

PRESENTACION DE CASO**Pseudomama en región dorso-lumbar en hombre. Presentación de un caso**

Dra. Lidia Torres Aja, ⁽¹⁾ Dr. Julián Viera Llanes, ⁽²⁾ Lic. Neylín Caballero Aja. ⁽³⁾

⁽¹⁾ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. ⁽²⁾ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ⁽³⁾ Licenciada en Enfermería Comunitaria. Profesor Instructor. Policlínico Universitario "Manuel Piti Fajardo". Cruces

RESUMEN

Las mamas supernumerarias tienen diversas formas de presentación de acuerdo a los componentes histológicos que ellas presentan. Se localizan fundamentalmente en región axilar, epigástrica, supraumbilical y en otras áreas de la pared anterior del tórax, donde estuvieron las antiguas líneas de la leche. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 39 años, que acude a la consulta provincial de mastología, por presentar aumento de volumen de una bolita que desde su nacimiento tenía en la espalda. En el examen físico se constata la presencia de una mama pequeña en la región dorsal derecha del paciente, se trata de una pseudomama, variedad en la que el tejido mamario está sustituido por grasa y con una localización en la región lumbar, previo chequeo preoperatorio es llevado al quirófano por lo que se procede a realizar la exéresis de la mama rudimentaria. Revisada la literatura relacionada con el tema no se encuentra ninguna evidencia similar reportada, por lo cual se considera este caso como de gran interés científico.

Palabras clave: Mama; anomalías congénitas; masculino; dorso; región lumbosacra

Key words: Breast; congenital abnormalities; male; back; lumbosacral region

INTRODUCCIÓN

En el embrión de siete semanas de edad, la línea mamaria se extiende desde la axila hasta la región femoral superior. Aun cuando gran parte de esta línea desaparece poco después de formarse, hay persistencia de un pequeño segmento en la región torácica, en la cual se forman de 16 a 24 brotes, los cuales darán origen a evaginaciones macizas. Al final de la vida intrauterina los brotes epiteliales se canalizan formando los conductos galactóforos. ⁽¹⁻³⁾

El tejido mamario ectópico puede, por lo tanto, tener diferentes formas de presentación, por lo que Kajava ⁽³⁻⁵⁾ plantea la siguiente clasificación:

- a. mama completa con pezón, areola y tejido glandular.
- b. mama supernumeraria sin areola, pero con pezón y tejido glandular.
- c. mama supernumeraria sin pezón pero con areola y tejido glandular.
- d. tejido mamario ectópico sin areola ni pezón.
- e. pseudomama con areola y pezón, pero sin tejido glandular, el cual es reemplazado por tejido adiposo.
- f. politelia areolaris, presencia solo de areola
- g. politelia pilosa, presencia de un penacho piloso.

A su vez, Marshall plantea que en la literatura, el tejido mamario ectópico ha sido descrito indistintamente como mama supernumeraria y tejido mamario aberrante. ⁽⁶⁻⁸⁾ Refiere que estos términos describen dos categorías muy

Recibido: 25 de marzo de 2010

Aprobado: 17 de abril de 2010

Correspondencia:

Dra. Lidia Torres Aja.

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Calle 51 A y Ave. 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP.: 55 100.

Dirección electrónica: lidia.torres@gal.sld.cu

diferentes entre sí con diferente desarrollo embriológico. La mama supernumeraria puede variar en sus componentes de pezón, areola y tejido ductal. (9,10) Histológicamente presenta un sistema ductal organizado que se comunica con la piel que la cubre, con respuesta a los estímulos hormonales del ciclo menstrual, mientras que por otro lado, el tejido mamario aberrante se localiza cerca de la mama normal, paraesternal, submamario y en ocasiones es de localización vulvar. (1-3-11)

A diferencia de la mama supernumeraria no presenta un sistema ductal desarrollado y no tiene relación con la piel que lo cubre. La incidencia de mama supernumeraria alcanza entre el 1 y el 6 % de la población femenina (12) y se considera una condición heredable. La mayor incidencia se da en la población japonesa. (11-12)

La incidencia real de tejido mamario aberrante no se conoce, porque en general no presenta manifestación clínica de su anomalía. (13) En general se citaba en la literatura que el tejido mamario ectópico no producía una mayor incidencia de degeneración maligna, pero esta aseveración ha sido invalidada por Marshall. (2-10)

Se ha observado una mayor incidencia de desarrollo de cáncer en el tejido mamario aberrante en comparación a la baja incidencia en mamas supernumerarias. Por tales razones se decide la publicación de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 39 años de edad, que acude a la consulta provincial de mastología por presentar aumento de volumen de una "bolita" que desde su nacimiento tenía en la

espalda y que según refirió la esposa se parece a una mamita pequeña. (Figura 1). En el examen físico se constató la presencia de una mama pequeña en la región dorsal derecha del paciente (Figura 2). Previo chequeo preoperatorio fue llevado al quirófano, para realizar la exéresis de la mama rudimentaria (Figura 3). Enviada la pieza al departamento de anatomía patológica esta fue notificada como una mama rudimentaria constituida fundamentalmente por tejido graso. (Figura 4).



Figura 2. Paciente en decúbito lateral



Figura 1. Paciente mostrando pseudomama en región dorsal



Figura 3. Momento de la exéresis de la pseudomama



Figura 4. Pseudomama una vez extirpada

En los años de experiencia de la especialidad de cirugía se han diagnosticado con frecuencia mamas supernumerarias en regiones epigástrica, umbilical y axilar, o sea, localizadas donde estuvieron las líneas de la leche durante el desarrollo embrionario, pero nunca en los 28 años de fundado el hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", se había detectado un tejido mamario aberrante en localización lumbar. Revisada la literatura nacional no se encuentra ningún otro caso similar

reportado, por lo cual se considera este caso como de interés científico en la provincia de Cienfuegos.

DISCUSIÓN DEL CASO

Luego de tener los resultados del examen de anatomía patológica que informa que la pieza enviada está compuesta por pezón, areola y tejido adiposo reemplazando al tejido glandular, se puede concluir que estamos ante la presencia de una pseudomama de localización lumbar derecha en paciente masculino, según la clasificación de tejido mamario aberrante establecida por Kajava⁽³⁻⁴⁻⁵⁾. Localización esta extremadamente rara, de la cual no se encuentra otra referencia en la literatura nacional e internacional revisada.

Si bien es conocida la incidencia de mama supernumeraria: entre 1 y 6 %⁽¹²⁾ no sucede lo mismo con el tejido mamario aberrante del cual no existen datos reales de su incidencia.⁽⁶⁻⁸⁻¹³⁾

Corroborar este diagnóstico como definitivo, el recordar que la mama supernumeraria presenta un sistema ductal organizado que se comunica con la piel y responde a los estímulos hormonales del ciclo menstrual, mientras que el tejido mamario aberrante no presenta un sistema ductal organizado, sino que este puede estar sustituido por tejido graso, que es lo que ocurre en este caso.⁽²⁻⁵⁾

Según la literatura revisada, el tejido mamario aberrante se localiza cerca de la mama normal, en región paraesternal, en posición submamaria y en ocasiones tiene una localización vulvar,⁽¹⁻³⁻¹¹⁾ pero no se localiza ninguna referencia que corrobore la presencia de tejido mamario aberrante en ninguna de sus modalidades de presentación en región lumbar, como ocurre en este caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fama F, Goffre Florio MA, Villari SA, Caruso R, Barresi V, Mazzli S, et al. Breast abnormalities: a retrospective study of 208 patient. *Chir Ital.* 2007 Jul-Ago; 59(4):499-506.
2. López K, Carlota V. Trastorno del crecimiento y desarrollo mamario en la infancia. *Rev Soc. Argent. Ginecol Infanto Juvenil.* 2004; 11(2):138-144.
3. Teke Z, Kaboy B, Akbulut M, Erdem E. Primary infiltrating ductal carcinoma arising in aberrant breast tissue of the axilla: a rare entity. Report of a case. *Tumori.* 2008 Jul-Ago; 94(4):577-83.
4. Kahroman -Cetintas S, Turon- Ozdemir S, Topal U, Kurt M, Gokgoz S, Saraydaroglu O, et al. Carcinoma originating from aberrant breast tissue. A case report and review of the literature. *Tumori.* 2008 May-Jun; 94(3):440-3.
5. Toman N, Buschmanna A, Muchlbeyer T. Ectopic breast cancer without breast parenchyma. *Breast.* 2008 Feb; 17(1):3-4.
6. Ghosn SH, Katri KA, Bhawan J. Bilateral aberrant axillary breast tissue mimicking lipomas: report of a case and review of the literature. *J. Cutan Pathol.* 2007 Dic; 34 Supl.1:9-13.
7. Van Herwaarden-Lindeboom MY, Van Hilleyersbery R, Van Diest PJ. Ectopic lobular breast cancer on the anterior chest wall: a rare entity. *J Clin Pathol.* 2007 Aug; 60(8):940.
8. Tjalma WA, Senten LI. The management of ectopic breast cancer- case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006; 27(4):414-16.
9. Gutermuth J, Audring H, Voit C, Hoas N. Primary carcinoma of ectopic axillary breast tissue. *J. Eur. Acad. Dermatol Venereol.* 2006 Feb; 20(2):217-21.
10. Migliorini L. Proliferative intraductal lesion arising in ectopic breast tissue within axillary lymph node. *Histopathology.* 2006 Feb; 48(3):316-17.

11. Avilés Izquierdo JA, Martínez Sánchez D, Suárez Fernández R, Lajaro Ochaita P; Longo-Imedio MI. Pigmented axillary nodule: carcinoma of an ectopic axillary breast. *Dermatol Surg.* 2005 Feb;3 (2):237-39.
12. Conde Marques D, Torresan Zocerio R, Kashimoto E, Carvalho L, de Campos E, Cardoso Cassio F. Fibroadenoma in axillary supernumerary breast case report. *Sao Paulo med J.* 2005 Sep-Nov;123(5):253-255.
13. Girón GL, Friedman I, Feldman S. Lobular carcinoma in ectopic axillary breast tissue. *Am Surg.* 2004 Apr;70(4):312-15