



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Cartas científicas

### Tratamiento del carcinoma de mama en tejido mamario ectópico axilar



### Management of breast carcinoma in ectopic axillary breast tissue

La presencia de tejido mamario ectópico es debida a la falta de involución de los primordios de las glándulas mamarias a lo largo de las «líneas mamarias». Su incidencia es de un 0,6 a un 6%<sup>1</sup>, y su comportamiento es similar a la mama normal, con los mismos cambios fisiológicos, y pudiendo desarrollar enfermedad benigna o maligna, siendo esta inusual, y en su mayoría de localización axilar<sup>2</sup>. Por este motivo, ante una tumoración axilar, el diagnóstico diferencial debe incluir el carcinoma de tejido mamario ectópico, además de un lipoma, una adenopatía axilar, un quiste folicular, una hidrosadenitis o un fibroadenoma entre otros<sup>3</sup>.

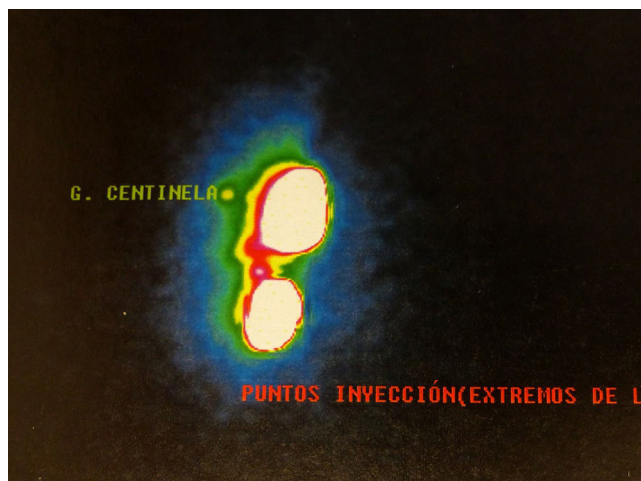
Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante en tejido mamario ectópico axilar. Se trata de una mujer de 71 años que consultó por auto-palpación de un nódulo axilar derecho. Se realizó la extirpación quirúrgica ante la sospecha clínica de un lipoma o una adenopatía, a pesar de no haber realizado previamente ninguna prueba de imagen ni estudio histológico (fig. 1). El estudio histopatológico demostró un carcinoma ductal infiltrante, concordante con origen mamario, grado 2 y con positividad para E-cadherina. El estudio inmunohistoquímico determinó

positividad para receptores hormonales, HER-2 negativo, Ki-67 del 3% y positividad para mamaglobina, GCDFP-15 y citoqueratina 19. En el estudio microscópico se observó mama circundante y ausencia de estructuras propias de ganglio linfático, y se concluyó que se trataba de un carcinoma infiltrante en tejido ectópico mamario. Se realizaron pruebas de imagen que no mostraron alteraciones. Se planificó una ampliación del lecho quirúrgico y una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) con doble marcaje (isótopo y colorante) debido a la dificultad técnica por sobresaturación de cuentas en axila derecha (fig. 2). Se obtuvo un ganglio centinela (GC) sin afectación metastásica en el estudio *One-Step Nucleic Acid Amplification* (OSNA). El comité de tumores recomendó tratamiento sistémico con letrozol. No se realizó tratamiento radioterápico en la mama al tratarse de tejido mamario ectópico y no existir alteraciones mamarias.

El carcinoma de mama en tejido ectópico plantea dos dificultades: el marcaje idóneo para la BSGC y la necesidad de radioterapia en la mama. En referencia al primer punto, la estadificación ganglionar debe aplicar los mismos principios que en el carcinoma en glándula ortotópica mediante una BSGC en estadios iniciales<sup>4</sup>. Esta técnica reduce la morbilidad propia de la linfadenectomía, y ofrece ventajas en relación con el abordaje quirúrgico<sup>5</sup>. La linfogammagrafía previa a la cirugía permite identificar las regiones linfáticas en riesgo y es especialmente útil en drenajes extraaxilares. Además, permite determinar el número y la localización del GC dentro de un área linfática concreta e identificar GC localizados entre el tumor primario y el área linfática regional de drenaje habitual<sup>6</sup>. En el caso de la localización axilar, el uso de radioisótopo (tecnecio-99) puede ser dificultosa debido a la proximidad entre el tumor primario y el área de drenaje axilar. Pero, por otra parte, dicha localización tiene un patrón de drenaje ganglionar muy predecible hacia la región axilar, por lo que la utilización simultánea de un colorante puede ser de gran utilidad. Una cuestión sin resolver, y que tampoco hay un consenso en el caso del cáncer de mama convencional<sup>4</sup> es el sitio de inyección del trazador, ya que se ha descrito la inyección peritumoral, intradérmica e incluso periareolar<sup>2,7</sup>.



**Figura 1 – Cicatriz axilar y ubicación inicial de la tumoración (círculo). No se detectaron alteraciones patológicas en la exploración física, únicamente induración en axila derecha compatible con cambios cicatriciales.**



**Figura 2 – Linfogramagrafía obtenida posteriormente a la inyección del radioisótopo a nivel peritumoral. Se observa un GC muy próximo al sitio del tumor primario.**

En un carcinoma sobre tejido mamario ectópico el lugar óptimo para la inyección es la cicatriz de la biopsia, ya que reproduce exactamente el drenaje linfático del lecho quirúrgico previo, a diferencia de lo establecido para el cáncer de mama ortotópico en el que se propone el uso de la vía periareolar o peritumoral<sup>7</sup>. Además del marcaje, se recomienda la exploración manual de la axila y la realización de una linfadenectomía si se identifican adenopatías palpables o si no existe una clara distinción entre el tejido mamario ectópico axilar y las estructuras axilares<sup>2</sup>.

La indicación del tratamiento radioterápico debe basarse en los factores pronósticos y en la estadificación final del proceso. En esta cuestión no existe un consenso establecido, pues algunos autores recomiendan irradiar el lecho tumoral, la axila y la mama ipsilateral; otros, el lecho tumoral y la axila<sup>6</sup>, y algunos, únicamente el lecho tumoral<sup>8</sup>. No obstante, Patel et al.<sup>2</sup> establecen que en caso de realizar una exéresis amplia del tejido ectópico, la radioterapia se debería aplicar únicamente en caso de presentar ganglios axilares positivos u otros factores de mal pronóstico<sup>2,4</sup>. Este fue el caso de nuestra paciente en la que se decidió no realizar radioterapia, asumiendo como tratamiento locorregional suficiente la realización de una exéresis del tejido glandular ectópico en la que no se demostró presencia de enfermedad (se había extirpado la tumoración previamente) y negatividad en la BSGC.

En conclusión, el manejo del carcinoma sobre tejido mamario ectópico exige una estadificación ganglionar basada en una BSGC cuyo marcaje debe reproducir el drenaje linfático de lecho tumoral original. La indicación de radioterapia postoperatoria debe ser valorada por el comité de mama y, para ello, se tendrán en cuenta los estudios de imagen de la mama y los resultados patológicos de la estadificación ganglionar.

## Financiación

El presente manuscrito no ha recibido financiación para su realización.

## Autorías

- Jordina Munrós: concepción y diseño del manuscrito, adquisición y recogida de datos, redacción del artículo y aprobación de la versión final.
- Macarena Vázquez, Paz Santiago y Gabriela Romay: adquisición y recogida de datos, y aprobación de la versión final.
- Benigno Acea: concepción y diseño del manuscrito, adquisición y recogida de datos, revisión crítica y aprobación de la versión final.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Francone E, Nathan MJ, Murelli F, Bruno MS, Traverso E, Friedman D. Ectopic breast cancer: Case report and review of the literature. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37:746–9.
2. Patel BK, Jafarian N, Abbott AM, Khazai L, Lee MC. Imaging findings and management of primary breast cancer in accessory axillary breast tissue. *Clin Breast Cancer*. 2015;15:e223–9.
3. Soares A, Gonçalves J, Azevedo I, Pereira HG. Lobular ectopic breast carcinoma: A case-report. *Rep Pract Oncol Radiother*. 2013;18:189–91.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines<sup>®</sup>). Breast Cancer. [consultado 3 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.nccn.org>
5. Piñero-Madrón A, Nicolás-Ruiz F, Galindo-Fernández J, Illana-Moreno J, Canteras-Jordana M, Parrilla-Paricio P. Aspectos técnicos de interés en la localización de drenajes linfáticos en la biopsia del ganglio centinel del cáncer de mama. *Cir Esp*. 2007;81:264–8.
6. Vidal-Sicart S, Valdés R. Sentinel node mapping for breast cancer: Current situation. *J Oncol*. 2012;2012:361341.
7. Nihon-Yanagi Y, Ueda T, Kameda N, Okazumi S. A case of ectopic breast cancer with a literature review. *Surg Oncol*. 2011;20:35–42.
8. Youn HJ, Jung SH. Accessory breast carcinoma. *Breast Care (Basel)*. 2009;4:104–6.

Jordina Munrós<sup>a,\*</sup>, Macarena Vázquez<sup>b</sup>, Paz Santiago<sup>c</sup>, Gabriela Romay<sup>d</sup> y Benigno Acea<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Ginecología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

<sup>d</sup>Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

<sup>e</sup>Unidad de Patología Mamaria, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmunros@clinic.ub.es](mailto:jmunros@clinic.ub.es) (J. Munrós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.07.004>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.