

Anomalías menores de las glándulas mamarias: politelias y polimastias, un acercamiento al tema

Minor anomalies of mammary glands: Polymastias and Polythelias, an overview

Dra. Dayamí Zaldívar-Castillo¹, Dra. Astrid Figueroa-Villar²,
Dra. Yanixia Romero-Reyes¹, Dra. Maylén Reyes-Benítez¹

RESUMEN

Las glándulas mamarias normalmente desarrolladas se localizan en la pared torácica anterolateral, entre el tercer y sexto espacios intercostales. Se consideran glándulas exocrinas, cuya función específica es la lactancia. Aproximadamente al final de la quinta semana del desarrollo embrionario, aparecen dos engrosamientos ectodérmicos, a ambos lados de la región media, llamadas líneas lácteas o crestas mamarias, que se extienden desde la axila hasta la región inguinal, donde se desarrollan los primordios mamarios, y hacia la semana diez, se produce regresión de los mismos. La involución incompleta de las crestas mamarias, resulta en malformaciones congénitas de la mama, clasificadas como polimastias y politelias. La presencia de tejido mamario accesorio es relativamente frecuente y muchas veces no diagnosticado, por lo que se decide realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de describir las principales características demográficas, clínicas y terapéuticas de estas malformaciones congénitas menores, que además pueden ser asentamiento de procesos benignos y malignos, incluido el cáncer mamario.

Palabras clave: glándulas mamarias, pezones, malformaciones congénitas.

ABSTRACT

The breast is best situated at the level of the third and sixth intercostal space, on the anterolateral chest wall. Mammary glands are considered exocrines, with an specific function: breastfeeding. Breast development occurs along the milk line, as an ectoderm thickens, which extends from the axilla to the groin. The milk line and subsequently the milk ridge are formed at approximately the fifth week of intrauterine life. Incomplete involution of the milk ridge results in supernumerary nipples and accessory breast tissue. (Polythelias and polymastias), a relatively common congenital malformation and most of the times misdiagnosed. A review of the literature is performed in order to describe the demographics, clinics, and therapeutical aspects of these minor congenital abnormalities, which could be even affected by benign and malignant process, including breast cancer.

Keywords: mammary glands, nipples, congenital abnormalities.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2024;30(4):313-316. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202404/0313-0316](https://doi.org/10.32825/RACP/202404/0313-0316)

INTRODUCCIÓN

La glándula mamaria es una estructura derivada del ectodermo embrionario, considerada una glándula exocrina, con una función específica: la lactancia; pero también es símbolo de fertilidad, femineidad y belleza. En la civilización occidental, se le ha considerado como un símbolo erótico y sexual¹.

Las mamas normalmente desarrolladas se localizan en la pared torácica anterolateral, a nivel del 3er y 6to espacios intercostales, con el mayor volumen en el polo

inferior. Las líneas de contorno convergen suavemente en el complejo areola-pezones, el polo superior es menos voluminoso, con una suave convexidad en la vista lateral, y una distancia ideal aproximada de 5 a 6 centímetros desde el borde inferior de la areola hasta el surco submamario^{1,2}. En la mujer madura, una mama voluminosa puede ser péndula¹.

En el embrión humano, aproximadamente a finales de la quinta semana, aparecen 2 engrosamientos del epitelio ectodérmico, a ambos lados de la región media, llamados líneas lácteas o crestas mamarias, que se extienden desde la axila hasta la región inguinal. En dicha línea, se desarrollan los primordios mamarios, y hacia la semana 10, se produce regresión de los mismos, a excepción de dos esbozos de la pared torácica, con un máximo crecimiento de 19 milímetros, a nivel del cuarto espacio intercostal (futuras glándulas mamarias). La involución incompleta de las crestas mamarias, resulta en malformaciones congénitas de la mama, clasificadas como polimastias y politelias^{2,3}.

Polimastia es un término utilizado para referirse a la presencia de más de 2 mamas, con o sin pezones. Puede ser unilateral o bilateral⁴. Sinónimo de mama supernumeraria o mama accesorio, o aberrante. Politelia se define como la presencia de pezones accesorios⁵. La pre-

1. Médico Especialista 2do Grado Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital Universitario "General Calixto García", La Habana, Cuba.
2. Médico Residente 4to año Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital Universitario "General Calixto García", La Habana, Cuba.

✉ **Correspondencia:** Dra. Dayamí Zaldívar Castillo.
8vp4wntm@gmail.com

Consideraciones Éticas. Se realiza el estudio de conformidad con el código de ética (Declaración de Helsinki) y se cumplen los requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas.

Financiación. No fuentes de financiación

Conflicto de Intereses. No existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 02/08/2024 | *Aceptado:* 09/11/2024

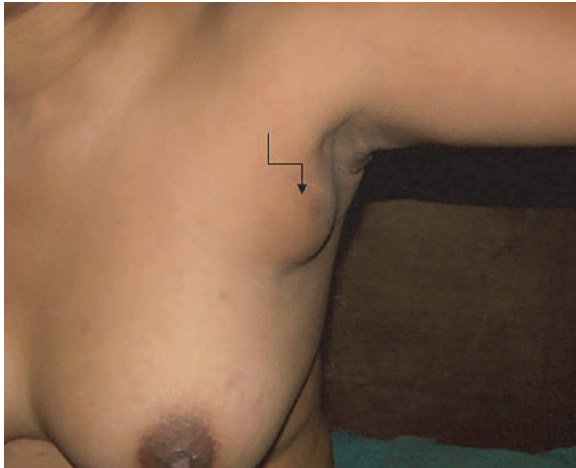


Figura 1. Polimastia axilar izquierda. (Grado III de Kajava).

disposición hereditaria ha sido demostrada en estas entidades^{6,7}.

Cualquier combinación de tejido mamario accesorio, incluyendo pezones, areolas y tejido glandular, puede constituir un hallazgo durante el examen físico de pacientes que acuden a consultas de Cirugía Plástica reparadora de la mama, por lo cual se decide realizar la presente revisión bibliográfica, con el objetivo de describir los aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de estas entidades.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura médica en diversas bases de datos: (Pubmed, Infomed, Scielo, Dialnet, Google académico). La estrategia de búsqueda se realizó con los siguientes descriptores de salud (MeSh, DeCs): glándulas mamarias, pezones, areolas, malformaciones congénitas, embriogénesis, tejido ectópico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Se incluyeron artículos originales, de revisión, ó presentaciones de casos clínicos, referentes al tema.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos sobre afecciones mamarias diferentes de politelias y polimastias.

RESULTADOS

La literatura incluida se distribuyó en 32 reportes de casos, 6 artículos de revisión, 4 artículos originales.

De un total de 42 referencias bibliográficas, el 40% corresponden a los últimos 7 años, (2018 a 2024). Se decide incluir la bibliografía citada y acotada con el número 13, por su vigencia, a pesar del año de su publicación.

DISCUSIÓN

Las anomalías menores congénitas de la mama aunque frecuentes, pasan inadvertidas durante el exa-

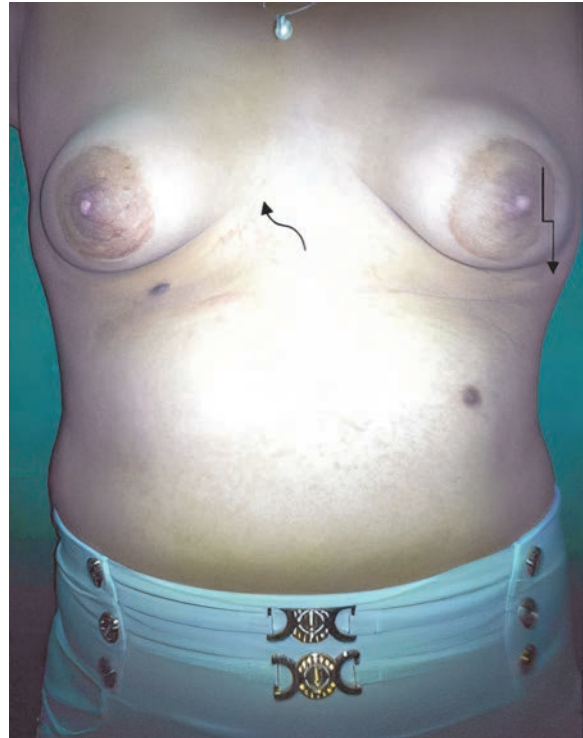


Figura 2. Politelia bilateral inframamaria.

men físico. La presencia de mama supernumeraria en el neonato conduce a la pesquisa de otras malformaciones⁶. Pueden aparecer anomalías dentarias⁸, cardiovasculares⁹ y renales, entre las que las más frecuentes son la agenesia y duplicación renal e hidronefrosis^{10,11}. Goldschmid y cols.¹² reportan la presencia de apéndices preauriculares en combinación con pezones supernumerarios.

Ya desde 1915, Kajava¹³ caracterizó las malformaciones congénitas de la mama en una clasificación aún relevantemente vigente y utilizada.

Clase I- Mama supernumeraria completa, incluyendo tejido glandular, areola y pezón.

Clase II- Tejido glandular y pezón, ausencia de areola.

Clase III- Tejido glandular y areola, ausencia de pezón.

Clase IV- Tejido glandular.

Clase V- Solamente areola y pezón, sin tejido glandular.

Clase VI- Politelia, presencia de pezones.

Clase VII- Politelia areolar, solamente areola.

Clase VIII- Politelia pilosa, solamente presencia de pelo.

En el tipo IV de Kajava, la ausencia de pezón y areola en presencia de glándula mamaria accesorio constituye un verdadero dilema diagnóstico, y debe diferenciarse de lipomas, linfadenitis, quistes sebáceos, malformaciones linfáticas¹⁴.

Estas malformaciones menores mamarias pueden ocurrir a cualquier nivel de la línea mamilar embrionaria, se localizan habitualmente en la región toracoabdominal de la misma¹⁵. La mayor parte de las estructuras su-



Figura 3. Posoperatorio 7 días. Polimastia axilar izquierda.

pernumerarias están situadas por debajo de las glándulas normales. En un 20% de los pacientes, la axila es la región anatómica de desarrollo de polimastias y politelias, y es raro que estas tengan carácter unilateral¹⁶. Para Andaloussi¹⁷, cuando esto ocurre, se localiza preferentemente en el lado izquierdo (**Figura 1**).

Autores como Down y cols.¹⁸ reportan un 0,5% de incidencia de mamas axilares en pacientes atendidas en consulta de afecciones mamarias en un período de 15 meses, relacionándolas con la paridad. Reportan prevalencia de múltiparas y el lado derecho como el más afectado.

Excepcionalmente pueden aparecer en otras localizaciones como: región lumbar y glúteos¹⁰, cuello y caderas¹⁷, espalda^{19,20}, periné^{21,22}, vulva²³⁻²⁵.

La existencia de tejido mamario accesorio, tanto politelia como polimastia, es relativamente frecuente, afecta al 0,2% a 6% de la población global²⁶, pero la mayoría de las veces es subdiagnosticada en la práctica médica. Aparece más frecuentemente en mujeres que en hombres²⁷. La politelia es 2 veces más frecuente que la polimastia (**Figura 2**).

En una gran cantidad de casos, muchas de las formaciones consideradas inicialmente simples verrugas o lunares de nacimiento resultan ser verdaderos pezones⁶. En los hombres con vello abundante, un pezón rudimentario puede pasar inadvertido²⁸.

Usualmente permanecen asintomáticos hasta la pubertad, el embarazo, puerperio, o durante la lactancia^{9,28}, en que conjuntamente con los cambios hormonales de estos procesos fisiológicos puede aparecer aumento de volumen, galactorrea, dolor cíclico en relación con períodos menstruales, hipersensibilidad, engrosamiento axilar y dificultades para los movimiento de hombros e irritación³, además de ansiedad y problemas cosméticos⁹. Se han descrito casos excepcionales diagnosticados durante el puerperio inmediato²⁹ y climaterio¹⁷. En la actualidad no existen guías específicas disponibles para el diagnóstico y tratamiento de estas anomalías

congénitas benignas, aunque están sujetos a los mismos cambios patológicos que las glándulas mamarias normalmente localizadas^{27,30}, ya sean benignos, como mastitis, abscesos, quistes, fibroadenomas^{31,32}, mastodiasis cíclicas²⁷, hamartomas, tumores filoides³⁰ e incluso carcinomas, por lo que en cualquier tumor desarrollado en la región de la línea mamaria embrionaria, debe descartarse la presencia de tejido mamario³³.

Similar a las glándulas mamarias normales, el cáncer puede desarrollarse pero es extremadamente raro, especialmente en hombres^{34,35}.

Lee y cols.³⁶ reportan en un estudio retrospectivo de 5 años, 39 mujeres (1,6% de su muestra) diagnosticadas con fibroadenomas en mamas supernumerarias axilares, de las cuales 14 presentaron además fibroadenomas en sus mamas normalmente localizadas, lo que confirma la importancia del seguimiento clínico e imagenológico de las polimastias³².

El diagnóstico confirmativo es clínico, imagenológico y anatomopatológico.

Se realizan exámenes de laboratorio de rutina, que en neonatos y púberes incluyen estudios hormonales: determinación de hormonas luteinizante (LH), foliculoestimulante (FSH), testosterona y del crecimiento (GH)⁵.

Las investigaciones de imagenología indicadas son ultrasonido de alta resolución y mamografías.

El estudio citológico se realiza por aspiración con aguja fina²⁷.

El tratamiento conservador es la pauta en los niños⁴, mientras que en adultos, el abordaje quirúrgico es la indicación^{37,38}.

La liposucción ha devenido en conjunto con la exéresis glandular, una alternativa terapéutica cuando existe tejido adiposo acompañando al tejido glandular accesorio³⁹.

Kurtzman y cols.⁴⁰ preconizan opciones terapéuticas conservadoras para el manejo de las mamas accesorias; proponen el dispositivo de radiofrecuencia bipolar como tratamiento seguro y efectivo.

La exéresis quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección^{41,42} (**Figura 3**).

Aunque poco frecuentes, se describen complicaciones posquirúrgicas: irregularidades del contorno, seromas, resección incompleta, cicatrices inestéticas^{18,42}.

CONCLUSIONES

Las polimastias y politelias, aunque malformaciones congénitas menores de la glándula mamaria, no deben considerarse meros problemas estéticos, pues pueden alterar la autoestima de los afectados, crear ansiedad y ser asentamiento de procesos benignos y malignos del tejido accesorio, incluido el cáncer, por lo que el diagnóstico preciso y tratamiento quirúrgico se imponen.

BIBLIOGRAFÍA

- Prieto, GR., Aparicio, CV., Aguayo, AG., Bastidas, VV., Moraga, PF., Otonne, NE., et al. (2023). Aspectos morfológicos de la mama. Una revisión de la literatura. *Int.J.Morphol*, 41(6), 1802-1807.
- Spina, E., Cowin, P. (2021). Embryonic mammary gland development. *Seminars in Cell and Developmental Biology*, 114,83-92. <http://doi.org/10.1016/j.semcdb.2020.12.002>. Ruano A, JM., Duarte V, JC., Calderón E, CA., Cuevas, EP., Palafox, SR. (2005). Masas de la glándula mamaria en pediatría. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 3(3), 165-177.
- Caouette Laberge, L., Borsuk, D.(2013). Congenital anomalies of the breast. *Semin Plast Surg*, 27,36-41.
- Mareti, E., Vatopoulou, A., Spyropoulou, GA., Papanastasiou, A., Pratilas, GC., Liberis, A., et al. (2021).Breasts disorders in adolescence: a Review of the literature. *Breast Care*, 16(2), 149-155.
- Hadhoud, KM., Hegazy, AA., Hegazy, MA.(2021).Polythelia Associated with Hypogonadotropic Hypogonadism in Young Male: A Rare Abnormalitie.*Int J Cadaver Stud Ant Var*, 2(2),37-41.
- Castaño León AM, Egure C, Dauden E. (2010) Politelia bilateral familiar sin malformaciones asociadas. *Actas Dermosifilogr*, 101,453-467.
- Fonseca, GM., Cantin M. (2014).Familial polythelia associated with dental anomalies: a case report.*Colomb Med*, 45,45-47.
- Patel, PP., Ibrahim, AM., Zhang, J., Nguyen, JT., Lin, SJ., Bernar, T. (2012). Accessory breast tissue. *Eplasty*, 12,1c5. www.ePlasty.com, Accessory breast tissue.*Interesting Case*.April23.2012
- Zakanj, Z., Kotrulja, L. (2015).Polythelia and associated hydronephrosis: a case report in neonatal age.*Case Rep.Perinat.Med*, 4(2), 149-150.
- Ferrara, P., Giorgio, V., Vitelli, O., Gatto, O., Romino, V., Bufalo, FD., et al. (2009). Polythelia: Still a marker of urinary tract anomalies in children? *Scand Urol Nephrol*, 43,47-50.
- Goldschmid, E., Jacobsen, N.(2010). Epibulbar lipodermosis, preauricular appendages and polythelia in Four Generations: a new hereditary syndrome? *Ophthalmic Genet*, 31,81-83.
- Kajava, Y. (1915). The proportion of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim*, 31,143-170.
- Arora, B., Arora, R. (2016). Axillary Accessory Breast: presentation and treatment. *Int Surg J*,205083.10.18203/2349-2902.isj.20163571
- Singh, S., Kumar, A., Yadav A., Singh RP., Maurya, AP. (2024). Unilateral Enlarged Right Accessory Axillary Breast Tissue in a Male: A case report. *Cureus*, 6(1), e51844 DOI: 10.7759/cureus.51844
- Mazine, K., Bouassria, A., Elboughaddout, H.(2020). Bilateral supernumerary axillary breasts: a case report.*Pan Afr Med J*, 36,282.
- Andaloussi, MS., Mahdaoui, S., Kawtari, S., Bouffetal, H., Samouh, N. (2021).A rare case of unilateral axillary supernumerary breast.*Radiology Case Reports*, 16,2804-2807.
- Down, S., Barr, L., Baidam, AD., Bundred, N.(2003). Management of accessory breast tissue in the axilla. *British Journal of Surgery*, 90,1213-1214.
- Shreshtha, S. (2016). Supernumerary Breast on the Back: a case report.*Indian J Surg*, 78(2), 155-157.<https://dx.doi.org/10.1007%F612262-016-1443-8>
- Mohammed, AA. (2019).Accessory nipple over the right scapula of a 14-years old boy: An extremely rare and unreported location, case report,*55,35-36*.
- Basu, S., Bag, T., Saka, KS., Biswas, PC. (2003). Accessory breast in the perineum.*Trop Doct*, 33,245.Mansouri, G., Alkatout, I., Iranpour, M., Pourkhandani, E., Allahqoli, L. (2023). Unexpected presentation of accessory breast: vulvar accessory breast tissue: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 17,189.
- Mak, CT., Veras, E., Lovelesi, MB. (2009). Supernumerary nipple presenting as a vulvar mass in an adolescent: case report and literature Review, 22,e41-49.
- Godoy Gijón, E., Yuste C,HM., Santos, BA., Esteban, VC.(2012).Mama Ectópica Vulvar. *Actas Dermosifilogr*,103(3),229-232. <https://doi.org/10.1186/513256-023-03930-0>
- Mayer, RB., Energil, S., Witzany, H., Trautner, P., Shebl O., Oppelt, P. (2019).Postpartum galactostasis of the vulva in a case of bilateral Lactating ectopic breast tissue. *Obstet Gynecol*, 134(1), 138-140.
- Sachi Sri, Kantha., Ayumi, Hibino. (2018).Polythelia and ectopic Breasts among Asian Populations: An overview. *International Medical Journal*, 25(1), 27-31.
- Lakkawar, NJ., Maran, G., Srinivassan, S., Rangaswamy T. (2010). Accessory breast tissue in the axilla in a puberal woman-case study. *Acta Médica Medianae*, 49(4), 45-48.
- Marinopaoulous, S., Arampatzis, Z., Zagouri, F., Dimitrakakis, C. (2015).Pseudomamma of the inguinal región in a female patient: a case report. *INT j Case Reports*, 12,71-74.
- Marinho Soares, C., Pulido Valente, M. (2021).Axillary Mass After Delivery.*New England Journal of Medicine*, 20,3. Doi: 10.1056/nejmicm2033023
- Amaranathan, A., Balaguruswary, K., Bath, RV., Bora, MK. (2013). An ectopic breast tissue presenting with Fibroadenoma in axilla. *Case Reports in Surgery*, 1-3. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/947295>.
- Motsumi, N., Narasimhamurthy, M., Gabalwelwe, M. (2018). Fibroadenoma in the axillary accessory breast. *S.Afr J Surg*, 56(30),30-31.
- Munehisa, S., Nobuyuki, K., Morio, S., Taizo T., Takeshi, T., Shoji, O. (2010). Fibroadenoma of the axillary accessory breast: diagnostic value of dynamic magnetic resonance imaging. *Jpn J Radiol*, 28,613-617.
- Heo, DS., Oh, SJ. (2014).Invasive ductal carcinoma arising from ectopic breast tissue in axilla case report. *J Breast Dis*, 2(1), 32-35.
- Zhang, S., Yu, YH., Qu, W., Zhang Y, Li, V. (2015). Diagnosis of accessory breast cancer in 11 patients. *Oncol LH*, 10(3), 1783-1788. doi:10.3892/ol.2015.3388
- Pang, L., Cui, M., Dai, W., Wu, S., Kong, J.(2021).Diagnosis and treatment of male accessory breast cancer: a comprehensive Systematic Review.*Front Oncol*,11,640000.10.3384/fonc.2021.640000
- Lee, SR., Lee, SG., Byun, GY., Kim, MJ., Koo, BH.(2018).Axillary accessory breast: optimal time for operation. *Aesthetic Plast Surg*, 42(5), 1231-1243.
- Alghamdi, H. (2005). Accessory breast: When to excise? *Breast J*, 11,155-157.
- Aydogan, F., Baghaki, S., Celik, V.(2010). Surgical treatment of axillary accessory breast. *Am Surg*, 76,270-272.
- Fan, J. (2009).Removal of accessory breasts: a novel tumescent Liposuction approach. *Aesthetic Plast Surg*, 33,809-813.
- Eulalio Filho, WMN., Medeinis Neto, AM., Fé, TSM., Coelho L, PC., Santos, JLA. (2018). Surgical correction of polymasthia and Polythelia with an uncommon presentation. *Mastology*, 28(2), 106-109.
- Kurtzman, JS., Pinkasovic, E., Preminger, BA. (2023). Treatment options for the Clinical management of axillary breast tissue. *Surg Glob Open*, 11e5189;doi.101097/GOX.0000000000051890
- Warg, K., Luan, J., Ma, J. (2014). An uncommon cause of ectopic breast and its reconstruction.*Chin Med J*, 127(20),3674-3675.