



P-616 - EXÉRESIS DE CARCINOMA INFILTRANTE SOBRE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO AXILAR

Queralt Escrig, Marta; López Loscos, Elena; Menor Duran, Pedro Daniel; Martínez Ramos, David; Laguna Sastre, José Manuel

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Resumen

Introducción: El tejido mamario ectópico es una anomalía del desarrollo embrionario que resulta de la persistencia de la línea mamaria o cresta láctea, una estructura ectodérmica que se extiende desde la axila hasta la región inguinal. Cuando esta no involuciona completamente, puede dar lugar a tejido mamario fuera de su ubicación habitual, siendo la axila la localización más frecuente. Este tejido ectópico, presente en hasta un 6% de la población, conserva su funcionalidad y puede presentar patologías benignas y malignas. Aproximadamente el 0,3% de los cánceres de mama se originan en tejido ectópico, con predominio del carcinoma ductal infiltrante. Su diagnóstico suele ser tardío debido a su localización atípica, y el tratamiento sigue los mismos principios que el cáncer de mama en sitio ortotópico.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente mujer de 67 años que consultó por la aparición de un nódulo palpable en la región axilar derecha de 2 cm de diámetro, de consistencia firme, fijo y con retracción cutánea. En la mamografía realizada se observó un nódulo de morfología irregular y contornos espiculados de 11 mm clasificado como BIRADS 4c, lo que sugirió el diagnóstico diferencial entre una neoplasia primaria de mama en tejido mamario ectópico axilar o una adenopatía con infiltración tumoral. El resultado anatomo-patológico de la muestra obtenida mediante biopsia por aguja gruesa (BAG) fue compatible con un carcinoma infiltrante sin tipo especial, grado II, con receptores hormonales positivos, HER-2 negativo, Ki-67 del 18% y citoqueratina 19 positivo. Se completó el estudio con una resonancia magnética para evaluar la posible presencia de focos ocultos, observándose un nódulo en la mama axilar ectópica derecha, coincidente con los hallazgos previos y sin evidencia de otras lesiones que sugirieran multifocalidad o multicentricidad. Tras la discusión del caso en el Comité Multidisciplinar, se realizó una resección quirúrgica del tejido mamario ectópico axilar y una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). La paciente fue intervenida bajo régimen de cirugía mayor ambulatoria, realizándose la BSGC mediante el método OSNA, cuyo resultado fue negativo. Además, se colocó un drenaje axilar para prevenir la formación de un seroma. La paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, con cicatrización adecuada y retirada del drenaje axilar a la semana de la intervención. El estudio anatomo-patológico confirmó que se trataba de un carcinoma infiltrante sin tipo especial con componente *in situ*, receptores hormonales positivos y Ki-67 del 20%, evidenciando márgenes quirúrgicos libres de infiltración tumoral.



Discusión: Aunque se trata de una situación infrecuente, es importante mantener una alta sospecha clínica en pacientes que presentan lesiones mamarias en localizaciones ectópicas dado que pueden simular otras entidades clínicas. La identificación temprana y la evaluación exhaustiva a través de métodos de imagen y análisis anatomopatológico, son fundamentales para el diagnóstico preciso y la planificación del tratamiento. El manejo terapéutico de las neoplasias en tejido mamario ectópico debe seguir las mismas guías clínicas y protocolos de tratamiento utilizados para el cáncer de mama en localizaciones ortotópicas. Esto incluye la

resección quirúrgica completa del tejido afectado y la estadificación axilar.