

no tratar la enfermedad con intención curativa a la vez que minimizamos la yatrogenia quirúrgica ya provocada anteriormente y que se iba a acentuar ahora con una técnica conservadora clásica. Todo ello dirigido a proporcionar a la paciente una mejora en su calidad de vida y en la aceptación psicológica de la enfermedad^{2,3}.

En nuestra opinión las técnicas oncoplásticas hoy en día deben formar parte del arsenal terapéutico de cualquier cirujano de la mama, y aunque solemos pensar en ellas principalmente en gente joven para evitar deformidades, también pueden tener su papel en pacientes mayores con deformidades ya establecidas donde el objetivo será simplemente paliar estas deformidades con técnicas no demasiado complejas.

Nuestra paciente se había curado físicamente de un cáncer hacía 20 años, pero había estado arrastrando sus secuelas todo ese tiempo.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Consideraciones éticas

Los autores disponen del consentimiento de la paciente para hacer pública de forma anonimizada las imágenes de los resultados del tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Yoon J, Ros W, Kim S, Kearney T, Haffty B, Eladounmikhachi F, et al. Oncoplastic breast surgery in the setting of breast-conserving therapy: A systematic review. *Adv Radiat Oncol.* 2016;1:205–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adro.2016.09.002>.
2. Yiannakopoulou E, Mathelin C. Oncoplastic breast conserving surgery and oncological outcome: Systematic Review. *EJSO.* 2016;42:625–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2016.02.002>.
3. Acea B. El proceso informativo sobre la indicación de la cirugía oncoplástica del cáncer de mama. *Cir Esp.* 2007;82: 204–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71707-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71707-4).
4. Acea B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama. Indicaciones y límites en su aplicación quirúrgica. *Cir Esp.* 2005;78:12–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70878-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70878-2).
5. Baratte A, Mathelin C, Dissaux C, Ruffenach L, Bruant-Rodier C. Cirugía oncoplástica de la mama. *EMC.* 2018;26, <http://dx.doi.org/10.1016/S1634-21431889905-8>.

Jairo Cortés Prados*, Laia Sánchez Paniagua
y Carmen Corral Gamez

*Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología,
Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, Barcelona,
España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jairocortesprados@gmail.com
(J. Cortés Prados).

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.07.006>

0214-1582/ © 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Cáncer de mama ectópico en la raíz del brazo



Ectopic breast cancer in the root of the arm

Sr. Director:

En los humanos, la línea láctea se desarrolla en el tronco del embrión hacia la sexta semana de gestación, y se extiende desde la axila hasta la región inguinal¹. A partir de la décima semana, la línea láctea se atrofia, a excepción de la parte situada en el cuarto espacio intercostal, donde se desarrollará la glándula mamaria. Un fallo en el proceso de involución puede conducir a la presencia de tejido mamario supernumerario, sobre todo en mujeres.

Este tejido puede presentarse como tejido mamario con pezón, tejido mamario con aréola o solamente tejido mamario. El sitio más frecuente donde se desarrolla mama ectópica es en las axilas, siendo infrecuente en el tórax y muy raro en la vulva. Se han comunicado hallazgos de tejido mamario en área escapular, cara, oreja, cuello, muslo y pie. Este tejido, a veces ya visible al nacer, puede hacerse más evidente por la influencia hormonal, sobre todo durante la pubertad o el embarazo, y puede ocasionar problemas

cosméticos, molestias o llegar a padecer las mismas enfermedades benignas y malignas que el tejido mamario de localización normal². La incidencia de tejido mamario accesorio es incierta, cifrándose en alrededor de un 1% en la población general³. Señalar que el tejido mamario ectópico sin pezón puede confundirse con otras lesiones subcutáneas como lipomas, adenopatías, quistes foliculares, fibromas, queratosis seborreicas y nevus intradérmicos⁴.

La aparición de un cáncer sobre tejido mamario ectópico es extremadamente raro sobre todo fuera de la axila, representando un 0,3-0,6% de los cánceres de mama y, a menudo, puede pasar desapercibido inicialmente, pudiendo evolucionar hacia la afectación de los tejidos circundantes y/o ganglios linfáticos, comportando un peor pronóstico. Aunque hay poca bibliografía al respecto, el tratamiento es similar al del cáncer desarrollado en glándula mamaria normal⁵.

Presentamos el caso de una paciente de 41 años con antecedentes personales de tratamiento con Sintrom® por trombosis portal compatible con cavernomatosis portal y ascitis. Celiaquía y telorrea pluriorificial bilateral de años de evolución. Acude a la unidad de patología mamaria por la telorrea, añadiendo que recientemente nota un nódulo subcutáneo y móvil en la raíz de brazo izquierdo. Se le practica ecografía y biopsia con aguja gruesa al nódulo, con el resultado de carcinoma ductal infiltrante grado II, de unos



Figura 1 Exéresis amplia del tumor.

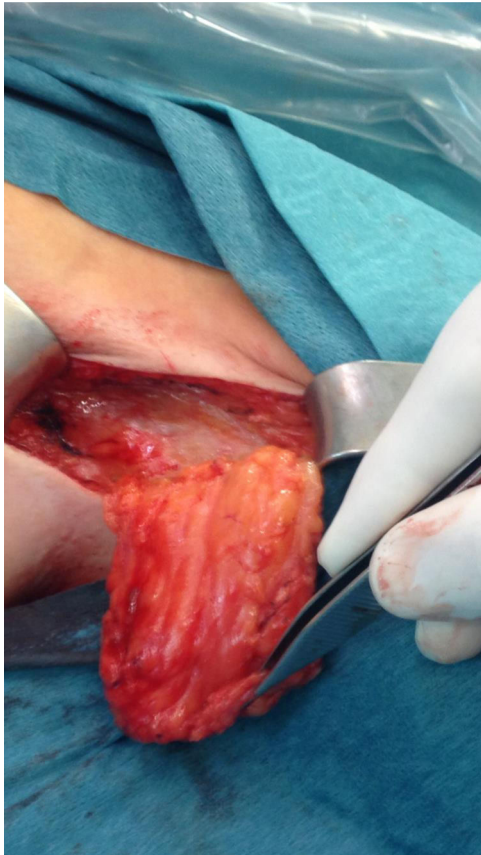


Figura 2 Aspecto del lecho tumoral en la raíz del brazo izquierdo.

8 mm de diámetro, receptores hormonales positivos, Ki-67 del 10% y FISH negativo. Mamografía y estudio de extensión negativos. No hay captaciones en la resonancia magnética. Nuevo estudio de la telorrea, benigno y sin relación con el nódulo. Se le practica exéresis amplia (figs. 1 y 2) y técnica

del ganglio centinela. Anatomía patológica: CDI grado II de 8 × 5 mm, sin presencia de carcinoma *in situ*. Márgenes de resección negativos. Ganglio centinela negativo. pT1b N0 (i-) M0. Tratamiento postoperatorio: Radioterapia externa en lecho quirúrgico en la raíz del brazo izquierdo, mediante un campo directo de electrones (con bolus), hasta una dosis de 50 Gy; hormonoterapia con tamoxifeno.

Dada su rareza, el diagnóstico del cáncer de mama ectópico puede retardarse, pudiendo empeorar así su pronóstico. Recomendamos, pues, tenerlo presente y practicar biopsia precoz en casos de lesiones no etiquetadas axilares o en la línea láctea. Nuestro caso fue diagnosticado preoperatoriamente y tratado en un solo tiempo quirúrgico, siguiendo en remisión completa a los 50 meses.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y han obtenido los permisos correspondientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Haagensen CD. Diseases of the breast. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998.
2. Routiot T, Marchal C, Verhaeghe JL, Depardieu C, Netter E, Weber B. Breast carcinoma located in ectopic breast tissue: A case report and review of the literature. *Oncol Rep.* 1998;5:413–7.
3. Fracchioli S, Puopolo M, de La Longrais IA, Scozzafava M, Bogliatto F, Arisio R, et al. Primary “breast like” cancer of the vulva: A case report and critical review of the literature. *Int Gynecol Cancer.* 2006;16:423–8.
4. García JR, Encinas J, Soler M, Bassa P, Cozar P, Riera E. Detección de un cáncer ectópico de mama mediante PET/TC con ¹⁸F-FDG. *Rev Senol Patol Mamar.* 2017;30:90–1.
5. Tjalma W, Senten L. The management of ectopic breast cancer: Case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006;27:414–6.

Mercè Marsinyach
y Pere Culell*

Unitat de Patologia Mamària. Althaia Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pereculell@gmail.com (P. Culell).

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.05.012>

0214-1582/ © 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.