

---

# Mamas supernumerarias: presentación de caso y revisión bibliográfica

## Supernumerary mammas: case report and bibliographic review

Italo Rojas Vera \*  
Giovanni Gomezcoello Moya \*\*  
Edmundo Encalada S. \*\*\*  
Jaime Colamarco N. \*\*\*  
Walter Heras R. \*\*\*

### Resumen

*Presentamos el caso de una paciente con mamas supernumerarias bilaterales funcionantes, dolorosas, extirpadas sin complicaciones en su totalidad (mama, piel y pezón) de forma estética (siguiendo el pliegue): este tratamiento conservador da los mejores resultados, siempre que se encuentren "masas nodulares" tumorales hay que realizar cortes por congelación para descartar malignidad.*

**Palabras claves:** mamas supernumerarias, pseudomama, politelia, galactorrea.

### Summary

*This is the case of a patient with bilateral, painful functioning supernumerary mammas. They were totally extirpated without complications (mammary, skin and nipple) in a stetic way (following the pledge). This conservative treatment offers the best results. If nodular masses were found, it is mandatory to do cuts by freezing in order to discard any malignity.*

### Introducción

El tejido mamario axilar ectópico, aberrante o accesorio es un hallazgo relativamente infrecuente; tiene doble origen embrionario: epidérmico y mesodérmico (línea o cresta de leche); se extiende en ambos lados del cuerpo desde la axila a la cara anterior de la región inguinal. En el estado embrionario se desarrollan numerosas papilas a lo largo de la línea de leche, pero al final de la novena semana sólo permanece una papila localizada a nivel del quinto espacio intercostal, sobre la línea medioclavicular y que será la futura glándula mamaria (1, 5, 6, 8, 9, 10).

Durante el desarrollo embrionario las estructuras del epitelio mamario pasan a través de cuatro estadios:

- 1) Un espesamiento del ectodermo para formar la línea o cresta de leche.
- 2) Una prominencia del ectodermo que formará el vástago del pezón.
- 3) La formación de la bolsa del pezón y el vástago mamario que dará origen a los conductos mamarios.

- 4) La formación de nódulos lobulares en la terminación de los conductos mamarios (5, 6, 9, 10).

La presencia de tejido axilar accesorio solamente se manifiesta durante la pubertad o después de ella, y el desarrollo más acelerado ha sido durante el embarazo, incluso ésta pueden secretar leche cuando se acompañan de pezón. En muchas ocasiones el descubrimiento de tejido mamario accesorio tiene lugar durante el primer embarazo, como consecuencia de los cambios secundarios desencadenados por la estimulación hormonal del estradiol ovárico y el estradiol placentario (1, 3, 5, 9).

Esta anomalía congénita es generalmente bilateral; se ha observado que el desarrollo familiar de tejido mamario accesorio (Polimastitia), tiene relación con síndromes citogenéticos congénitos, sobre todo los relacionados con el cromosoma 3, en especial el fragmento 3P y el cromosoma 8, síndrome de Turner (agenesia y disgenesia ovárica con cariotipos cromosómicos 45X, pero con patrones mosaicos (45, X/46, XX o 45,X/46, XX/47, XXX) y el Síndrome de Fleischer (desplazamiento lateral

de los pezones hacia la línea medioclavicular con hipoplasia renal bilateral), además se observó la presencia de mamas supranumerarias en quienes padecían anomalías renales (agenesia renal unilateral, displasia cística renal, estenosis pieloureterales) y adenocarcinoma renal; otra de las causas del desarrollo de polimastia es la presencia de tumoraciones córticosuprarrenales y ováricas de la infancia y pueden ser las manifestaciones más tempranas de una endocrinopatía subyacente (1, 2, 3, 4, 7, 9, 11, 12).

### **Clasificación**

Kajava clasificó el tejido axilar accesorio o aberrante en ocho categorías:

- 1) La presencia de una mama completa, es decir tejido glandular mamario y el complejo pezón/areola.
- 2) La presencia de tejido glandular y pezón.
- 3) Tejido glandular y areola.
- 4) Tejido glandular solitario.
- 5) Complejo pezón/areola con el reemplazo del tejido glandular mamario por tejido adiposo (pseudomama).
- 6) Pezón solitario (Politelia).
- 7) Areola solitaria (Politelia areolar).
- 8) La presencia de un pequeño sector con tejido con vello (Politelia pilosa). Sin duda que la politelia representa la variante más frecuente en los componentes de mamas supernumerarias, sin embargo la presencia de tejido glandular completo o parcial puede desarrollarse en cualquier lugar de la línea o cresta de leche que se extiende desde la axila hasta la cara anterior de la ingle contralateral (1, 6, 8, 9).

### **Manifestaciones clínicas**

El tejido mamario axilar o accesorio sintomático se caracteriza por aumento de tamaño acompañado de dolor a la palpación superficial o profunda, en raras ocasiones puede presentar secreción de leche a través de los poros cutáneos circundantes. Si bien esta anomalía puede no manifestarse hasta el primer embarazo, una vez que las lesiones han sido reconocidas recurrirán en los embarazos siguientes y pueden presentar cambios cíclicos durante la menstruación (4, 5, 7, 8, 9, 10).

### **Diagnóstico**

Para poder determinar la presencia o ausencia de tejido mamario axilar o accesorio es necesario

establecer una diferencia entre el aumento del tamaño de la apéndice axilar de Spence y el desplazamiento ectópico de tejido mamario de la línea de leche; por esta razón el diagnóstico primordialmente es el examen físico de la paciente, y como apoyo diagnóstico tenemos a la ecografía; en personas adultas es prudente realizar estudio por congelación en caso de crecimiento súbito para descartar masa tumoral (1, 3, 4, 8, 10).

### **Tratamiento**

El tratamiento del tejido mamario axilar o accesorio sintomático durante el embarazo y el puerperio consiste, en la mayoría de los casos, en un enfoque terapéutico conservador.

La presencia de masas nodulares densas sugestivas de transformación maligna requieren un abordaje quirúrgico agresivo a fin de descartar un posible carcinoma. Las incisiones se realizan de manera elíptica en los pliegues cutáneos de la axila, permiten una disección y resección completa del tejido mamario situado debajo de la piel y por arriba de la fascie subyacente (1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12).

### **Historia clínica**

Paciente femenina de 28 años de edad, sin antecedentes patológicos familiares o personales de importancia, ingresa el 6 de mayo de 1998 por presentar tumoraciones simétricas en cuadrantes supero-externos de ambas mamas acompañándose de dichas masas de areola y pezón. Según ella refiere su enfermedad comenzó hace 10 años aproximadamente en circunstancias que durante su primer embarazo, aparecieron dos masas blandas a nivel de la región axilar simétricas acompañadas de dolor tipo pesantez de moderada intensidad, de periosidad variable, además presentaba edema localizado y la presencia de secreción láctea; después de 5 años durante su segundo embarazo y puerperio estas masas aumentaron de tamaño de manera progresiva, dolorosas, de consistencia blanda y con secreción láctea; cabe mencionar que durante su ciclo menstrual dichas masas aumentaban de tamaño al igual que la intensidad del dolor, motivo por el cual acude a esta casa de Salud. Antecedentes gineco-obstétricos: gestas:2; para: 2; cesárea: 0; abortos: 0; menarquia a los 13 años, ciclos menstruales normales; usa anticonceptivos inyectables (TOPASEL).

Examen físico: cráneo, cara, cuello normales, abdomen blando, depresible, no doloroso, no visceromegalias, normal, extremidades superiores e inferiores normales. Tórax simétrico presenta dos masas tumorales en cuadrantes supero-externos, de consistencia blanda de 8cm de diámetro, con presencia de aréola, pezón, hiperpigmentación axilar (Fotos 1 y 2) con presencia de secreción láctea al comprimirlas. Fue sometida a cirugía (Excéresis tumoral bilateral) con evolución favorable; resultado anatomopatológico de tejido glandular accesorio más ganglio linfático axilar con hiperplasia reactiva con lo cual se descarta patología maligna.

**Foto 1**



Foto 1: Paciente sentada previa la cirugía, se puede apreciar el pliegue cutáneo que separa la mama normal de la supernumeraria.

**Foto 2**



Foto 2: Se observa pezón rudimentario delimitado por línea trazada por marcador.

### Conclusiones

Las mamas accesorias o ectópicas o supranumerarias por lo general son asintomáticas; pero cuando aumentan de tamaño bruscamente

después de la lactancia o causan dolor o hay galactorrea se recomienda la resección quirúrgica y el correspondiente examen anatomopatológico por congelación correspondiente.

### Referencias bibliográficas

1. Bland Copeland III: La Mama manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.3ª ed, Ed Panamericana, Buenos Aires – Argentina, 127-129, 1993
2. Casey D: Familia polythelia without associated anomalies. Rev MEDLINE, USA 1 (36): 101-104, 1996
3. Decaussin M: Paget's disease versus Toker cell hyperplasia in a supernumerary nipple. Rev MEDLINE, USA 3 (432): 289-291, 1998
4. Gasperoni C: Breast shape malformations. Rev MEDLINE, USA 6 (21): 412-416, 1997
5. Gilmore H: Supernumerary nipples and accessory breast tissue. Rev MEDLINE, USA 5 (49): 149-151, 1996
6. Latarjet – Ruiz L: Anatomía Humana. 3ª ed, Ed Panamericana, Madrid – España 1827-1835, 1986
7. Petersson C: Karyotypic abnormalities in fibroadenomas of the breast. Rev MEDLINE, USA 3 (70): 282-286, 1997
8. Romero R: Tratado de Patología. 2ª ed, Ed Interamericana, México 1989-1991, 1993
9. Sabinston D Jr: Tratado de patología quirúrgica. 13ª ed, Ed Interamericana, México 559-562, 1984
10. Torres R: Tratado de Cirugía. 2ª ed, Ed Interamericana, México 1987-1993, 1993
11. Urbani E: Aberrant mammary tissue and nephrouinary malignancy. Rev MEDLINE, USA 1 (87): 88-89, 1996
12. Urbani E: Accessory mamary tissue associated with congenital and hereditary nephrouinary malformations. Rev MEDLINE, USA 5 (35): 349-352, 1996

**Dr. Italo Rojas Vera**

**E-mail: italo\_rojas@yahoo.com**