

R. González-Martínez\*,  
C. A. Fuster-Diana\*\*,  
S. Marín-Bertolín\*,  
J. Galbis-Carvajal\*\*,  
J. Amorrortu-Velayos\*,  
E. Fuster-Diana\*\*

## Alteraciones benignas del aspecto y contorno de la mama de presentación infrecuente

### Benign uncommon alterations of breast appearance

#### SUMMARY

*Several benign mammary pathologies may affect only the aspect or shape of the breast. Some of them need no treatment because they are trivial (nevroid hyperkeratosis of the simple) or self-limited (Mondor's disease). Others, like severe mammary hypoplasia, mammary hypoplasia associated to Poland's syndrome or tubular breast deformity, may require surgical correction. Examples of this pathologies are presented and discussed in this paper.*

\*Unidad de Cirugía Plástica.  
\*\*Servicio de Cirugía General y Digestiva.  
Hospital General Universitario.  
Valencia.

Correspondencia:  
R. González-Martínez.  
Unidad de Cirugía Plástica.  
Hospital General Universitario.  
Avda. Tres Cruces, s/n.  
48014 Valencia.

#### Palabras clave

*Mama supernumeraria, Hiperqueratosis de areola, Enfermedad de Mondor, Hipoplasia mamaria, Mama tuberosa.*

#### Key words

*Supernumerary breast, Hyperkeratosis of the areola, Mondor's disease, Mammary hypoplasia, Tuberos breast.*

#### INTRODUCCION

Dentro del conjunto de entidades patológicas que afectan a la morfología mamaria existen algunas que por su escasa presentación y curso evolutivo benigno suponen en muchos casos una difícil disyuntiva en cuanto a sus posibilidades terapéuticas y resultados.

La mama supernumeraria es un proceso malformativo que se manifiesta como un resto de tejido mamario, una aréola o pezón supernumerario en variables combinaciones situadas a lo largo de la línea mamaria. La incidencia más frecuente es el pezón accesorio, que suele situarse en posición axilar o submamaria, confundiéndose a menudo con un nevus pigmentado.<sup>1,2</sup>

La hipomastia se define como aquella mama con un volumen inferior a 200 ml en el adulto. Esta situa-

ción puede ser aislada o combinarse con otros procesos malformativos como el síndrome de Poland (caracterizado por la ausencia congénita del músculo pectoral).<sup>3</sup> En algunas mujeres la presencia de una mama poco desarrollada puede causar trastornos psicológicos, requiriendo el empleo de técnicas de aumento mamario e implantes.

La mama tuberosa es una rara malformación en la cual la mama adopta la forma de un tubérculo, pareciendo estar embutida dentro del complejo aréola-pezón, dando un aspecto de mama hipoplásica.<sup>4</sup> Su corrección quirúrgica incluye la extirpación de un anillo de piel y la reconstrucción del cono mamario mediante plicatura telescópica; en algunos casos es necesario aumentar la base del cono mamario mediante la colocación de prótesis.<sup>5</sup>

Otras entidades como la hiperqueratosis nevoide de aréola-pezón o el síndrome de Mondor se carac-

terizan por su infrecuente incidencia y por la ausencia de tratamiento específico. La hiperqueratosis nevoide presenta, por lo general, una evolución asintomática y es característico el aspecto clínico que confiere al complejo aréola y pezón (hiperpigmentación, queratosis y aspecto filifirme de su superficie), pudiéndose afectar sólo la aréola o el pezón, siendo muy infrecuente la extensión a las 2. Algunos casos pueden responder al tratamiento médico (queratolíticos o crioterapia), pero el tratamiento quirúrgico es definitivo, aunque sólo se lleve a cabo en casos muy seleccionados.<sup>6,7</sup>

El síndrome de Mondor es un cuadro relacionado con la flebitis obstructiva de las venas superficiales torácicas, caracterizándose por la aparición de uno o varios cordones subcutáneos y la ausencia por lo común de sintomatología. Su evolución es benigna y remite espontáneamente sin tratamiento en pocas semanas.<sup>8</sup>

## CASOS CLINICOS

### Caso 1

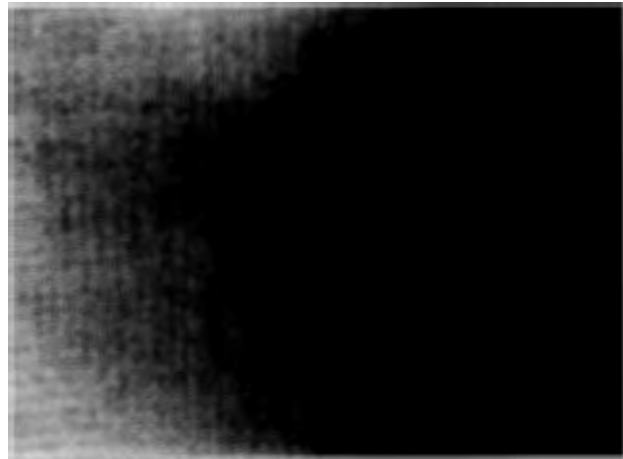
Se trata de una mujer de 43 años que fue sometida a una mamoplastia de aumento por hipoplasia mamaria, colocándose 2 prótesis salinas por vía submarina en posición retropectoral, que se rellenaron con 140 cc de suero fisiológico.

Tras un postoperatorio sin complicaciones, desarrolló 3 meses después de la intervención unos cordones indurados en el trayecto de la vena toracoepigástrica en la pared torácica, diagnosticándose como síndrome de Mondor (tromboflebitis de las venas superficiales torácicas) (fig. 1). El tratamiento fue sintomático, remitiendo el proceso espontáneamente en unas semanas.

### Caso 2

Se refiere a una enferma de 25 años de edad que desde su pubertad presenta lesiones pigmentadas e hiperqueratósicas en ambos complejos aréola-pezón, con una evolución variable con remisiones y exacerbaciones.

El examen físico de ambas aréolas mostró un incremento del tamaño de éstas con una superficie polipoidea y verrucosa con hiperqueratosis y moderada hiperpigmentación (figs. 2 y 3). Los pezones también estaban afectados. El estudio histopatológico reveló



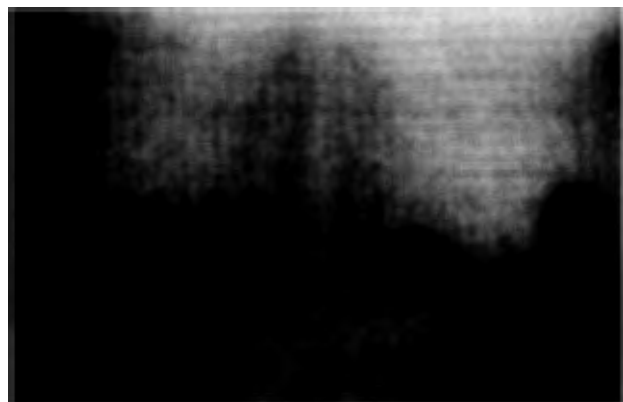
**Fig. 1.** Cordón indurado en la región submarina izquierda compatible con una tromboflebitis de las venas torácicas superficiales (síndrome de Mondor) 1 mes después de la realización de una mamoplastia de aumento.

una acantosis con ortoqueratosis junto con hiperplasia folicular con «follicular plugging». El diagnóstico final fue de hiperqueratosis nevoide aréola-pezón.

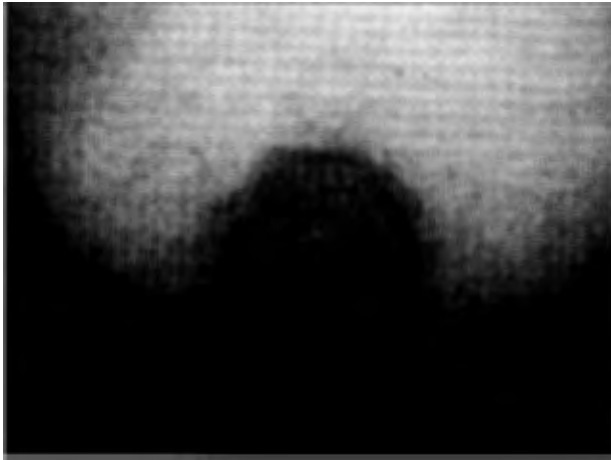
Debido al rechazo de la opción quirúrgica el tratamiento fue exclusivamente médico con ácido retinoico tópico, que mejoró la hiperqueratosis.

### Caso 3

Se trata de una mujer de 24 años de edad que presenta una deformidad en la región submamaria izquierda compatible con una mama supernumeraria (fig. 4).



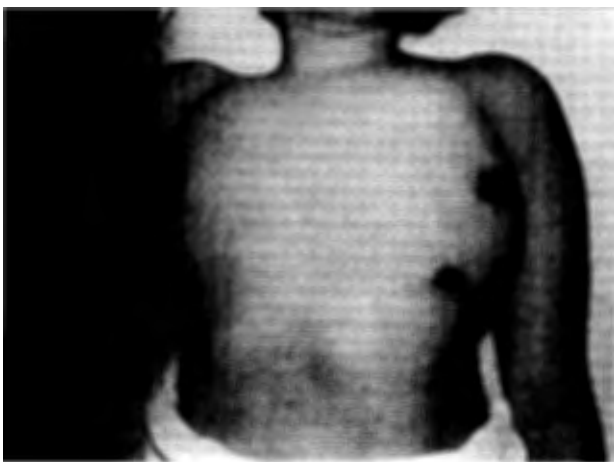
**Fig. 2.** Hiperqueratosis nevoide de aréola-pezón. Aspecto hiperpigmentado y verrucoso de la superficie de ambas areolas.



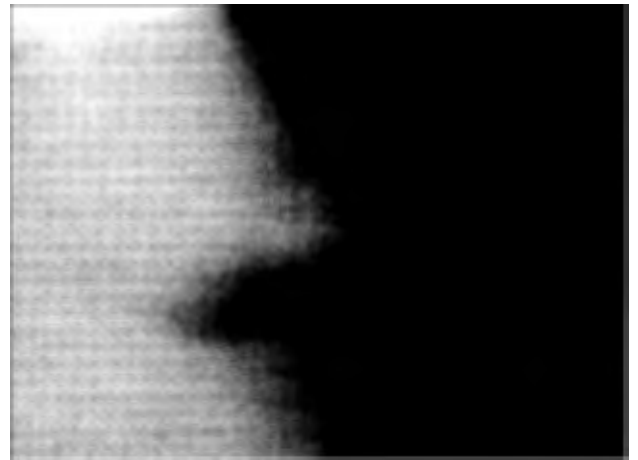
**Fig. 3.** Hiperqueratosis nevoide de aréola-pezones. Detalle en el que se observa el aspecto filiforme de las excrescencias verrucosas y la afectación total de todo el complejo aréola-pezones.

#### Caso 4

Hace referencia a una mujer de 21 años de edad que presenta un diagnóstico de mama tuberosa con la tríada típica de esta malformación que incluye dilatación de la aréola, base de implantación mamaria pequeña e inclusión de gran parte de su volumen en el complejo aréola-pezones, creando una situación de asimetría mamaria (fig. 5). La deformidad se resolvió quirúrgicamente mediante un abordaje periareolar extirpando un anillo periareolar de piel y acoplando



**Fig. 4.** Mama supernumeraria. Deformidad mamaria izquierda con aréola y pezón supernumerario.



**Fig. 5.** Mama tuberosa. Se aprecia la hipoplasia mamaria y el embutimiento de parte de ésta en el complejo aréola-pezones.

el volumen de la mama a un nuevo cono mediante despegamiento, la plicatura ascendente de la glándula y la inserción retropectoral de una prótesis salina.

#### Casos 5, 6 y 7

Se trata de 3 casos distintos de hipoplasia mamaria, correspondiendo a 3 pacientes de 18-26 años de edad, una de ellas asociada a un síndrome de Poland, que se resolvieron con técnicas aumentativas y mastopexia mamaria.

#### COMENTARIO

La cirugía reconstructora puede ser aplicada a aquellos procesos mamarios benignos que puedan modificar la apariencia y/o la forma de la mama como la mama tuberosa, la hipoplasia mamaria asociada al síndrome de Poland y determinadas malformaciones congénitas de la glándula y/o del complejo aréola-pezones. Muchas de estas entidades, que sin poner en riesgo la vida de la enferma, se benefician de este tipo de cirugía que intenta dar al individuo las mismas condiciones que tenía antes de enfermar.

#### RESUMEN

Existen algunos aspectos de la patología mamaria benigna que pueden afectar exclusivamente a ésta y

modificar su apariencia o su forma, requiriendo en algunos casos su reparación con métodos quirúrgicos.

Algunas de estas entidades no precisan ningún tratamiento como la hiperqueratosis nevoide de aréola-pezón o la enfermedad de Mondor (tromboflebitis de venas superficiales de la mama), esta última de evolución autolimitada; otras, como la mama tuberosa, la hipoplasia mamaria asociada al síndrome de Poland y determinadas malformaciones congénitas de la glándula y/o del complejo aréola-pezón, pueden producir una distorsión de la forma que requieren en muchos casos su reconstrucción mediante diversas técnicas quirúrgicas dentro del campo de la cirugía plástica.

Presentamos una selección de entidades patológicas que afectarían a la mama y cuya característica común sería su presentación infrecuente y su evolución benigna.

#### REFERENCIAS

1. Johnson CA. Polytelia: an update. *Southern Med J*. 1986; 79:1106-1108.
2. Shewmake SW, Izumo GT. Supernumerary areolae. *Arch Dermatol*. 1977;113:823-825.
3. David TJ. Nature and etiology of the Poland anomaly. *Plast Reconstr Surg*. 1986;77:253-255.
4. Rees TD, Aston SJ. The tuberos breast. *Clin Plast Surg*. 1976;3:339-347.
5. Amorrortu J, García-Villanova A, González Cruz et al. Tratamiento quirúrgico de la mama tuberosa. *Rev Senología Patol Mam*. 1989;24:213-218.
6. Kuhlman DS, Hodge SJ, Owen LG. Hyperkeratosis of the nipple and areola. *J Am Acad Derm*. 1985;13:596-598.
7. Schwartz RA. Hyperkeratosis of the nipple and areola. *Arch Dermatol*. 1978;114:1844-1845.
8. S. Marín-Bertolín S, González-Martínez R, Manuel Velasco-Pastor ML, Gil-Mateo MP, Amorrortu-Velayos J. Mondor's disease and aesthetic breast surgery. Report of case secondary to mastopexy with augmentation. *Aesth Plast Surg*. 1995;19:251-252.