

Mama ectópica dorsal

Dr. Armando Madrid Basurto,* Dr. Eugenio García Cano**

RESUMEN

Mujer de 20 años de edad, que acude a consulta médica por presentar abultamiento en región dorsal, con tres pezones y aréolas. El examen clínico así como el de gabinete se correlacionan con glándula mamaria aberrante, presencia de defecto del tubo neural y presencia de lipoma intraneuronal y extraneuronal. Se realiza tratamiento quirúrgico del mismo sin complicaciones. La paciente no regresó a controles posteriores a un mes.

Palabras clave: Mama, ectópica, dorsal.

SUMMARY

A 20-year-old woman sought medical care for a growth on the back, displaying three nipples with areolas. The clinical examinations, as well as the x-rays, ultrasounds showed a supernumerary breast, neural tube defect and intra and extra neural lipome. It was treated surgically without complications. This was a patient from a rural area who did not come back for further controls.

Key words: Mamma, ectopic, dorsal.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas mamarias son formaciones cutáneas modificadas y se desarrollan a partir del tejido ectodérmico. Comienzan su formación en la vida intrauterina, a partir de la cuarta semana en que se forman dos engrosamientos lineales del ectodermo: las líneas o esbozos mamarios que se extienden a ambos lados desde la axila hasta la región inguinal.¹ Durante la embriogénesis este tejido evoluciona a la regresión espontánea, excepto en la región torácica. Cuando la regresión de la línea mamaria falla, las estructuras mamarias accesorias se pueden desarrollar, pudiendo presentarse pezones supernumerarios (politelia) y glándulas supernumerarias (polimastia).² El tejido mamario ectópico se encuentra raramente fuera de la línea mamaria; sin embargo, se han descrito en la región dorsal, hombro, cara y muslo.³⁻⁶ La prevalencia de tejido mamario acce-

sorio varía entre 0.2 y 6 por ciento en la población general.⁷⁻⁹ En 1915, Kajava clasificó la expresión de tejido glandular accesorio en ocho categorías, basado en la presencia o ausencia de pezón, areola y tejido glandular. El tipo de tejido glandular accesorio más común es la politelia, misma que se define como el pezón supernumerario sin areola o estructura glandular.¹⁰

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 20 años de edad, del medio rural, que acude a consulta médica por presentar tumoración en región dorsal a nivel de región interescapular desde el nacimiento, con el crecimiento y demarcación de tres pezones y aréolas, lo cual se desarrolló en la pubertad.

El diagnóstico se realizó de manera clínica al observar la presencia de tejido en región escapular sugestivo

* Centro Médico Medici, Puebla, Puebla.

** Residente de Cirugía General, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad Manuel Ávila Camacho, Puebla, Puebla.

de glándula mamaria aberrante, de consistencia similar a las mamas existentes en región torácica; además de la presencia de tres aréolas y pezones (*Figuras 1 y 2*).

En la resonancia magnética nuclear se encontraron datos relacionados con tejido mamario (*Figura 3*), descartándose como diagnóstico diferencial lipoma, meningocele, meningolipoma, teratoma o quiste epidermoide.

Se realizó tratamiento quirúrgico bajo anestesia general, con protocolo de asepsia y antisepsia, con planteamiento quirúrgico (*Figura 4*), que comprendió resección de piel, aréolas, glándula mamaria en forma fusiforme, con resección glandular completa, así como de quiste acuoso. Se realizó hemostasia minuciosa, colocación de drenaje y cierre de piel. La evolución post-quirúrgica fue satisfactoria con tres días de estancia



Figura 1.

Mama ectópica dorsal vista anterior.



Figura 2. *Mama ectópica dorsal vista lateral.*

intrahospitalaria y controles a los 8 y 15 días, sin que se presentaran complicaciones aparentes, mismas que tampoco se reportaron posteriormente en controles después de los 30 días.

El tejido extirpado se exhibió con apariencia y consistencia similar al de la glándula mamaria, de aproximadamente 300 gramos, así como presencia de quiste en el lecho por encima de espina bifida y fragmento óseo (*Figura 5*).

DISCUSIÓN

Existen varios estudios relacionados con pezones supernumerarios y anomalías del tubo neural; sin em-

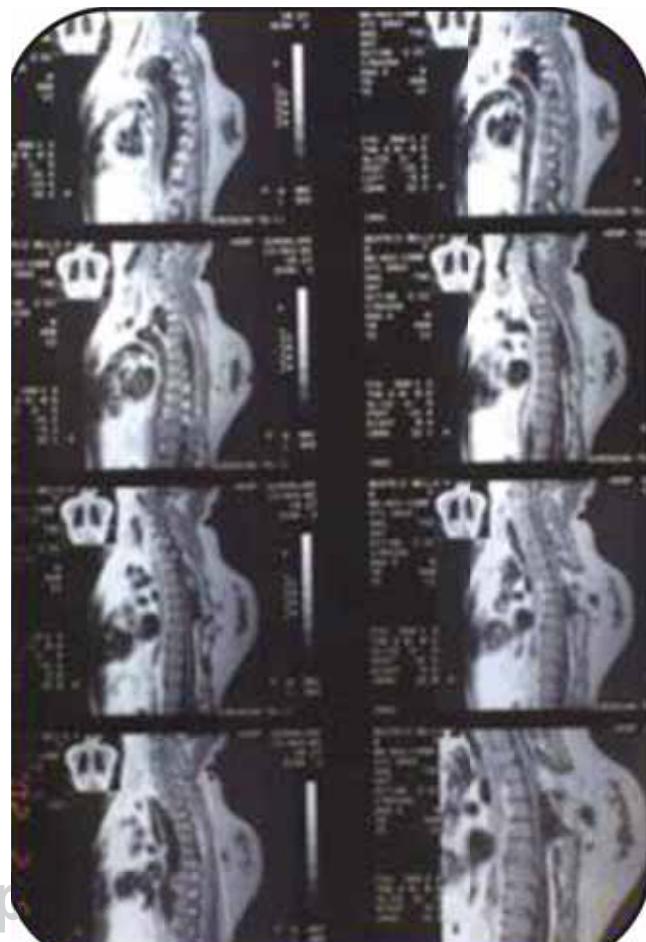


Figura 3. Corte sagital en T1, se observa defecto del conducto vertebral a nivel del segmento T6, T7 y T8, en los elementos del arco neural posterior con ausencia de apófisis espinosas y retracción hacia afuera del saco tecal. Sobre el defecto se observa aumento de tejidos blandos en forma considerable y con presencia de tejido glandular hiperdenso de considerable cantidad, extensión al tercio medio, en el posterior una zona focal de tejido hipodenso, bien delimitada, con íntima relación al defecto del arco neural posterior.



Figura 4. Diseño quirúrgico.

bargo, ninguna ha sido capaz de demostrar estadísticamente una asociación significativa, pero tampoco ha podido descartarse.¹¹ Al encontrarse espina bífida como malformación adyacente se podría explicar la formación de la glándula ectópica, por la migración de células ectodérmicas del tubo neural. El tejido glandular supernumerario no es únicamente un problema cosmético, también está sujeto a lesiones patológicas, mismas que ocurren en el tejido glandular normalmente posicionado, por lo cual el tratamiento quirúrgico es siempre necesario en el caso de polimastia.^{12,13}

CONCLUSIÓN

La presente malformación congénita puede explicarse tomando en cuenta la correlación entre malformaciones congénitas del tubo neural (espina bífida) y la migración de células ectodérmicas para formación de la glándula.

BIBLIOGRAFÍA

- Geneser F. *Histología*. 3^a Ed. Argentina: Médica Panamericana 2003. p. 679.
- Godoy-Gijón E, Yuste-Chaves M, Santos-Briz A, Esteban-Velasco BC, De Unamuno-Pérez P. Accessory Breast on the vulva. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103: 229-32.



Figura 5. Pieza quirúrgica.

- Bhatnagar KP, Ramsaroop L, Bhatnagar KP, Satyapal KS, Singh B. Dorsal scapular breast in a woman. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 571-74.
- Schewach-Millet M, Fisher BK. Supernumerary nipple on the shoulder. *Cutis* 1976; 17: 384-85.
- Koltuksuz U, Aydin E. Supernumerary breast tissue: a case of pseudomamma on the face. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 1377-78.
- Boivin S, Segard M, Delaporte E, Cotten H, Piette F, Thomas P. Complete supernumerary breast on the thigh in a male patient. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 144.
- Scantan KA, Propeck PA. Accessory breast tissue in an unusual location. *AJR* 1996; 155: 339-40.
- Schmidt H. Supernumerary nipples: Prevalence, size, sex and side predilection: A prospective clinical study. *Eur J Pediatr* 1998; 157: 821-23.
- Famà F, Gioffrè FMA, Villari SA, Caruso R, Barresi V, Mazzei S, Pollicino A, Scarfò P. Breast abnormalities: a retrospective study of 208 patients. *Chir Ital* 2007; 59(4): 499-506.
- Kajava Y. The proportions of supernumerary nipples in the finnish population. *Duodecim* 1915; 1: 143-70.
- Mathur AV, Kudesia S, Anand M, Singh M. A case of papillary growth from the areola. *J Cutan Aesthet Surg* 2010; 3: 122-a.
- Somma F, Calzoni C, Arleo S, Chiummariello S. Polythelia and supernumerary breast. Personal experience and review of the literature. *Ann Ital Chir* 2012; 83(2): 109-12.
- Velanovich V. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts, and supernumerary nipples. *South Med J* 1995; 88(9): 903-6.

Dirección para correspondencia:

Dr. Armando Madrid Basurto

Centro Médico Medici

16 poniente Núm. 1907-207, Puebla, Puebla, México

Tel/fax: 01 (222) 2327677; 2420843

E-mail: drarmandomadridb@hotmail.com