

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Prat

LÓBULO ABERRANTE MAMARIO A LOCALIZACIÓN AXILAR

José - A. PIQUINELA

E. S. de M., 28 años, consulta por una tumefacción axilar izquierda que data desde su niñez y que ha ido creciendo lentamente. Sufrió un aumento notable de tamaño cuando la instalación de la función menstrual. A partir de entonces es asiento de empujes dolorosos premenstruales semejantes a los que la enferma experimenta en las mamas. Su crecimiento ha sido después muy lento aunque la enferma cree advertir en los últimos tiempos que la tumefacción aumenta de tamaño algo más rápidamente.

Se decide a consultar porque la tumefacción obstaculiza los movimientos del brazo; los multitraumatismos que sobre ella provocan son particularmente molestos en los períodos menstruales.

El examen de la enferma pone de manifiesto: tumor del tamaño de una naranja grande, situado en la axila izquierda, que llega hasta el borde axilar del pectoral mayor; la piel que lo recubre no presenta particularidades: no hay esbozo de umbilicación ni depresión alguna.

La palpación evidencia: tumor de consistencia blanda, ligeramente lobulado, semejando a un lipoma; límites profundos imprecisos; no parece haber continuidad con el prolongamiento axilar de la mama correspondiente. La piel no adhiere al tumor aunque su desplazamiento sobre él no es muy grande; el tumor adhiere a los planos profundos. La palpación no despierta sensibilidad alguna.

El resto del examen no revela nada anormal; mamas normales, axila derecha sin particularidades.

Aun cuando la tumefacción tiene caracteres semejantes a los de un lipoma, pensamos en un lóbulo mamario aberrante a localización axilar por las razones que expondremos más adelante y con tal diagnóstico la operamos.

Operación: XI-24-38. Servicio del Prof. Prat. Dr. Piquinela, Dr. López Gutiérrez; anestesia local novocaína $\frac{1}{2}$ %. El tumor se libra difícilmente del tejido ambiente, en especial hacia la profundidad; invade ligeramente el borde axilar del pectoral mayor no siéndonos posible establecer su continuidad con el prolongamiento axilar mamario; la disección del borde axilar del gran pectoral muestra la ausencia de un prolongamiento axilar

mamario muy desarrollado en continuidad con el tumor; hemostasis; cierre; crines en la piel.

Examen anatomopatológico (Dr. Ardao). Se trata de una neoformación no encapsulada, constituida histológicamente por tejido conjuntivo y epitelial. Aquél esencialmente formado por apretados haces de tejido fibro-

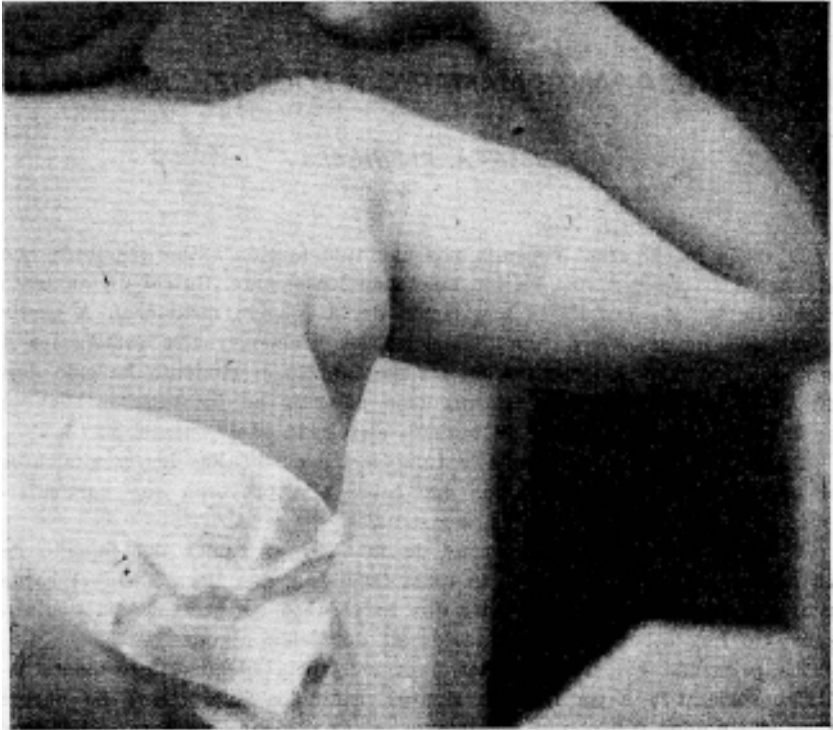


Figura 1

escleroso. En grado variable se encuentran en la periferia células de tejido adiposo y vasos sanguíneos de pequeño calibre.

El tejido epitelial está representado por tubos más o menos deformados, aplastados por compresión o con contornos policíclicos. Corresponden a canales excretores del tipo mamario y a esbozos de acinos. Las células epiteliales son cúbicas, bajas • altas, muy oscuras. En ciertos canales, atroficas. Estos elementos tubulares aparecen rodeados por vainas conjuntivas esclerósicas muy densas, dispuestas en anillos concéntricos (ver microfotografías). No se observa reacción inflamatoria.

En resumen: neoformación antigua que reproduce una formación organoide representante de una glándula mamaria morfológica y funcionalmente inferior. Predomina el tejido conjuntivo en su variedad fibrosa y de es-

cierosis. El elemento epitelial muy escaso, reproduce formaciones canaliculares.

Esta textura histológica, según el criterio que se adopte, puede ser interpretada como una anomalía congénita del desarrollo, de aspecto tu-

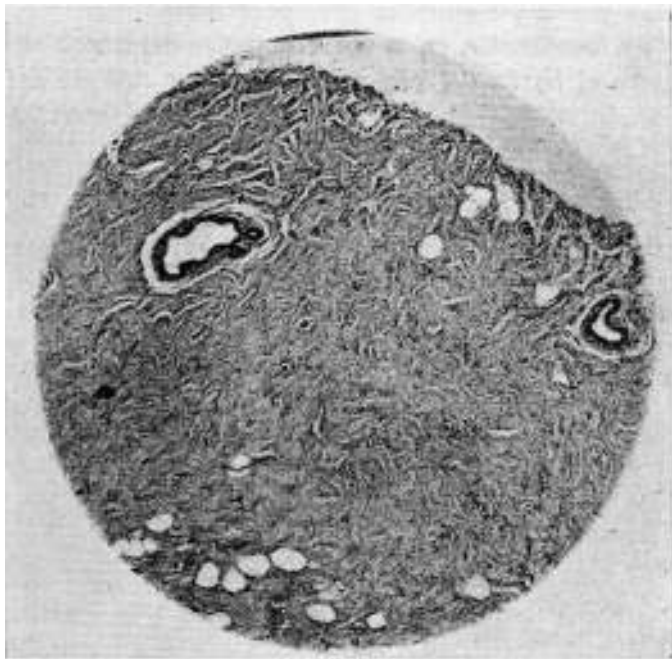


Figura 2. — Abundante tejido de esclerosis; elementos glandulares en el seno de la masa conjuntiva, con el aspecto de elementos mamarios.

moral, esto es como una mama aberrante; o bien como un tumor genuino, fibroadenoma canalicular difuso a predominancia del tejido fibroso.

Si del punto de vista doctrinario la interpretación patogénica sobre los datos de la anatomía patológica es un asunto discutible, ya que en última instancia siempre habrá que considerar el origen congénito de los tumores (trastorno congénito del desarrollo-teoría de Conheim) nos parece a los fines de la denominación, que este proceso se debe catalogar con el nombre de *mama aberrante*. (Dr. Ardao).

Se trata, pues, de un tumor axilar unilateral en una mujer joven, 28 años; tumor que data desde la niñez, que aumenta lentamente de volumen, experimentando sin embargo un aumento apreciable en la pubertad y que a partir de ese momento es

asiento de empujes dolorosos premenstruales semejantes a los que la enferma experimenta en sus mamas. La inspección y la palpación semejan el tumor a un lipoma; sin embargo pensamos que se trata de un lóbulo mamario muy desarrollado a localización axilar por las siguientes consideraciones:

a) Su *localización* en la parte anterior del hueco axilar llegando hasta el borde del pectoral mayor, por delante del punto

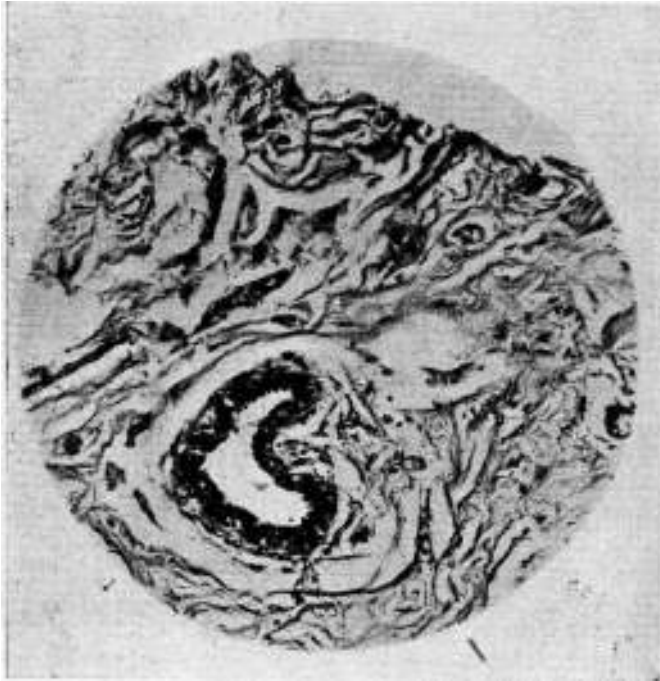


Figura 3. — Fotomicrografía, elemento glandular rodeado de tejido de esclerosis.

más elevado del esquema de Williams y del esquema de Merkel, que recuerdan en el adulto la “línea láctea”, primer esbozo epitelial común de todas las glándulas mamarias supernumerarias en los mamíferos;

b) Su *evolución*: notado desde los primeros años, estacionario hasta la pubertad en que experimenta un desarrollo notable, sufre a partir de allí empujes congestivos premenstruales semejantes a los que la enferma experimenta en sus mamas. El

tumor adquiere en esas condiciones una sensibilidad que hace muy molestos los movimientos del brazo por el traumatismo repetido que sobre él ejercen.

En la mayoría de los casos publicados se mencionan las intensas modificaciones de que son asiento mamas supernumerarias y lóbulos aberrantes durante el embarazo: aumento de

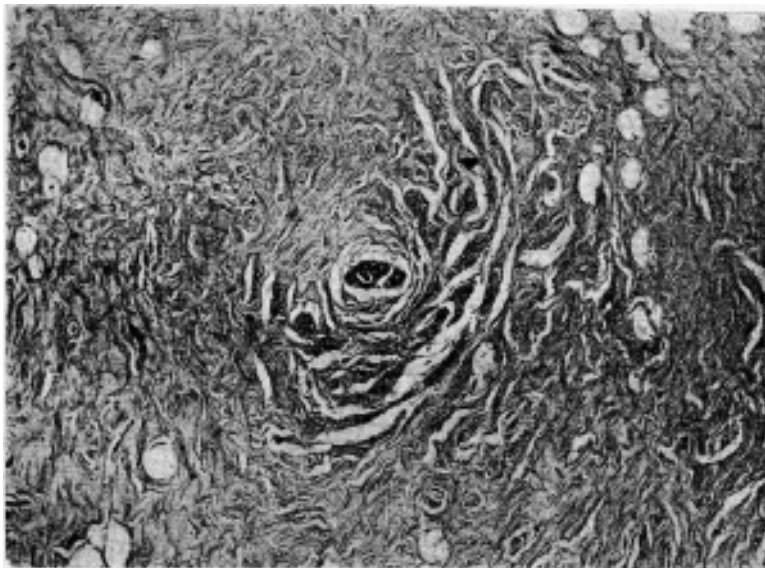


Figura 4. — Fotomicrografía, elemento tubular rodeado por vaina conjuntiva esclerosada, muy densa, dispuesta en anillos concéntricos.

tamaño, sensación de tensión, dolores. En ausencia de gravidez como en la enferma que motiva esta comunicación, las modificaciones regularmente experimentadas en cada período menstrual a nivel del tumor, permiten el diagnóstico.

Si los empujes congestivos premenstruales no tienen más que un valor accesorio para los casos de polimastia completa y politelia, en los que el examen clínico permite la exacta identificación de la anomalía, en casos como el que presentamos donde la piel que recubre el tumor no presenta esbozo de umbilicación ni ningún elemento que recuerde mismo a un pezón rudimentario, el síntoma adquiere un valor real.

Podemos catalogar nuestra enferma como un caso de mama

supernumeraria a localización axilar? Los autores clásicos establecen tres grados para la mama supernumeraria:

- 1º Mama completa;
- 2º Mamelon sin mama;
- 3º Mama sin mamelón o mama incompleta: la atelia se ve menos raramente en la polimastia que en la mama normal.

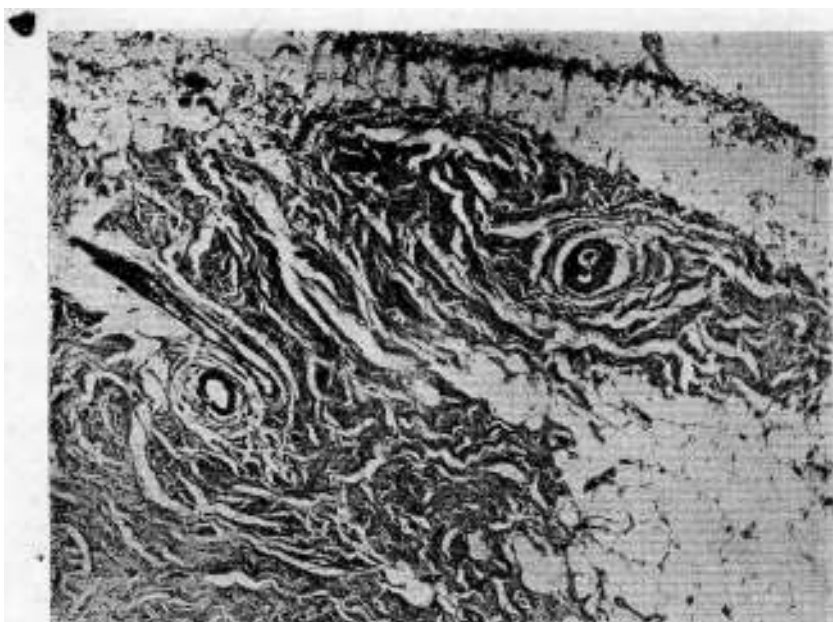


Figura 5. — Fotomicrografía; tejido conjuntivo fibroescleroso, dispuesto en anillos concéntricos, rodeando al elemento epitelial.

Nuestra enferma correspondería a esta última categoría cuya identificación se señala como difícil por la ausencia de elementos indicadores del diagnóstico a nivel de la piel que recubre la mama supernumeraria. El error de diagnóstico se ha cometido especialmente en las localizaciones axilar e inguinal de este tipo de anomalía, confundiéndosele generalmente con lipoma, a veces con neuromas o tumores ganglionares.

Iwaï acepta, contrariamente a la mayoría de los autores, que las mamas supernumerarias asientan en el 90 % de los casos, por encima de la mama normal y lo mismo que Goldfrain y Maschat cree a la localización axilar como la más frecuente de

todas. Leichtenstern y Delbet demuestran que la localización axilar es excepcional y señalan como frecuente la localización en la región torácica, por debajo y por dentro de la mama normal. Todos están de acuerdo en que la anomalía es generalmente bilateral.

Por otra parte, Baumgartner hace notar que es necesario establecer la diferencia entre mama supernumeraria y "lóbulo glandular aberrante". Estos lóbulos aberrantes, exageración de los prolongamientos principales de la glándula normal - ífero-externo, interno o esternal, súperoexterno o axilar, y cuyo pedículo puede afilarse al punto de pasar inadvertido, se caracterizan al desarrollarse anormalmente porque no adhieren a la piel, porque *ningún canal galactóforo viene a abrirse al exterior* a nivel de una depresión de los tegumentos, porque no hay centro de invaginación cutánea. Entre ellos, el lóbulo aberrante axilar sería particularmente frecuente.

Pavie y Potier afirman que los lóbulos aberrantes son porciones de la mama fetal separadas de ella cuando ya ésta presentaba un cierto grado de desarrollo, siendo más o menos solidarios de la mama normal. Aplastados y unidos a ella por una base ancha en algunos casos, tienen en otros forma de lengüeta afilada pudiendo estar unidos a la glándula principal por un delgado pedículo o mismo ser éste tan delgado que simule una independencia total.

Tal es nuestro caso y aunque no hemos podido advertir ni clínicamente ni en el momento del acto quirúrgico ningún pedículo uniendo el tumor al prolongamiento mamario axilar, creemos que la falta de toda depresión cutánea y de toda adherencia a la piel justifican el incluir nuestro caso como un lóbulo aberrante mamario, reservando el nombre de polimastia o mama supernumeraria para los casos de mama completa, vale decir, glándula y pezón.

Cornil ha señalado la posibilidad de tumores benignos y malignos asentando en un lóbulo aberrante mamario y Jacoulet y Moure han publicado un caso operado por Guinard en el que un tumor axilar con caracteres idénticos a los que presentaba nuestro caso coexistía con un tumor de la mama del mismo lado sin que ningún pedículo los uniera; el examen anatomopatológico

reveló que el tumor axilar era un fibroadenoma mamario, lo mismo que el tumor intraglandular.

La exeresis quirúrgica de estos lóbulos aberrantes mamarios lo mismo que en casos de mamas supernumerarias verdaderas, está indicada en dos casos:

1º Cuando el tumor por su localización o por su volumen o por ambos factores a la vez, como en nuestra enferma, trae un obstáculo funcional cualquiera, hecho frecuente en la localización axilar;

2º Cuando es el asiento de un tumor benigno o maligno.

Resumiendo diríamos: tumor axilar unilateral en una mujer joven; tumor que evoluciona desde la niñez, que sufre un aumento rápido en la pubertad para presentar desde entonces empujes congestivos premenstruales; que llega a adquirir un tamaño que molesta, especialmente en los movimientos del brazo; sin ningún pedículo que lo una a la mama correspondiente que presenta, por otra parte, caracteres normales. La piel no adhiere a su nivel ni presenta alteración alguna. Se opera con diagnóstico de lóbulo aberrante mamario; deciden la operación el tamaño del tumor y las molestias que ocasionan los movimientos del brazo; el examen anatomopatológico afirma la exactitud del diagnóstico clínico.