



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1190 - Una hidrosadenitis rebelde

C.M. Correa Precedo^a, C. Estévez Garrido^b, P. Teijeiro Blanco^b e I. González Iglesias^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Acea de Ama. Culleredo. A Coruña.^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Acea de Ama. Culleredo. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años con bultoma doloroso a nivel axilar. Antecedentes personales: enfermedad de Crohn. En periodo de lactancia, parto hace 25 días, sin complicaciones. La paciente acude a nuestra consulta por presentar bultoma doloroso a nivel axilar derecho de unos 10 días de evolución. Niega fiebre o sensación distérmica. No episodios previos similares. Niega.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar, abdomen y miembros inferiores sin hallazgos. Bultoma de 2 × 3 cm en área axilar, no enrojecimiento ni calor local, tensa y dolorosa a la palpación. No móvil. No otras alteraciones. Ante dichos hallazgos y sospechando una hidrosadenitis, se decide inicio de antibioterapia con cloxacilina. La paciente acude de nuevo ante evolución tórpida. Se reevalúa el cuadro, objetivando en este momento supuración tipo leche por el bultoma, siendo compatible el cuadro con glándula mamaria supernumeraria.

Juicio clínico: Tejido mamario accesorio/politelia.

Diagnóstico diferencial: Hidrosadenitis. Dermatofibroma. Lipomas. Adenopatías. Neurofibromas. Quistes sebáceos.

Comentario final: La presencia de tejido mamario accesorio es un hallazgo relativamente común, aunque suele pasar desapercibido. Suele presentarse en la “línea láctea”, imaginaria desde axila hasta región inguinal. La politelia, o presencia de pezón, es la forma más común (un 75%), menos la polimastia. La frecuencia varía desde el 0,2 al 5,6% de la población general, siendo más frecuente en la mujer, en el hemicuerpo izquierdo y de aparición esporádica (también de carácter familiar). Aunque es posible identificarla al nacimiento, normalmente puede ser perceptible únicamente tras la estimulación hormonal durante la pubertad, embarazo o lactancia (siendo este el caso de nuestra paciente). En nuestra consulta podemos hacer uso del dermatoscopio, aunque presenta imagen similar al dermatofibroma. Conviene descartar patología propia mamaria, como quistes, abscesos y carcinomas (principalmente carcinoma ductal), ya que existe la misma probabilidad de que surjan como en el tejido mamario restante. La asociación con malformaciones múltiples es plausible, siendo las renales y de tracto urinario las más estudiadas hasta la fecha, con una prevalencia muy superior a la población (alcanzando un 30% en casos familiares). Existen estudios recientes que avalan realizar un estudio ecográfico a pacientes con politelia (desde A. Primaria podríamos fomentar dichos estudios en caso de sintomatología). Como indicaciones de exéresis se incluyen: estética, antecedentes familiares de cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown J, Schwartz RA. Supernumerary nipples: an overview. *Cutis*. 2003;71:344-6.
2. De Chonolsky T. Supernumerary breast. *Arch Surg*. 1939;39:926-41.
3. Schimdt H. S. Nipples: prevalence, size, sex and side predilection: A prospective clinical study. *Eur J Pediatr*. 1998;157:821-3.
4. Guerry RL, Pratt-Thomas HR. Carcinoma of supernumerary breast. *1976;38:2570-4*.
5. Leung AK, Robson WL. Renal anomalies in familial polythelia. *Am J Dis Child*. 1990;144:619-20.
6. Brown J, Schwartz RA. Supernumerary nipples and renal malformations; A family study. *J Cutan Med Surg*. 2004;8:170-2.