

Polimastia ascellare: descrizione di tre casi

M. D'AMBROSI, A. ROMAGNOLI

RIASSUNTO: Polimastia ascellare: descrizione di tre casi.

M. D'AMBROSI, A. ROMAGNOLI

Gli Autori, nel presentare tre casi di polimastia ascellare, esaminano gli aspetti embriologici e morfologici di questa anomalia con interesse alla sua correzione chirurgica.

SUMMARY: Axillary polymastia: three cases description.

M. D'AMBROSI, A. ROMAGNOLI

The Authors present three cases of axillary polymastia and examine the embryological and morphological aspects of this anomaly, including related surgical problems.

KEY WORDS: Polimastia - Mammella ascellare.
Polymastia - Axillary breast.

Premessa

Il reperto di mammelle (polimastia) o soltanto di capezzoli (politelia) soprannumerari non è insolito. L'incidenza della polimastia e della politelia varia dall'1% al 6% a seconda delle varie casistiche ed è sicuramente più alta nella donna che nell'uomo.

Il quadro sintomatologico è spesso sfumato. Caratteristici sono il turgore e la dolenzia in concomitanza del ciclo mestruale. La diagnosi può presentare una certa difficoltà nella esatta definizione nosografica del reperto clinico: molto frequentemente ci si orienta verso una patologia lipomatosa, anche perché il quadro ecografico non è sempre dirimente.

Vengono qui descritti tre casi presentatisi alla nostra attenzione.

Pazienti e metodi

Caso n. 1

Paziente di sesso femminile, di anni 18. Da alcuni anni comparsa sul pilastro anteriore dell'ascella destra di una tumefazione di

consistenza duro-elastica, di circa 6 cm di diametro. Da circa un anno comparsa di sintomatologia dolorosa con senso di tensione in stretto rapporto con i cicli mestruali e concomitante e considerevole aumento di volume delle mammelle e della tumefazione. La paziente non riferiva patologie analoghe familiari né traumi locali. Aveva consultato più sanitari non solo per conoscere la natura della sua anomalia, ma anche per la sintomatologia dolorosa e il danno estetico che determinava. Numerose ecografie della tumefazione descrivevano la presenza di abbondante tessuto adiposo, con tralci fibrosi delle dimensioni variabili da 4 a 6 cm di diametro. La paziente veniva quindi indirizzata dal suo medico curante ad una valutazione chirurgica per l'asportazione del "lipoma" (1, 5).

All'esame obiettivo si rilevava una tumefazione ovoidale, del diametro massimo di circa 6 cm, sul pilastro anteriore dell'ascella, mobile sui piani profondi ma non su quelli superficiali e di consistenza duro-elastica, senza discromie cutanee, ma dolente alla palpazione profonda (Figg. 1 e 2). Il cavo ascellare sinistro era indenne.

Posta diagnosi clinica di polimastia ascellare monolaterale, si procedeva all'asportazione della tumefazione attraverso un'incisione cutanea nel cavo ascellare, posteriormente al pilastro anteriore, con scollamento a lembo della cute. Non si posizionavano drenaggi ma si confezionava una medicazione compressiva.

L'esame istologico confermava il sospetto diagnostico evidenziando tessuto mammario integro, senza lesioni né cistiche né carcinomatose. Soddisfacente il risultato estetico a distanza di 5 mesi (Fig. 3).

Caso n. 2

Donna di 38 anni. Pregresso intervento per cisti ovarica e cisti mammaria nel prolungamento ascellare sinistro. Da alcuni anni presentava una tumefazione ascellare sinistra, lungo il bordo del grande pettorale, a margini indistinti e lievemente dolente. Non lamentava sintomatologia correlata con il ciclo mestruale. L'ecogra-



Fig. 1 e 2 - Caso n. 1: ben visibile la mammella soprannumeraria sul pilastro anteriore dell'ascella destra.

fia descriveva un tessuto di densità simile al sottocutaneo senza altre caratteristiche specifiche.

Si decideva per l'asportazione chirurgica con reperto macroscopico di tessuto lipomatoso di consistenza aumentata. L'esame istologico depona invece per tessuto mammario sede di displasia fibrocistica associata a focolai di ipertrofia duttale.

Caso n. 3

Giovane donna di 18 anni. Dalla nascita presentava un capezzolo soprannumerario a destra, circa 5 cm caudalmente lungo la linea mammaria. Dal menarca comparsa di tumefazione in corrispondenza del capezzolo soprannumerario, proprio al di sopra del solco sottomammario, con deformazione della mammella; la tumefazione era lievemente dolente, senza correlazione con i cicli mestruali, peraltro regolari e in assenza di dismenorrea.

Sottoposta a mastectomia semplice, l'esame istologico evidenziava un tessuto mammario di 7x3x3 cm sede di diffusa fibrosi interstiziale, associata a focali immagini di ipertrofia fibroadenomatoidi e di ectasia cistica di alcuni dotti.

Considerazioni e conclusioni

La mammella è una ghiandola tubolo-acinosa composta di derivazione ectodermica. Dalla primitiva cresta lattea o mammaria (Fig. 4), che si estende bilateralmente dalla radice degli arti superiori a quella degli arti inferiori, nell'embrione di 30 giorni viene a delinearsi l'abbozzo mammario primitivo. Detta linea successivamente scompare, tranne una piccola porzione nella regione toracica, che si approfonda nel mesenchima e la cui proliferazione e differenziazione cellulare porterà alla costituzione della mammella definitiva.

Occasionalmente porzioni di tessuto ectodermico della cresta mammaria non vanno incontro ad involuzione, dando origine a tessuto mammario ectopico (3). È da sottolineare che lo sviluppo ectopico spesso non



Fig. 3 - Caso n. 1: esiti a distanza di 5 mesi.

è completo, per cui si potranno evidenziare, in sede anomala, soltanto capezzoli (politelia) o soltanto mammelle (polimastia) con o senza capezzolo (atelia).

La polimastia è sicuramente di più raro riscontro, mentre la politelia è più frequente e spesso i capezzoli soprannumerari sono confusi con nevi verrucosi lungo il decorso della linea lattea.

La localizzazione più frequente della polimastia è a livello ascellare, soprattutto a sinistra, occasionalmente bilaterale (6), ma sono stati descritti casi di localizzazione in sede inguinale, periombelicali, sottomammaria, vulvare, sul dorso della coscia, ecc. (7). Il più alto numero di mammelle soprannumerarie fu descritto da Neugebauer nel 1886: otto, in aggiunta alle due mammelle normalmente situate (8).

È importante notare che anche il tessuto ectopico risente degli stimoli ormonali. Pertanto il riconosci-

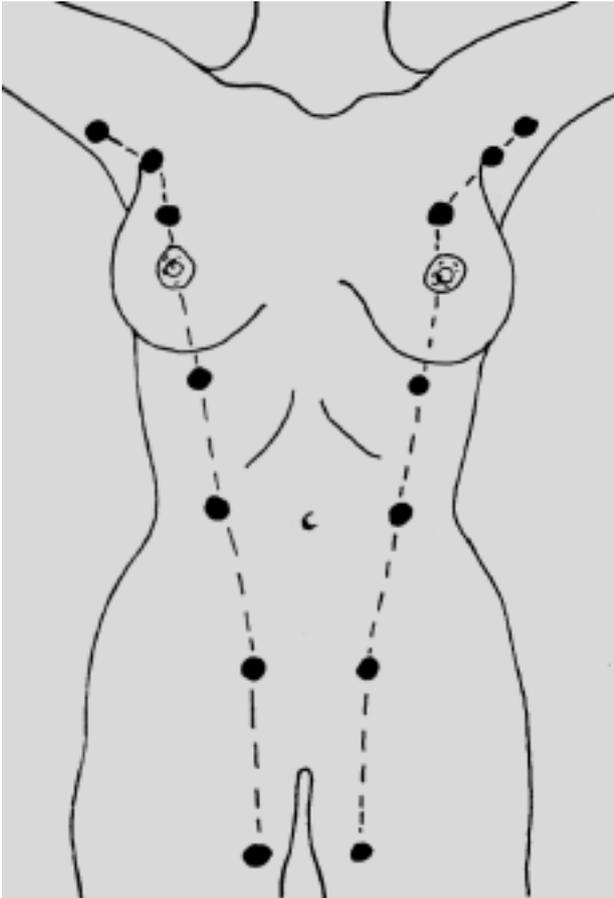


Fig. 4 - Linea mammaria e localizzazioni più frequenti di mammelle e capezzoli soprannumerari.

mento della polimastia avviene sempre in età puberale o post-puberale, cioè durante lo sviluppo del tessuto mammario indotto dal fisiologico stimolo ormonale.

Inoltre, il tessuto ectopico non è esente da patologia. Anzi è stata riconosciuta una maggiore frequenza di degenerazione carcinomatosa nella polimastia (2, 4). È stata anche notata una tendenza alla familiarità (3, 8).

La politelia è frequentemente associata (40%) ad anomalie del tratto urinario. Questa associazione può essere spiegata dal parallelo sviluppo embrionario della mammella e del tratto genito-urinario (8).

Anche Darwin ebbe occasione di riflettere sulla polimastia. Egli arrivò alla conclusione che detta anomalia era un 'arresto' nella scala evolutiva. L'embrione, infatti, assomiglia inizialmente a un pesce, poi a un rettile, e così via finché diventa un essere umano riconoscibile. Molti mammiferi hanno più mammelle lungo la linea del latte. Da questo punto di vista la polimastia e la politelia sono da considerare come 'strutture evolutive' obsolete, come i denti del giudizio e l'appendice.

L'indicazione all'intervento chirurgico è d'obbligo. Non solo per la correzione estetica, che nella maggior parte dei casi è il principale motivo che induce il paziente a rivolgersi al sanitario, ma anche perché – come già detto – il tessuto ectopico può essere sede di degenerazioni carcinomatose molto aggressive. Nell'atto chirurgico, quindi, oltre alla radicalità non deve essere trascurato l'aspetto estetico, elemento prioritario per il paziente. L'imbarazzo di mostrarsi non deve tramutarsi in vergogna per una cicatrice 'troppo' evidente. Per questo motivo, in caso di sospetta polimastia ascellare, noi preferiamo eseguire l'incisione cutanea all'interno del cavo ascellare, dietro il pilastro anteriore, e attraverso questa realizziamo la mammectomia sottocutanea con l'accortezza di asportare capezzolo e areola, se presenti. Riteniamo utile asportare anche il tessuto cutaneo in eccesso e, se necessario, posizionare un drenaggio in aspirazione da rimuovere dopo 24-48 ore.

Bibliografia

1. Bhambhani S. Fine needle aspiration cytology of supernumerary breast: report of three cases. *Acta Cytol* 1987;31:311.
2. Deshpande SN. An unusual case of congenital chest wall deformity with polimastia and absence of part of the lung. *Br J Plast Surg* 1989;42:484.
3. Goldwyn R M. Plastic end reconstructive surgery of the breast. L. Brown & Co. Ed., 1976.
4. Hait G. Axillary extra mammary tissue. *JAMA* 1982;248:2241.
5. Kaie BL. Axillary breast: a significant esthetic deformy. *Plast Reconstr Surg* 1974;53:61.
6. Mughes LE. Benign disorders and diseases of the breast. Bailliere Tindall Ed, 1975.
7. Thorek M. Plastic surgery of the breast and abdominal wall. Charles C. Thomas Ed, 1942.
8. Norman A. Grossi. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. *South Med J* 2000; 93(1):29-32.
9. Matteoni R, et al. Polimastia ascellare bilaterale: descrizione di un caso. *G Chir* 1994;15:112.