fibroadenomata in supernumerary breast of the vulva. J Obstet Gynaec Brit Cwlth 1969; 76: 275-277.
- Palou J. Adenome papillaire du mamelon, associe a une areole supernumeraire. Ann Dermatol Venereol 1981; 108: 277-283.
- Gestin N. Adenomatose erosive sur mamelon supernumeraire. Senología 1981; 6(3): 217-218.