



CÁNCER DE MAMA ECTÓPICO AXILAR

María del Mar Bueno González; Paloma Ortega Quiñonero; Miriam Rubio Ciudad; Lucía Álvarez Fernández; María Velasco Martínez; María Isabel urbano Reyes; Almudena Martínez Martínez; Carolina García Morales.

*Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN

Entre las anomalías del desarrollo embrionario de las mamas se encuentran las mamas supernumerarias y el tejido ectópico aberrante. Ambas pueden ser asiento de tumores malignos de la mama, en mayor número el tejido aberrante.

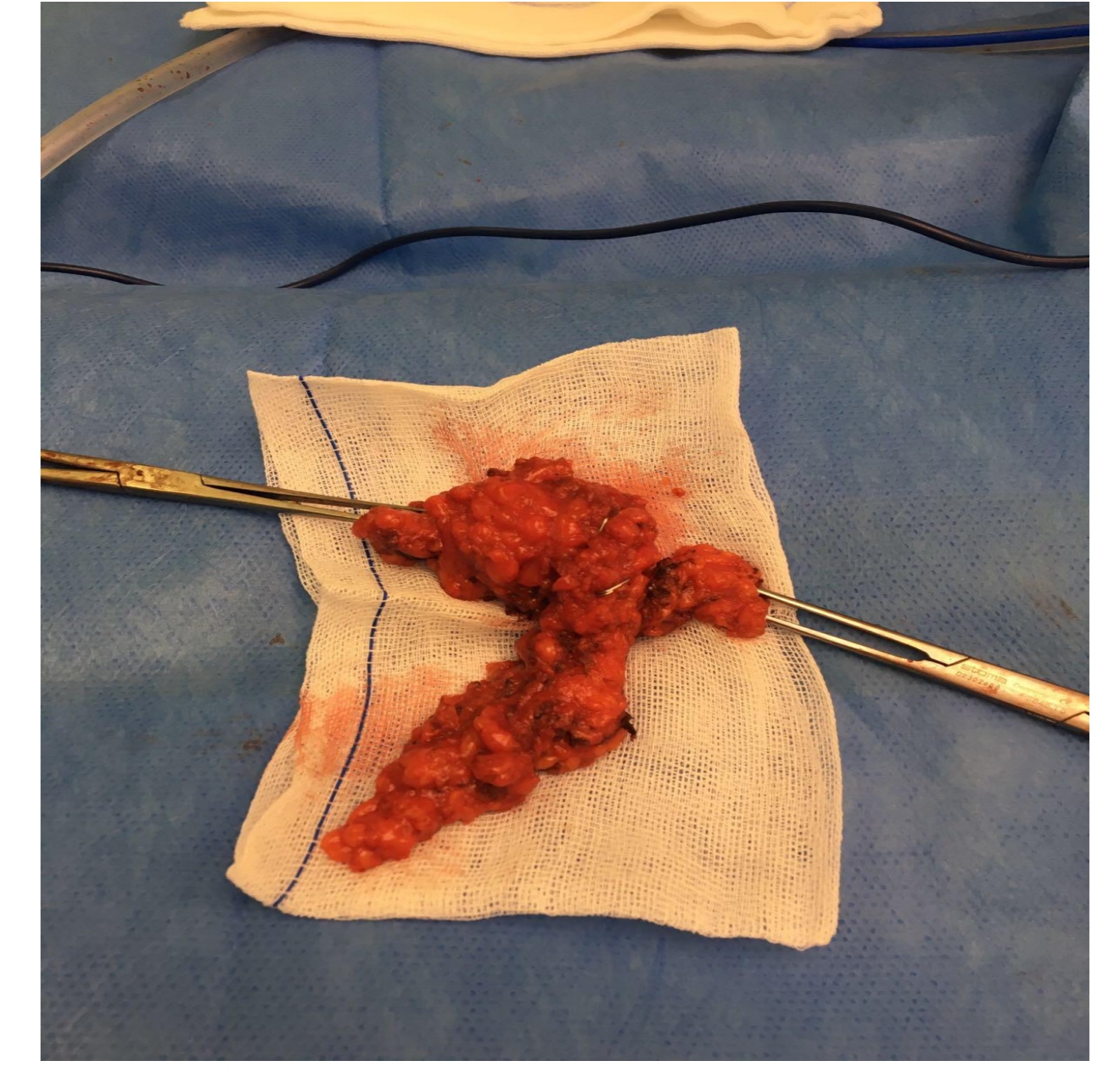
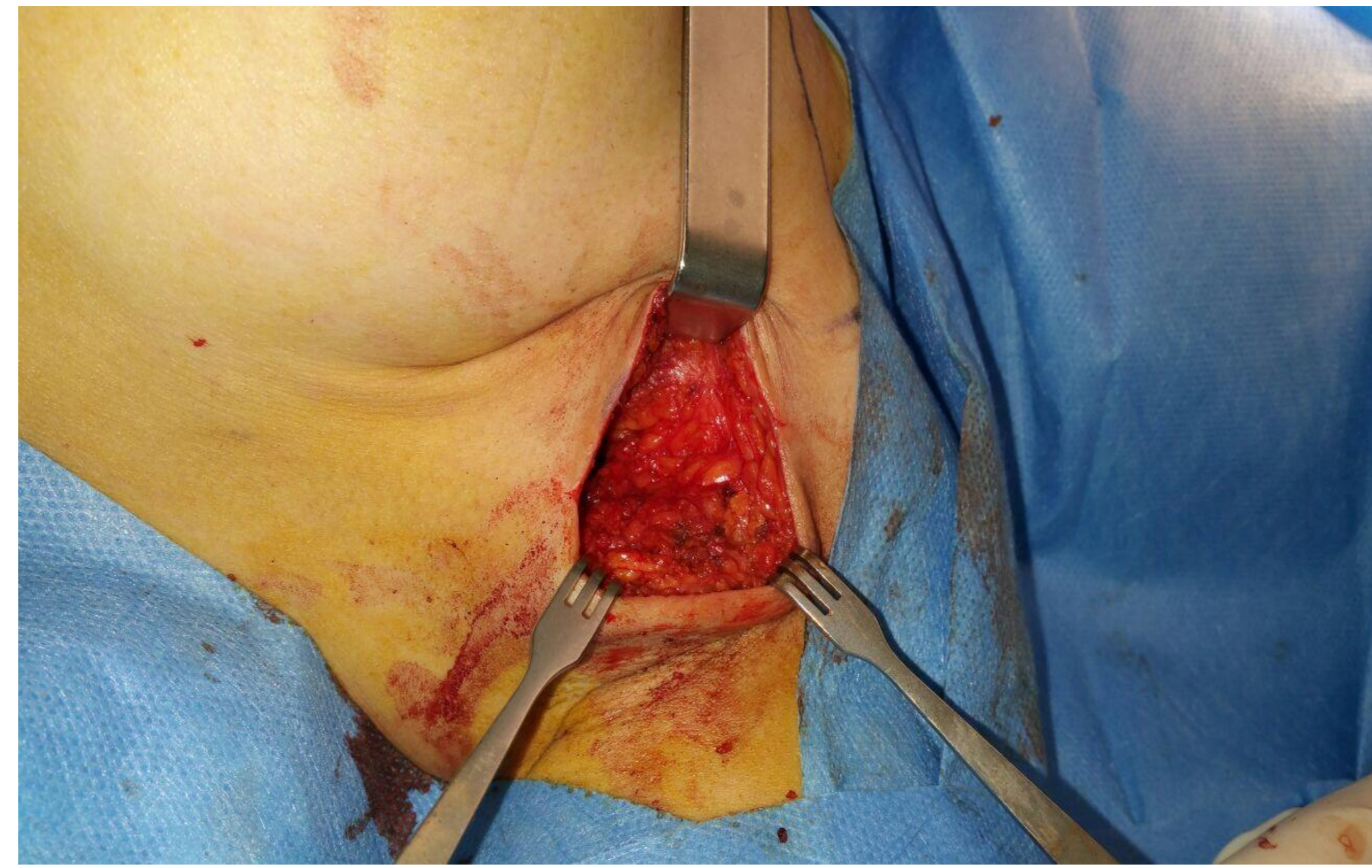
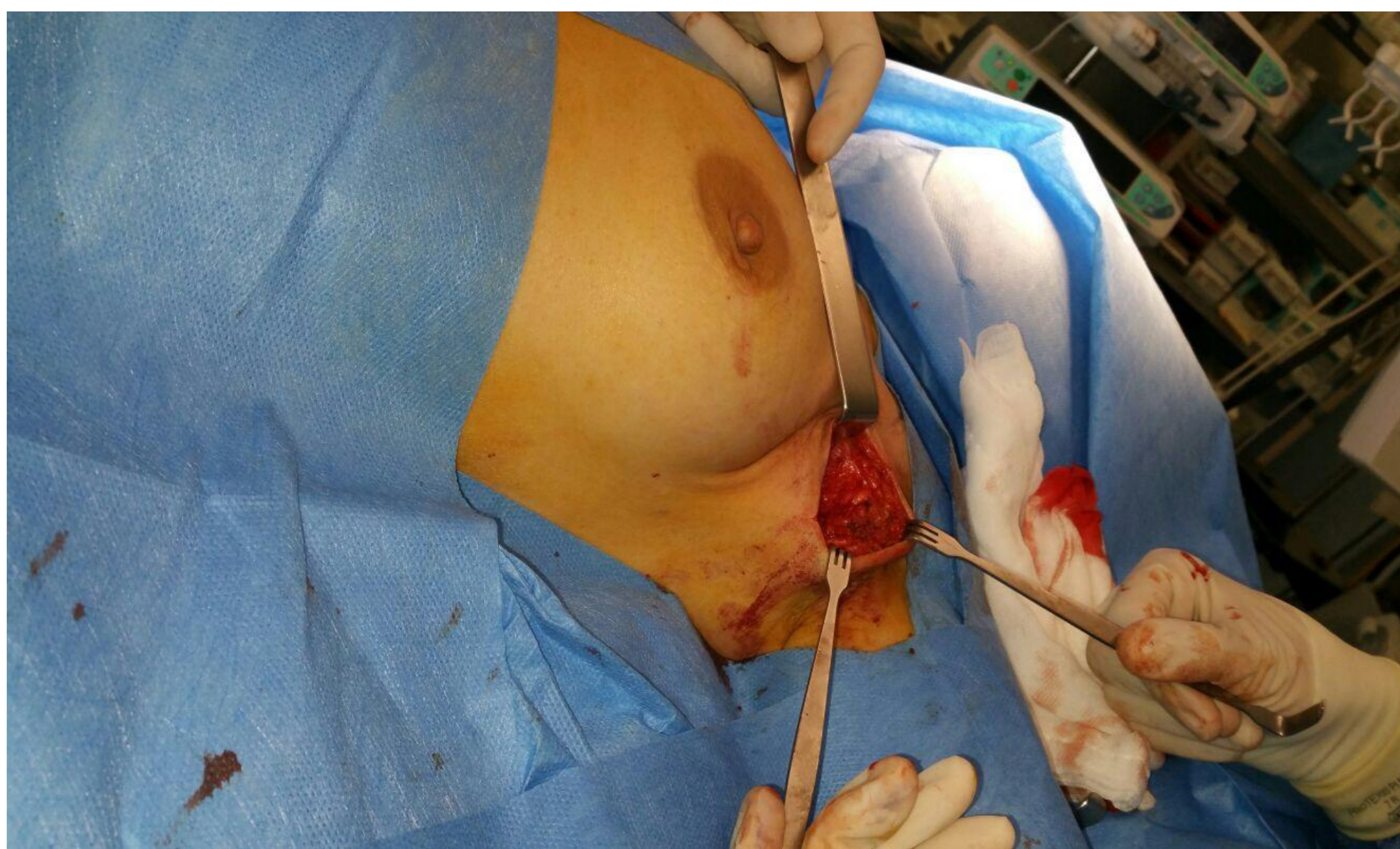
Polimastia es el término usado para describir la existencia de más de dos glándulas mamarias. Se ha descrito entre 0,4 y 6% de la población general. La mama supernumeraria afecta del 1 al 6 % en la población femenina. Como sinónimos se utilizan mama supernumeraria o tejido mamario heterotópico o accesorio. Usualmente se desarrolla a través de la línea mamaria desde la axila a la región inguinal, siendo la primera la localización más frecuente. Otros sitios excepcionales son ganglios linfáticos axilares, vulva, tejido subcutáneo de brazo o por debajo de la mama normal.

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.

Las mamas accesorias son frecuentemente consideradas como un problema meramente cosmético; sin embargo, en esas estructuras, como en cualquier otro tejido mamario, pueden surgir alteraciones variadas, tanto benignas como malignas.

La afección mamaria accesorio encierra un amplio espectro de alteraciones que se dividen, según la clasificación hecha por Kajava, en 1915, en función de la presencia o ausencia de distintos componentes del tejido mamario.

El pronóstico de las neoplasias malignas en mamas supernumerarias, es difícil de precisar, dada la poca frecuencia de esta entidad



CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años que consultó por notarse un bultoma en axila izquierda, no doloroso.

AP: Fumadora, G1C1. Resto sin interés. AQ: cesárea. AF: Ca mama tía paterna (64 años)

Exploración: mamas de pequeño volumen, simétricas, no se palpan nódulos. No alteraciones del CAP. En axila izquierda, nivel I, se palpa nódulo bien delimitado de 1cm, superficial.

Mamografía y ecografía mama: BIRADS 3. Imagen de 0,6*0,3cm subdérmica en axila izq.

PAAF: Positiva para células neoplásicas

BAG: Carcinoma ductal infiltrante bien diferenciado.

IHQ: E-Cadherina: positivo, Receptores de Estrógenos: Positivo intenso, Receptores de progesterona: positivo intenso, Ki67:25-30%, p53: positivo débil, bcl-2: positivo, CK-19: Positivo.

RMN: área de pequeña captación subcutánea a nivel axilar izquierdo de 0,6cm aprox. Con curvas tipo 3 y que coincide con la zona del BAG.

PET-TAC: Estudio con nódulo subcutáneo en la axila izquierda de etiología maligna, sin aumento significativo del metabolismo

MT: CEA 5:5,2, Ca 15,3: 18,8

JD: CDI bien diferenciado. BIRADS 6

En marzo 2017, se realiza una Tumorectomía + BSGC. OSNA informa de micrometástasis (310 copias).

AP pieza quirúrgica: Carcinoma ductal infiltrante bien diferenciado (SBR 4) de 6mm. 2 Ganglios aislados en la pieza libres de lesión. Estadio pT1b, pN-sn-1mi).

Tras intervención se administró RT adyuvante (50Gy sobre mama izq) (48,7 Gy sobre axila izq 3 niveles)

Actualmente se encuentra en tratamiento con HT adyuvante (Tamoxifeno), con buena tolerancia.

Última revisión en Mayo 2018 normal, no se tactan adenopatías ni nódulos, con mamografía-ecografía mamaria: BIRADS 2. ILE 15 meses.

CONCLUSIÓN

Cualquier patología mamaria usual puede afectar estos tejidos heterotópicos, tales como inflamaciones, cambios proliferativos benignos, tumores benignos, tumor filodes y variados carcinomas, por lo tanto el médico debe incluir dentro del diagnóstico diferencial de masas axilares entidades tan diversas como quistes, hidrosadenitis, neoplasias cutáneas anexiales, lipomas, ganglios linfáticos reactivos o metastásicos y tejido mamario heterotópico sin lesiones o con cualquiera de las patologías posibles de ver en una mama normal.

El diagnóstico de cáncer en un tejido mamario ectópico no es más dificultoso, pero puede verse complicado por su baja frecuencia de presentación. El diagnóstico de esta condición se debe realizar con los mismos métodos utilizados en el resto de las enfermedades de la mama, tales como, examen físico, técnicas de imagen (mamografía, ecografía, RMN), estudio citológico por aspiración y biopsia.

La presencia de tejido mamario ectópico también puede estar asociada con otras anomalías congénitas, principalmente del tracto urinario.

El diagnóstico de polimastia no parece, en principio, complicado, no obstante con frecuencia se confunde a nivel axilar con lipomas, adenopatías o hidrosadenitis.

Es de vital trascendencia pensar en la existencia del TME por la historia clínica y la exploración física. Es importante destacar que el TME es relativamente frecuente y hay que pensar en él cuándo una paciente presente una lesión axilar.

BIBLIOGRAFÍA

1) D. Rubio, M. Calderay, N. Camarasa, M. Repolles. Cáncer de mama ectópico. Clin Invest Gin Obst, 34 (2007), pp. 80-82

2) D.M. Evans, D.P. Guyton. Carcinoma of the axillary breast. J Surg Oncol, 59 (1995), pp. 190-195

3) P. Vignal. Sonographic appearance of a carcinoma developed in ectopic axillary breast tissue. J Clin Ultrasound, 33 (2005), pp. 468-470