

PRESENTACIÓN DE CASO

Cáncer en mama supernumeraria. Presentación de un caso. Hospital Clínico Quirúrgico Docente 10 de Octubre

Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana. Cuba.

MSc. Dr. Alfonso Guillermo Ramos Sosa¹, Dra. Mónica Ramos Ortiz², Dra. Juana Margarita López Vergara³.

¹Médico Especialista de Segundo Grado en Oncología, Máster en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar, Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, Cuba. ²Especialista en Medicina General Integral y en Primer Grado en Cirugía, Diplomado en Mastología, Profesor Instructor, Instituto Nacional de Oncología y Radiología (INOR), La Habana, Cuba. ³Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica, Profesora Auxiliar, Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, Cuba.

RESUMEN

La presencia de tejido mamario ectópico o mama supernumeraria, desarrollado a lo largo de la línea mamaria, es infrecuente, pero tiene un alto riesgo de malignizarse. Se presenta el caso de una paciente de 71 años de edad, que presentó una masa aumentada de volumen en el extremo superior de la línea mamaria, cercana a la axila derecha, y otra masa ubicada a la hora 12 del reloj, cercano a la areola. El estudio anatomopatológico de ambos procesos tumorales de la mama derecha correspondió con un carcinoma lobular. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, encontrándose una adenopatía axilar derecha positiva de enfermedad maligna. Recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

Palabras clave: mama supernumeraria; cáncer de mama; carcinoma lobular.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la mama, dentro del sistema ginecológico, es importante para muchas especialidades, en primer lugar por la gran importancia de la lactancia materna y el beneficio que significa la misma tanto para la madre, como para el niño, y además, porque en la actualidad, la patología mamaria constituye un serio problema de salud en el mundo, producto del incremento de las enfermedades malignas en este órgano, lo cual también ocurre en pacientes geriátricos dado el aumento de la expectativa de vida en la población.

Durante el desarrollo embrionario estas glándulas de secreción externa se originan en dos bandas engrosadas del ectodermo durante la séptima semana de vida intrauterina, las cuales se extienden desde las axilas hasta las regiones inguinales, constituyendo las líneas mamarias; poco tiempo después desaparecen y se ubican en el tórax sobre la región pectoral a ambos lados de la línea media. (Figura 1) Con posterioridad, estas bandas ectodérmicas sufren una regresión tardía en el periodo perinatal, debido a una proliferación del mesénquima y debajo de la areola aparece el pezón.(1,2)

Cuando se habla de desarrollos anormales de la mama es necesario señalar dos términos: la asimetría mamaria y las ectopias, bajo esta última denominación se reconocen dos condiciones: tejido mamario ectópico en la línea mamaria

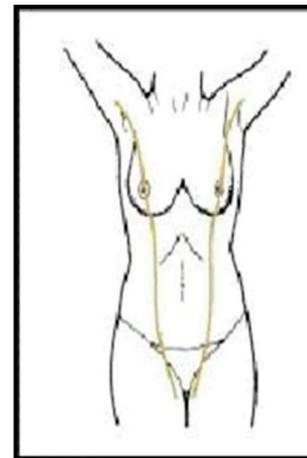


Figura 1. Localizaciones de las ectopias mamarias en la línea láctea.

y las mamas aberrantes fuera de la línea mamaria.(2)

Desde comienzos del siglo XX Kajava plantea una clasificación basada en la presencia o no de distintos componentes en el tejido mamario.(Tabla.1)(3) La mama supernumeraria es un tejido mamario ectópico (TME) dentro de la línea mamaria que se extiende desde el vértice de las axilas hasta la cara lateral del labio mayor de la vulva (base del escroto en el varón), es de carácter hereditario, con una frecuencia entre el 1-6% de las pacientes y tiene una alta incidencia en países como Japón.(3,4) Si solo se

Tabla 1. Clasificación de Kajava para tejido mamario accesorio.

| Clase | Presentación de pezón | Presentación de areola | Presentación de tejido glandular |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| I | SI | SI | SI |
| II | SI | NO | SI |
| III | NO | SI | SI |
| IV | NO | SI | SI |
| V (Seudomama) | SI | SI | NO |
| VI politelia | SI | NO | NO |
| VII politelia areolar | NO | SI | NO |
| VIII politelia pilosa | No mechón de pelo | NO | NO |

Fuente. Rojas Vera I, Gomezcoello Moya G, Encalada S E, Colamarco N J, Heras R W. Mamas supernumerarias: presentación de caso y revisión bibliográfica. [Internet] Revista "Medicina" 2002 [citado 2016 Abr 15]; 8 (3) Disponible en: <http://editorial.ucsg.edu.ec/medicina/article/viewFile/521/478> (16)

encuentra presente el pezón se denomina politelia, pero al existir areola y conductos subyacentes se denomina polimastia.(5,6)

Las mamas supernumerarias pueden presentar variabilidad en sus componentes, estas llegan a presentar un sistema ductal organizado que se comunica con la piel y responden a las descargas hormonales del ciclo menstrual, aunque hay un manifiesto carácter embrionario estas estructuras muestran evidencias clínicas a partir de la pubertad, con su mayor desarrollo en el embarazo.(6)

La mama aberrante está constituida por tejido mamario sin areola ni pezón fuera de la línea mamaria y no presenta un sistema ductal bien desarrollado, y sin relación con la piel que lo cubre, es asintomática, mientras no aparezca algún proceso patológico en este tejido que de manifestaciones clínicas por lo que su incidencia real se desconoce. La literatura refiere que en este tejido mamario no se producen degeneraciones malignas; esta aseveración es invalidada por Marshall, quien demuestra que ocurre todo lo contrario. Se observa una mayor incidencia de desarrollo de cáncer en el tejido mamario aberrante en comparación con la baja incidencia en las mamas supernumerarias.(5)

El diagnóstico de cáncer en el tejido supernumerario se hace con los mismos métodos descritos de examen físico, histológico y tecnología imagenológica conocidas, pero es infrecuente, y más difícil de precisar.(6,7,8) Se señala que es de peor pronóstico cuando se relaciona con iguales lesiones en mamas normales, ya que dan metástasis linfáticas prematuras en sitios no comunes para la mastología. Como ejemplo se cita una lesión en tejido mamario situado en la vulva, cuyas metástasis acontecieron en las regiones inguinales.(9)

Presentación del caso

Mujer blanca de 71 años de edad, sin antecedentes patológicos familiares y con antecedentes patológicos personales de salud anterior, que en la valoración cardiovascular previa al tratamiento con citostáticos, como resultado del estudio ecocardiográfico se informó

una insuficiencia tricuspídea de ligera a moderada (sin repercusión clínica).

La paciente desde hace aproximadamente dos meses se notó, un aumento de volumen en la mama y en la prolongación axilar derecha, que se confirmó en el examen físico realizado a la misma.

En este examen se encontraron las siguientes lesiones morfológicas: un aumento de volumen en la prolongación axilar de la mama derecha, de aproximadamente tres centímetros de diámetro, fija a los planos profundos, con retracciones de la piel y de consistencia pétreas; y en la misma mama, localizada en su hemisferio superior, en la región periareolar situada a la hora 12 del reloj, se palpó una lesión de alrededor de dos centímetros de diámetro, móvil, de superficie irregular y no dolorosa que no comprometía la piel. En la axila derecha se palpó una adenopatía de alrededor de un centímetro de diámetro, móvil, de superficie lisa, no dolorosa al tacto; el resto del examen físico de la paciente no presentó alteraciones. Se indicaron los complementarios pertinentes y se corroboró la presencia de las lesiones descritas, mediante un estudio ultrasonográfico.(Figuras 2,3,4)

Se realizó biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF), de ambas lesiones de la mama derecha, las cuales fueron positivas de un carcinoma de alto grado. Se realizó mastectomía radical modificada y vaciamiento axilar de los niveles I y II. El informe anatomopatológico de ambas lesiones, fue de carcinoma lobular con displasia, infiltración de la grasa y linfáticos, así como la presencia de células neoplásicas malignas en uno de los 10 ganglios linfáticos en el vaciamiento axilar.(1/10) Al utilizar la clasificación de tumor, nódulo, metástasis (TNM), se concluyó como T2pN1bM0, que correspondió con una etapa clínica II.

Se planificó tratamiento adyuvante con radioterapia y poliquimioterapia, con esquemas de epirrubina y ciclofosfamida (AC) y se continuó posteriormente con ciclofosfamida, metotrexato y 5 fluoracilo, (CMF) y terapia hormonal con tamoxifeno según los modelos terapéuticos establecidos.



Figura 2. Masa tumoral mama derecha.



Figura 3. Masa tumoral en prolongación axilar derecha.



Figura 4. Pezón de mama supernumeraria axilar derecha

DISCUSIÓN

Es infrecuente el diagnóstico de las neoplasias en localizaciones mamarias supernumerarias y entre ellas las de carácter biológico maligno. El diagnóstico de cáncer en un TMS no es más complejo, pero muchas veces puede ser puesto en dudas, por la baja frecuencia con la que esta afección se registra; sin embargo como en otras glándulas de la piel, las malformaciones congénitas, también se observan en las mamas.(10)

El diagnóstico de esta condición se debe realizar mediante los mismos métodos utilizados en el resto de las enfermedades de las mamas, tales como el examen físico, la imagenología (mamografía), el estudio citológico por aspiración (BAAF) y la biopsia. En un tercio de los casos se acompaña de pezón supernumerario, y en esos casos la presencia de TME suele ser bilateral.(6,11)

La incidencia de carcinoma en tejido ectópico es baja, aproximadamente un 0,3% de todos los cánceres de mama y la localización más frecuente es en la axila, representando el doble de frecuencia que en el resto de las localizaciones y en la vulva.(6,9,12)

Se describen tumores benignos como los papilomas, las fibroadenomas, la mastopatía fibroquística, el tumor filoides y las enfermedad de Paget, si bien en este tejido algunos autores plantean una mayor incidencia de enfermedad maligna que benigna y, son más frecuentes en el tejido aberrante, que en las mamas supernumerarias.(6,13,14)

El manejo del cáncer de mama en el TME debe seguir

las mismas recomendaciones dadas para el cáncer de mama con igual estadio TNM, es decir, en dependencia de la localización, se debe realizar una extirpación completa del TME con la inclusión del tumor con linfadenectomía específica, la mastectomía radical depende de los hallazgos patológicos en el tejido mamario.

La paciente objeto de estudio en este trabajo, desarrolló un carcinoma lobular en la mama derecha situado a la hora 12 del reloj, y cercano a la areola, en la prolongación axilar de la misma mama, en una mama supernumeraria, clasificación II de Kajava con una adenopatía metastásica derecha.(3)

Relacionado con el diagnóstico, la rareza de este tipo de cáncer contribuye a que no se diagnostiquen en estadios precoces. La mamografía, generalmente, ayuda a establecer el diagnóstico de carcinoma en TME, si bien las proyecciones estándares habituales pueden no revelar las lesiones en tejido ectópico mamario dada la alta incidencia de su localización axilar. La BAAF se puede utilizar para el diagnóstico de enfermedades del tejido ectópico mamario con muy buenos resultados.(6)

En concordancia con otros autores, los principios del tratamiento complementario en estos casos son los mismos que los que se siguen en el cáncer de la glándula mamaria. Se realiza sistemáticamente radioterapia externa sobre el lecho tumoral ya que esto permite un mejor control local de una recidiva tumoral, así como la quimioterapia adyuvante, la cual se utiliza con mayor frecuencia, dado que hay una mayor incidencia de afectación ganglionar probablemente por proximidad.(8,15)

El pronóstico de las neoplasias malignas en mamas supernumerarias, es difícil de precisar, dada la poca frecuencia de esta entidad. Algunos autores señalan que es más bien desfavorable, pues estos tumores provocan metástasis linfáticas prematuras. En la provincia de Cienfuegos se describen recientemente casos de mama supernumeraria, no así de cáncer injertado en tejido mamario aberrante, por lo cual este tema es de gran interés científico para el personal médico dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mamarias.(10)

El diagnóstico erróneo y el alto riesgo de malignidad hacen que el tejido glandular mamario ectópico sea por sí mismo una entidad importante. Es de vital trascendencia pensar en la existencia del TME por la historia clínica y la exploración física. Es necesario su reconocimiento para asegurar un correcto seguimiento de la situación. La ecografía en el

caso presentado permitió corroborar el diagnóstico por el examen físico de las estructuras glandulares mamarias.

Es importante destacar que el TME es relativamente frecuente y hay que pensar en él cuándo una paciente presente una lesión axilar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Ajá, L. Cáncer injertado en tejido mamario aberrante. [Internet] Revista Finlay. 2012 [citado 2016]; 2(1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/93>
2. Rodríguez Pino MY., Guerrón Revelo DK., Cárdenas Rodríguez CG, Conde Cueto T. Mama Supernumeraria bilateral. Presentación de un caso. [Internet] Medisur 2014 [citado 15 Abr 2016]; 12(2). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2703>
3. Kajava Y. The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim* 1915; 1: 143-70.
4. Francone E. Ectopic Breast Cancer: Case Report and Review of the Literature [Internet] *Aesth Plast Surg* 2013 [citado 2016 Abr 15]; 37:746-749 Disponible en: <http://www.du.edu/ahss/philosophy/media/documents/mnathan/ectopicbreastcancercase-report.pdf> confirmar faltan autores
5. Marshall MB, Moynihan JJ, Fros A, Evans SR. Ectopic breast cancer: case report and literature review. [Internet] *Surg Oncol* 1994; [citado 15 Abr 2016]; 3: 295-304. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7889223> confirmar faltan autores y ver URL
6. Franco Zunda I, Quiñones Ceballos AB, Socorro Castro C, y cols. Carcinoma Papilar de la mama en localización ectópica abdominal. Reporte de caso. [Internet] 10 Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2010. [citado 15 Abr 2016]; Disponible en: http://www.conganat.org/10congreso/trabajo.asp?id_trabajo=2112 [11/02/2010 19:42:45]
7. Nihon-Yanagi Y, Ueda T, Kameda N, Okazumi S. A case of ectopic breast cancer with a literature review. *Surg Oncol*. 2011; 20,35-42.
8. Soares A, Goncalves J, Azevedo I, Pereira HG. Lobular ectopic breast carcinoma: A case-report *Reports of practical oncology and radiotherapy*. [Internet] *Rep Pract Oncol Radiother.*, 2013 May; [citado 15 Abr 2016]; 18(3): 189-191. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863212/>
9. Bergano L., Betancourt L., Martínez P., y cols. Metástasis vulvar de carcinoma lobulillar de mama. Reporte de un caso. [Internet] *Rev. Venoz. Oncol.* 2010; [citado 15 Abr 2016]; 22(1) Caracas mar. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000100006 confirmar faltan autores
10. Rodríguez Pino MY, Guerrón Revelo DK, Cárdenas Rodríguez CG, Conde Cueto T. Mama supernumeraria bilateral. Presentación de un caso. [Internet] *Medisur*. 2014 Cienfuegos abr; [citado 15 Abr 2016]; 12(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200008 idem con la 2
11. Quílez Cutillas A., Cortés Carmona C., Millán Ortega I., Rodríguez Pérez L., Carcinoma lobulillar infiltrante triple negativo en mama anatómica y supernumeraria en una mujer de 59 años. [Internet] *Publicación Oncología* [citado 15 Abr 2016]; Disponible en: <http://www.publicación.cconcologia2015.com/visor>
12. Gajate García A, García del Valle MI, del Valle Martín MA, García Barbadillo RJ. y cols. Bulto en la axila de una mujer. *Euro Eco* 2012; 3(2): 52-54.
13. Rocha Vidal C, Resende Paulinelli R, de Freitas Junior F y cols. Carcinoma primario de mama accesoria axilar. Relato de caso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2000; 22(5), 22 abr. confirmar faltan autores y falta URL
14. Aliaga MN, Alvaro Ibarra V, Neira VP y cols. Fibroadenoma en mama axilar supernumeraria; reporte de un caso. *Revista Médica Clínicas Las Condes* 2010, 21(2), 329-333. . confirmar faltan 1 autor
15. Rodríguez I, Cordova A, Calvo A, Vicente F. Carcinoma intraductal sobre mama ectópica en axila tras biopsia selectiva de ganglio centinela por un carcinoma bilateral sincrónico. *Rev. Esp. Patol.* 2013;46(3):177-180.
16. Rojas Vera I, Gomezcoello Moya G, Encalada S E, Colamarco N J, Heras R W. Mamas supernumerarias: presentación de caso y revisión bibliográfica. [Internet] *Revista "Medicina"* 2002 [citado 2016 Abr 15]; 8 (3) Disponible en: <http://editorial.ucsg.edu.ec/medicina/article/viewFile/521/478>

Cancer in supernumerary breast. Presentation of a case. Clinical Surgical Teaching Hospital 10 de Octubre

SUMMARY

The presence of ectopic mammary tissue or supernumerary breast, developed along the mammary line, is not frequent, but has a high risk of becoming malignant. This work presents the case of a 71-year-old woman with an increased mass at the upper end of the mammary line, near the right axil, and another mass at 12 o'clock, close to the areola. The anatomopathological study of both tumor processes of the right breast corresponded to a lobular carcinoma. The patient was operated; a positive right axillary adenopathy of malignant disease was founded. She received adjuvant treatment with chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy.

Key words: supernumerary breast; breast cancer; lobular carcinoma.

Dirección para la correspondencia: Dr. Alfonso Guillermo Ramos Sosa. Escuela Latinoamericana de Medicina. Km 3½. Carretera Panamericana. Santa Fe. Playa. Teléfono: 72014126.

Correo electrónico: ramos@infomed.sld.cu