



Mamas ectópicas: A propósito de un caso.

Dra. Marta Lorenzo Soler

Servicio ginecología y obstetricia, OSI Bilbao-Basurto.

Introducción

El tejido mamario tiene su origen en el ectodermo embrionario. En la denominada «línea mamaria», que se extiende desde la axila hasta la cara medial de la ingle.

Durante la embriogénesis se produce una regresión espontánea de este tejido, a excepción del situado en la región torácica que da lugar a las mamas en el adulto.

Cuando se produce un fallo en la regresión de la línea mamaria fuera de la región pectoral, condiciona el desarrollo de estructuras mamarias ectópicas.

Se observan con mayor frecuencia en la región axilar, constituyendo la polimastia más frecuente.

Su incidencia varía entre el 0.22% al 6% de la población en general.

Puede ser bilateral y aunque puede presentarse con areola y pezón, lo más habitual es que sólo se encuentre tejido glandular.

Aunque el tejido ectópico ya está presente desde el desarrollo embrionario, clínicamente se manifiesta durante la pubertad o después de ella. El desarrollo más acelerado tiene lugar durante el embarazo, de hecho en algunos casos la primera manifestación se presenta durante el mismo o en el periodo de lactancia



Caso clínico

Mujer de 37 años puérpera con parto eutócico tres días antes de su visita a urgencias y lactancia materna establecida que acude por presentar bultos dolorosos en ambas axilas de aparición repentina coincidiendo con la subida de leche.

A la exploración se aprecian mamas ingurgitadas, lactantes de aspecto normal. A nivel de ambas axilas se palpan nodulos dolorosos de consistencia quística sin signos inflamatorios. Se le realizó entonces una ecografía de ambas axilas que descubrió tejido mamario ectópico axilar sin signos de malignidad. No fue necesaria la confirmación mamográfica ni anatomopatológica de la lesión.



Tratamiento

En el caso de nuestra paciente, se decidió manejo expectante con toma de analgesia pautada y medidas antiinflamatorias a la espera de la resolución del cuadro con la regulación de la producción de leche en los días sucesivos y control posterior con su tocólogo ambulatorio.

En general la conducta terapéutica a seguir dependerá de la clínica. En casos de dolor o aumento de tamaño importante, puede ser necesario su extirpación, con finalidad terapéutica o estética.

Conclusiones

Aunque el tejido mamario axilar es la polimastia más frecuente, su aparición bilateral no lo es tanto y ahí radica el interés de este caso. El pronóstico de manera general es favorable excepto en los casos de asociaciones con la aparición de neoplasias en los tejidos accesorios, por lo que es importante realizar un control y seguimiento de ellos, al igual que hacemos en el tejido mamario eutópico.

Referencias

1. S. Pathak, J. Preston
A rare case of multiple accessory breast tissue in the axillae, lower abdomen and vulval areas
J Obstet Gynaecol, 27 (2007), pp. 531-533
2. Langman. Embriología Médica. Ed. Panamericana. 2010.
3. Adler DD, Rebner M, Pennes DR. Accessory breast tissue in the axilla: Mammographic appearance. Radiology 1987;163:709-11
4. Bertó JA, Peña L. Polimastia y tejido mamario accesorio. Piel. 2005; 20:483-4.