

Caso clínico

Tejido mamario axilar accesorio en mujer de 22 años. Descripción de un caso diagnosticado por tomografía computerizada

M. Herrera*, C. Señor**, V. Henales*, J.E. Serra*** y J. Torrecabota****

Introducción

Tejido accesorio mamario en pliegue axilar anterior o en el propio hueco axilar tanto en localización subcutánea como profunda sin conexión con la glándula mamaria se ha descrito en un 2 a un 6% de mujeres, según las diversas series de la literatura consultadas. En la mayoría de los casos esta anomalía del desarrollo no presenta elementos cutáneos (rudimento de pezón y areola) que lo permita identificar como una mama supernumeraria.^{1, 4, 5, 6} El conocimiento de esta variante anatómica es fundamental en la interpretación de algunos tipos de molestias dolorosas, tumefacciones persistentes o recurrentes coincidentes con el ciclo menstrual localizadas en la axila. Asimismo esta entidad debe considerarse en el diagnóstico diferencial entre las diversas patologías (tumo-

res, adenopatías inflamatorias o de origen hematológico, lipomas, etc...) que asientan en esta localización anatómica.^{1, 5} Adicionalmente debe recordarse que diversas patologías: Carcinoma, tumefacción dolorosa creciente persistente durante el embarazo y lactancia, etc... puede asentar en este tejido accesorio, en mujeres que han permanecido asintomáticas inicialmente.^{1, 3 7}

El objeto de este trabajo es describir el caso de una paciente con molestias atribuible a esta patología desde la menarquía y comentar los métodos de diagnóstico por la imagen empleados en su filiación. El estudio por tomografía computada mediante un número limitado de cortes, en el momento de máximo aumento premenstrual de la masa, fue la modalidad diagnóstica por medio de la imagen que aportó mayor información. En base a nuestro conocimiento existen escasas referencias de esta entidad que hayan utilizado estas nuevas técnicas diagnósticas — Eco y TAC— en el manejo diagnóstico de la misma.

Descripción del caso

L.M.F., mujer de 22 años, soltera, sin antecedentes personales y familiares de interés, de profesión guardia urbano, que acude a consulta externa de mama a nuestro Hospital por presencia de la menarquía, 14 años, de nódulo axilar izquierdo lobulado, bien delimitado, que aumenta de tamaño y se hace doloroso a la palpación premenstrual.

Ultimamente refiere que le dificulta la movilidad del hombro izquierdo, lo que lógicamente dificulta sus tareas profesionales. A la exploración física (en 2.ª fase de ciclo) se detecta una tumoración lobulada de 2,5 cm. × 2,5 cm. de diámetro, bien delimitada, fija en pliegue axilar anterior izquierdo. Se practicaron mamografías bilaterales que demuestran: mamas de aspecto fasciculado areolar, con componente grado abundante: normales. La proyección axilar izquierda no demuestra anomalías y la obtenida en posición oblí-

* Sección Radiológica Materno Infantil.

** Sección Oncología.

*** Servicio Anatomía Patológica.

**** Unidad de mama. Servicio Tocoginecología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

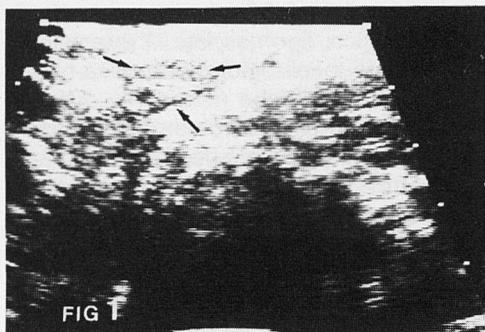


Figura 1
 Ecografía axilar. (Estudio practicado con Transductor de 7 mHz)
 Imagen hipoeicoica mal delimitada de 2 cm. de diámetro máximo aproximadamente, correspondiente a mama supernumeraria.

cua exagerada no ofrece información adicional por la superposición topográfica; se practica asimismo ecografía de la zona axilar (también en la segunda fase de ciclo) en la que se identifica (fig. 1): un nódulo hipoeicoico alargado de 2,7 cm. de diámetro máximo y otro minúsculo adyacente en la zona de la tumefacción (no mostrado) que por sus características ecográficas no corresponde a una lesión quística (abceso o quiste) ni a una lesión de tipo

sólido (fibroadenoma). El nódulo pequeño es sugestivo de adenopatía.

Con el diagnóstico de sospecha de tejido mamario axilar aberrante y más lejanamente de endometriosis, se practica punción citológica con aguja fina que demuestra existencia de células ductales mamarias normales y células con infiltración grasa (el estudio es negativo para células malignas) y TAC comparativo de ambas regiones axilares —3 cortes— (fig. 2A y B) que identifica en la axila izquierda estructura de bordes irregulares de morfología alargada, vagamente triangular, compatible con el diagnóstico de glándula mamaria rudimentaria o tejido mamario accesorio.

Adicionalmente se identifica un finísimo tallo que conecta con un engrosamiento de la piel adyacente.

En la intervención se extrae un fragmento irregular de 4 × 2,5 × 2,5 cm. de tamaño, constituido por tejido adiposo con áreas blanquecino grisáceas que corresponden microscópicamente a ductus y acinos mamarios sin alteraciones relevantes histológicas, y dos fragmentos nodulares de 0,4 a 0,8 cm. de coloración gris rojiza y consistencia elástica que microscópicamente corresponden a ganglios lin-

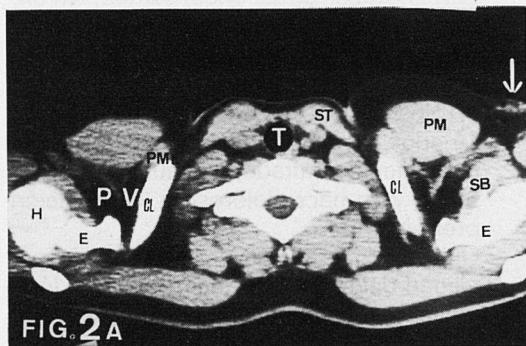


Figura 2A
 CT ambos hombros. (Estudio practicado con los brazos elevados)
 Imagen de morfología triangular y bordes irregulares correspondientes a glándula supernumeraria axilar izquierda (flecha blanca) en el interior del tejido grasoso subcutáneo. T: Tráquea, ST: M. Esternocleidomastoideo, PM: Músculo pectoral mayor, PME: Músculo pectoral menor, E: Escápula, H: Húmero, Cl: Clavícula, Pv: Paquete vasculonervioso axilar, SB: M. Subescapular.

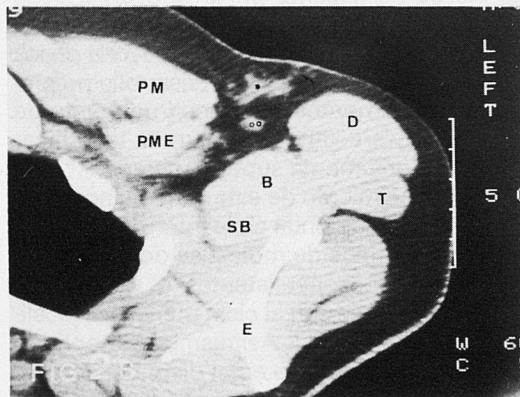


Figura 2B
 Localizado hombro izquierdo. (Ampliación)
 (*) Glándula mamaria ectópica subcutánea. (1) Conexión lineal a piel, (O O) adenopatía reactiva. PM: Músculo pectoral mayor, PME: M. pectoral menor, SB: M. subescapular, D: M. Deltoides, E: Escápula, H: Cabeza Humeral, B: M. Biceps (Porción corta y coracobraquial), T: M. Tríceps (Porción larga?).

fáticos con linfocitosis, histiocitosis sinusal y folículos reactivos compatibles con un linfadenitis reactiva simple. La paciente se da de alta al día siguiente y en los controles practicados al primer y segundo mes permanece asintomática.

Discusión

El desarrollo del tejido mamario en el embrión humano empieza a las 5 semanas de gestación con la aparición de las estrías ectodérmicas mamarias que se extienden de la axila a la ingle. Aproximadamente dos semanas más tarde (7 semanas de gestación) se individualiza claramente el surco mamario y el resto de estos esbozos regresan completamente; involución incompleta o dispersión anormal de los mismos puede originar el desarrollo del tejido accesorio mamario a lo largo del trayecto primitivo de dichos esbozos o en zonas vecinas al trayecto de la línea o cresta mamilar: línea imaginaria que se extiende desde la zona proximal interna del brazo a la cara interna del muslo atravesando en su inclinación externa, axila, región pectoral y glándula mamaria y en su inclinación interna, reborde submamario, músculos oblicuos del abdomen, ingle interna y cara interna del muslo.^{1, 6, 4, 7} Las manifestaciones clínicas de las mamas supermamarias axilares serán diferentes según se trate de un pezón y una areola aislada sin vía excretoras —hipertelia axilar—,^{1, 3, 4} una mama axilar aislada sin vías excretoras^{1, 3, 4, 6} o de una mama completa en miniatura con parénquima suficiente, conductos galactóforos, areola y pezón.^{1, 4, 6} En el primer caso se identificará la lesión y la paciente permanecerá asintomática toda la vida;^{1, 5} en el segundo caso serán asintomáticas un 30-50% de pacientes, consultarán por tumoración y dolor espontáneo o localizado a la presión en la axila o pared axilar anterior un 25-40%, y serán asintomáticos inicialmente y sintomáticos durante el embarazo el 25% restante.^{1, 7}

En este último caso el tamaño creciente de la masa y las molestias dolorosas se-

rán progresivas¹ y podrán tener gran importancia.

En el caso de mamas supernumerarias completas, si el tamaño es suficiente, el diagnóstico se establecerá por inspección y durante el embarazo aparecerá secreción láctea proporcionalmente de la misma intensidad que los senos normales.^{1, 3, 5, 7}

En el caso que nos ocupa, mama axilar sin conductos galactóforos, areola y pezón, en la literatura consultada la afectación bilateral se ha descrito en la mitad de las pacientes, en los casos de afectación unilateral se afectó en más de un 70% de los casos la mama derecha.^{1, 4}

Las descripciones mamográficas de esta entidad son características: áreas densas indistinguibles de parénquima glandular normal en sus diferentes patrones en el interior del tejido grado de la axila y sin conexión anatómica con el parénquima glandular normal intramamario.

El tejido mamario accesorio axilar y la mama supernumeraria axilar debe diferenciarse con una variante anatómica relativamente frecuente: La prolongación axilar de Spencer, que representa una extensión sin pérdida de continuidad del seno^{1, 5} hacia la axila del tejido glandular mamario principal. A pesar de la relativa proximidad anatómica en ciertos casos de diferenciación del tejido glandular accesorio con esta entidad puede establecerse mediante la utilización de proyecciones mamográficas oblicuas o cráneo caudales exageradas.¹

El estudio ecográfico de esta entidad, del que no existen descripciones en la literatura, demostró en nuestro caso, la presencia de una masa relativamente bien delimitada de escasa ecogenicidad en el interior del hueso axilar.

El TAC, modalidad diagnóstica sobre la que tampoco existen descripciones en la literatura respecto a esta entidad —aunque se ha utilizado en el estudio de mamas densas, estudio postirradiación y postmastectomía—,² demostró la presencia de una imagen de morfología triangular y de bordes mal delimitados y de densidad inferior al músculo en el espacio graso comprendido entre la musculatura

pectoral y biceps, perfectamente individualizada respecto a las estructuras vecinas. Un estudio mediante 2-3 cortes amplios (8-10 mm. de espesor) contiguos, debe ser suficiente para la localización de la lesión durante el período premenstrual. La identificación del trayecto lineal que conectaba con el engrosamiento de piel en nuestro caso no fue concluyente desde el punto de vista anatomopatológico, pero presumiblemente representaban rudimentos fibróticos correspondientes a los galactóforos principales retromamilares y areola.

Creemos muy importante que el ginecólogo, el cirujano y el radiólogo estén familiarizados con esta anomalía ya que en ciertos casos, ésta podrá ser responsable de molestias dolorosas y tumefacción axilar que limite a la paciente en labores domésticas y laborales; en estos casos, la exéresis previa punción confirmativa del diagnóstico debe ser aconsejada.¹

Otra complicación de esta anomalía es la aparición de carcinomas^{1, 3, 5, 7} (porcentualmente más frecuentes en mamas ectópicas — en especial las formas sin areo-

la y pezón —¹⁻⁷) o de lesiones benignas^{1, 4} en el interior del tejido accesorio.

Obviamente el conocimiento y la identificación precoz de esta patología permitirá un mejor manejo de la misma, evitando la utilización de procedimientos invasivos o la extirpación inadecuada en el segundo caso.¹

Bibliografía

1. Adler DD, Rebner M, Pennes DR. Accessory Breast Tissue in the axilla: Mammographic Appearance. *Radiology* 163: 709-711. 1987.
2. Chang ChJ, Nesbit DE, Fisher DR, Fritz SV, Dwyer SJ, Templeton AW, Lin F, Jewell WR. Computed Tomographic Mammography Using a Conventional Body Scanner. *AJR* 138: 553-558. 1982.
3. Fernández Cid A. Aspectos prácticos sobre Patología mamaria. Ed. Sandoz SAE. Barcelona. 1987.
4. Lamarque JL, Le Sein. *Radiodiagnostic Clinique*. Ed. Medsi. París. 1981.
5. Haagensen CH. Enfermedades de la mama. Ed. Beta. Buenos Aires. 1979.
6. Hoeffken W, Lanyi M. Mamografía. Técnica. Diagnóstico. Diagnóstico Diferencial. Resultados. Ed. Labor Barcelona. 1978.
7. Netter FH. Colección CIBA de Ilustraciones Médicas. Tomo II. Sistema Reproductor. Ed. Salvat. Barcelona. 1979.