

438 **M. Elena Pérez-Muñuzuri**  
**T. Franco Fraíz**  
**T. Martínez Rodríguez**  
**M. Macía Cortiñas**  
**S. Quintana García**  
**D. Viñas Álvarez**  
**A. Novo Domínguez**

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Correspondencia:**

Dr. M.E. Pérez-Muñuzuri.  
Xosé Pasín, 3, 4.º, B. 15706 Santiago de Compostela. A Coruña.  
España.  
Correo electrónico: elena\_munuzuri@hotmail.com

Fecha de recepción: 9/6/2006.

Aceptado para su publicación: 15/9/2006.

---

## **Secreción por ambas axilas sin presencia de pezón supernumerario**

*Lactation from bilateral axillary  
breast tissue in the absence  
of a supernumerary nipple*

### **RESUMEN**

Paciente que presenta secreción por ambas axilas en su octavo día de puerperio. En la exploración no presenta pezón supernumerario y la secreción se produce por los poros de la piel. El estudio ecográfico demuestra tejido mamario ectópico. Las malformaciones congénitas de la mama aparecen hasta en un 10% de la población. La existencia de tejido mamario en algún punto de las líneas mamarias se clasifica, según Kajava, en 8 clases, que se diferencian por la presencia o no de aréola, pezón y tejido glandular. Nuestro caso es una clase IV de Kajava. Ante una malformación mamaria, la actitud conservadora parece ser la más correcta, aunque por razones estéticas es común la realización de cirugía. Será necesario tener en cuenta la mama supernumeraria para el cribado del cáncer de mama.

### **PALABRAS CLAVE**

Pezón supernumerario. Malformación congénita de la mama. Tejido ectópico mamario. *Milk lines*. Anomalías urológicas.

### **ABSTRACT**

We report the case of a patient who developed bilateral axillary secretion on the eighth day of lactation. On examination, there were no supernumerary nipples and secretion was through the skin pores. Ultrasound study revealed ectopic breast tissue. Congenital breast malformations occur in up to 10% of the general population. The presence of supernumerary breast tissue in any point of the milk lines has been classified by Kajava into eight types, distinguished by the presence or absence of areola, nipple, and glandular tissue. Our patient had a class IV malformation in Kajava's classification. A conservative attitude to breast malformations may be the optimal approach, although surgery is frequently performed for cosmetic reasons. It is important to be alert to the possibility of breast carcinoma in ectopic tissue.

### **KEY WORDS**

Supernumerary nipple. Congenital breast malformation. Ectopic breast tissue. Milk lines. Urologic abnormalities.

## INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas de la mama son un proceso muy frecuente; sin embargo, casos como el que presentamos son extremadamente raros: se ha encontrado sólo uno en la literatura médica, publicado en 1994 por Berman y Davis<sup>1</sup>. Este caso tiene la particularidad de presentar tejido mamario ectópico en las axilas que secreta directamente a la piel, sin presentar pezón supernumerario. Sí es más frecuente, y así lo demuestra la literatura médica, la secreción láctea por la axila con un pezón supernumerario o dependiente de la cola de la mama<sup>2</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 33 años, con 2 gestaciones y 2 partos previos, hace 6 meses y 2 años, respectivamente, en ambos casos con lactancia materna posterior. Tras el primer parto la lactancia se desarrolló con normalidad, pero 8 días después del segundo parto la paciente acudió a urgencias por secreción por ambas axilas de forma espontánea.

En la exploración en decúbito supino, con las manos detrás de la cabeza, presentaba secreción por ambos pezones a la presión, y secreción espontánea a través de varios puntos de la piel de ambas axilas. No se halló ningún pezón supernumerario en las 2 líneas paraesternales ni en las axilas, si bien al tacto en ambas axilas se apreciaba una zona con bordes mal definidos, con aumento de la densidad, y ligeramente dolorosa. Macroscópicamente la secreción axilar presentaba las mismas características que la de los pezones. Posteriormente, se realizaron un estudio ecográfico de las mamas y axilas, una citología de la secreción de las axilas y una ecografía renal.

**Ecografía de la mama.** Las mamas eran de aspecto normal. Había tejido mamario en las dos axilas; en la izquierda, había una colección líquida con aspecto de galactóforo dilatado y en la derecha, un quiste simple de 4 × 2 mm (figs. 1-3).

**Anatomía patológica.** Frotis con fondo proteináceo sobre el que se apreciaron células de características macrófágicas de citoplasma espumoso y núcleos redondos, uniformes y normocromáticos. No



Figura 1. Quiste axilar.

se observaron células atípicas; era compatible con secreción láctea.

**Ecografía renal.** Ambos riñones estaban en la localización habitual y presentaban una ecogenicidad normal.

Completado el estudio clínico y de pruebas complementarias, se llegó al diagnóstico de secreción láctea por ambas axilas a través de la piel, sin pezón supernumerario.

La paciente continuó con lactancia materna y se realizó una nueva revisión a los 8 meses tras el par-

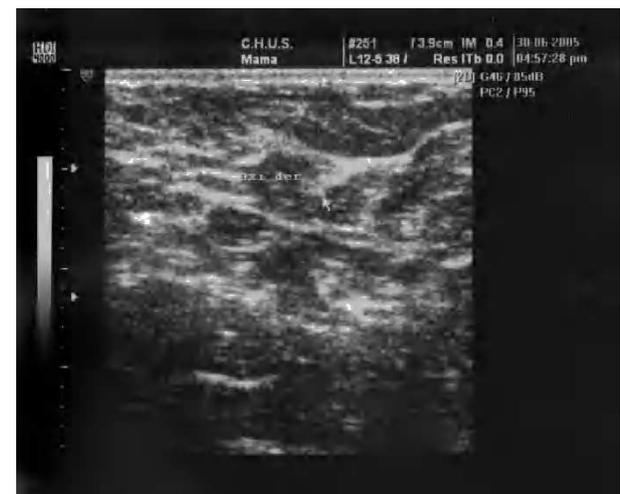
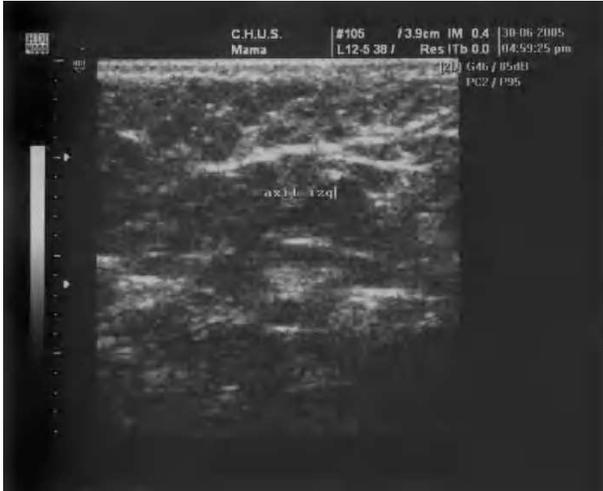


Figura 2. Axila derecha al año del parto.



**Figura 3.** Axial izquierda al año del parto.

to. En ese momento sólo daba una toma diaria y en la exploración la secreción por las axilas sólo se producía con la presión, ya no de forma espontánea, y sólo por un punto de la piel. El estudio ecográfico mostró tejido mamario en las axilas, pero ya no formaciones quísticas.

Al año del parto la paciente dejó la lactancia y en un nuevo estudio ecográfico se encontró tejido mamario normal. No presentaba secreción espontánea ni con la expresión.

**DISCUSIÓN**

La existencia de las malformaciones congénitas de la mama está en su embriología. Ésta es similar a la de otras glándulas de la piel; así, su origen parece es-

tar en el ectodermo<sup>3</sup>, del que deriva la epidermis. En la cuarta semana de gestación se puede observar en el embrión 2 líneas ventrales, paralelas a la línea media, que son lo que los anglosajones llaman *milk lines*; en estas líneas se encuentran las células que originarán las glándulas mamarias y se disponen desde la axila hasta los labios mayores. En los seres humanos desaparecen, excepto en la cuarta línea intercostal, donde comienza a desarrollarse la mama definitiva. A partir de la quinta semana de desarrollo embrionario se produce un divertículo de la epidermis que se hunde en la dermis (originada del mesodermo). Este divertículo empieza a crecer y en la décima semana se ramifica; al final de la gestación llega a tener de 15 a 20 lóbulos. Las células de estos nuevos canalículos entran en contacto con varias hormonas durante el desarrollo fetal; como la progesterona, la hormona de crecimiento, los estrógenos o la prolactina, sobre todo en la semana veinte de gestación<sup>4</sup>.

Las malformaciones congénitas de la mama son frecuentes y pueden aparecer hasta en un 10% de la población, según algunas series<sup>5</sup>. Se pueden clasificar de muy distintas maneras, pero una forma lógica y tradicional sería en función de la existencia o no de tejido mamario supernumerario.

**Malformaciones con tejido mamario supernumerario**

Ocurre en el 2-6% de las mujeres<sup>6</sup> y en el 1-3% de los varones<sup>5</sup>. Existen, a su vez, muchas subclasificaciones de este grupo. Una de las más clásicas es la de Kajava de 1915 (tabla 1)<sup>7</sup>.

Nuestro caso sería una clase IV de Kajava, ya que no tenía pezón ni aréola, pero sí tejido glandular. El

**Tabla 1** Clasificación de Kajava del tejido mamario accesorio<sup>7</sup>

| Clases                    | Presencia de pezón  | Presencia de aréola | Presencia de tejido glandular |
|---------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|
| I                         | Sí                  | Sí                  | Sí                            |
| II                        | Sí                  | No                  | Sí                            |
| III                       | No                  | Sí                  | Sí                            |
| IV                        | No                  | No                  | Sí                            |
| V (seudomama)             | Sí                  | Sí                  | No                            |
| VI (politelia)            | Sí                  | No                  | No                            |
| VII (politelia areolaris) | No                  | Sí                  | No                            |
| VIII (politelia pilosa)   | No (mechón de pelo) | No                  | No                            |

tipo más común es la clase VI o politelia; su localización, en un 90% de los casos, es inframamario. La mayoría de las veces no se diagnostica pues el paciente lo confunde con un nevo y no consulta por él. Tradicionalmente se ha relacionado con la politelia con la presencia de malformaciones urológicas; hoy día existen trabajos que afirman que esta relación es estadísticamente significativa<sup>8</sup>. Así, la presencia de quistes renales, las duplicaciones o la agenesia de uno de los 2 riñones aparece en un 1-2% de la población general frente a un 14-32% de los pacientes con politelia (dependiendo de si la politelia es esporádica o familiar)<sup>5</sup>.

La polimastia sería de la clase I a la IV; la última es la más común. Su frecuencia es mayor en mujeres; aparece hasta en un 1-2% de la población femenina. Su localización más común es la axilar<sup>5</sup>. La mayoría de las veces la polimastia se pone de manifiesto con los cambios hormonales, ya sea la menstruación, el embarazo o la lactancia.

### **Malformaciones con ausencia total o parcial de tejido mamario**

Este grupo es mucho menos frecuente que el anterior; en estos casos puede ser unilateral o bilateral. La situación más grave es la amastia, que sería la ausencia total de tejido glandular, sin pezón y sin aréola. La aplasia sería también la ausencia de tejido mamario, pero con pezón y aréola, presentación clásica del síndrome de Poland, que se acompaña de otras deformidades osteomusculares. Un grado menos grave que estos dos sería la hipoplasia, que se encuentra en el síndrome de Turner.

El diagnóstico, una vez conocidos los tipos de malformaciones congénitas de la mama, en la ma-

yoría de los casos es de a simple vista. Aunque en algunos pacientes puede ser necesario el uso de exploraciones complementarias como la ecografía, ante la sospecha de una polimastia; la mamografía, también usada en la polimastia para hacer un cribado de cáncer de mama en otras localizaciones<sup>9</sup>, y estudios urológicos complementarios, como la ecografía renal, para el cribado de malformaciones reoureterales.

En cuanto al abordaje terapéutico de estas malformaciones, es muy variable y existen en la literatura médica opiniones contrapuestas sobre qué hacer<sup>6,10-12</sup>. Todos coinciden en que muchas de estas malformaciones pueden llegar a suponer, fundamentalmente, consecuencias psicológicas y estéticas en quien las presenta. Algunos autores proponen que ante una polimastia axilar como la de nuestro caso clínico sería adecuada la exéresis del tejido mamario accesorio. Sin embargo, existen trabajos en los que se afirma que estas exéresis, en su mayor parte basadas en la estética, conllevan un aumento significativo de la morbilidad.

Existen varios artículos en la literatura científica que hacen referencia a la presencia de tejido ectópico en la axila<sup>1,2,6,9,10-12</sup>, pero sólo encontramos un caso en el que además haya secreción axilar, que es lo que también ocurre en esta paciente. Ese otro caso al que nos referimos es el de Berman y Davis<sup>1</sup>, publicado en 1994. Los 2 son muy similares: en ambos el tejido ectópico se pone en evidencia en el momento de la lactancia, cuando aparece secreción en la axila sin pezón accesorio. La única diferencia es que la paciente del caso de Berman y Davis<sup>1</sup> presenta anomalías urológicas y nuestra paciente no. Es, por tanto, un caso excepcional por su rareza, en el que la labor médica queda restringida al hecho de conocer su existencia y tranquilizar a la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Berman MA, Davis GD. Lactation from axillary breast tissue in the absence of a supernumerary nipple. A case report. *J Reprod Med.* 1994;39:657-9.
2. Roux JP. Lactation from axillary tail of breast. *Br Med J.* 1955;1:28.
3. Robinson GW, Karpf AB, Kratochwil K. Regulation of mammary gland development by tissue interaction. *J Mammary Gland Biol. Neoplasia.* 1999;4:9-19.
4. Gilbert SF. Cell interactions at a distance: hormones as mediators of development. *Developmental Biology.* 5th ed. Sunderland: Sinauer Associates; 1997. p. 733-72.
5. Revis DR Jr, Hollis Café H, et al. Breast embryology. *eMedicine;* November 5, 2003.
6. Lesavoy MA, Gómez-García A, Nejdil R, Yospur G, Syiau TJ, Chang P. Axillary breast tissue: clinical presentation and surgical treatment; *Ann Plast Surg.* 1996;36:661-2.
7. Kajava Y. The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim.* 1915;31:143-70.
8. Urbani CE, Betti R. Accessory mammary tissue associated with congenital and hereditary nephrourological malformations. *Int J. Dermatol.* 1996;35:349-52.
9. Addler DD, Rebner M, Pennes DR. Accessory breast tissue in the axilla: mammographic appearance. *Radiology.* 1987; 163:709-11.
10. Down S, Barr L, Baildam AD, Bundred N. Management of accessory breast tissue in the axilla. *Br J Surg.* 2003;90:1213-4.
11. Grossl NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. *South Med J.* 2000;93:29-32.
12. Velanovich V. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts, and supernumerary nipples. *South Med J.* 1995;88:903-6.