

Fibroadenoma in mammella ectopica. Case report

G. SENATORE, S. ZANOTTI, P. CAMBRINI, I. MONTRONI, A. PELLEGRINI,
E. MONTANARI¹, D. SANTINI¹, M. TAFFURELLI

RIASSUNTO: Fibroadenoma in mammella ectopica. Case report.

G. SENATORE, S. ZANOTTI, P. CAMBRINI, I. MONTRONI,
A. PELLEGRINI, E. MONTANARI, D. SANTINI, M. TAFFURELLI

Tra le rare anomalie di sviluppo della mammella la più comune è la politelia (1% - 5% della popolazione). La polimastia si presenta usualmente come tessuto mammario ectopico senza complesso areola-capezzolo, variamente localizzato lungo la linea mammaria dall'inguine all'ascella. Il tessuto ectopico è funzionalmente analogo alla ghiandola mammaria, e come tale può sviluppare le malattie tipiche della mammella, prime fra tutte il fibroadenoma e l'adenocarcinoma.

Riportiamo il caso di una paziente di 21 anni giunta alla nostra osservazione con una neoformazione nodulare solida ascellare interpretata come linfoadenopatia sospetta. La diagnosi differenziale con la rara presenza di tessuto mammario ectopico ha riguardato essenzialmente la più comune origine linfomatosa delle tumefazioni. La neoformazione è stata asportata in blocco e l'esame estemporaneo ne ha evidenziato la natura di fibroadenoma insorto nell'ambito di tessuto mammario ectopico.

La presenza di tessuto mammario ectopico è una condizione poco frequente; lo sviluppo di neoformazioni benigne o di degenerazione maligna è possibile ma estremamente raro. In caso di polimastia la diagnosi è agevole; maggiori difficoltà si hanno in caso di tumefazioni isolate in assenza di segni di infiammazione locale o infezione. L'ecografia è diagnostica nel fibroadenoma mammario, ma può essere insufficiente nelle localizzazioni ectopiche a causa dello scarso parenchima sano circostante spesso indistinguibile dalla capsula del nodulo. La diagnosi pre-operatoria è necessaria per impostare un'appropriate terapia chirurgica; enucleazione in caso di tessuto benigno, ampia asportazione della massa con eventuale associazione di linfoadenectomia e/o terapia adiuvante in caso di malignità.

KEY WORDS: Mammella ectopica - Fibroadenoma ascellare - Mammella sovranumeraria - Tessuto mammario ascellare - Chirurgia.
Ectopic breast - Axillary fibroadenoma - Supernumerary breast - Axillary breast tissue - Surgery.

SUMMARY: Ectopic breast fibroadenoma. Case report.

G. SENATORE, S. ZANOTTI, P. CAMBRINI, I. MONTRONI,
A. PELLEGRINI, E. MONTANARI, D. SANTINI, M. TAFFURELLI

Among the rare anomalies of the breast development, polythelia is the most common, between 1% and 5% of women and men present supernumerary nipples. Polymastia, usually presenting as ectopic breast tissue without areola-nipple complex, is seen mostly along the milk line, extending from the axilla to the pubic region. Ectopic breast tissue is functionally analogous to mammary gland and it is subjected to the same alterations and diseases, whether benign or malignant, that affect normal breast tissue.

We report the case of a 21 years-old female evaluated by the medical staff after the outbreak of a solid nodular mass by suspect axillary lymphadenopathy. Differential diagnosis with lymphoma is the major problem in these cases. The mass has been quite removed and the intraoperative histological examination has put in evidence fibroadenoma in axillary supernumerary breast.

Presence of ectopic breast tissue is a rare condition; development of benign mass or malignant degeneration is possible, but it is very unusual. In case of polymastia diagnosis is simple; in case of isolated nodule, without local inflammation or infection, there are greater difficulties. Ultrasonography is diagnostic in case of breast fibroadenoma, but it might be inadequate in ectopic localizations owing to the shortage of mammary tissue around the mass. Preoperative diagnosis is important to plan an adequate surgical treatment; lumpectomy is indicated in case of benign tissue; instead, in case of malignancy, therapy is based on the standard treatment used for breast cancer (surgery, chemotherapy and radiation therapy).

Premessa

Le anomalie legate allo sviluppo mammario sono poco frequenti, tra queste la più comune è la politelia (1%-5% della popolazione) (1); più rara è la polimastia che di regola si presenta come tessuto mammario ectopico non associato ad areola o capezzolo. Tessuto mammario ectopico si ritrova prevalentemente nel sesso fem-

Università degli Studi di Bologna
Alma Mater Studiorum
Policlinico "S. Orsola-Malpighi", Bologna
Dipartimento di Emergenza/Urgenza
Chirurgia Generale
(Direttore: Prof. M. Taffurelli)
¹ Unità Operativa di Anatomia Patologica
(Direttore: Prof. G.N. Martinelli)

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

minile, localizzato lungo la linea "lattea" dall'inguine all'ascella, con netta prevalenza di quest'ultima sede (12). Indipendentemente dalla sede il tessuto ectopico è funzionalmente del tutto analogo alla ghiandola mammaria, e come tale è soggetto allo sviluppo delle malattie tipiche della mammella, prime fra tutte il fibroadenoma e l'adenocarcinoma (2, 4, 6, 10, 11, 16).

Riportiamo il caso di una paziente di 21 anni portatrice di un'evidente tumefazione ascellare sviluppata in circa tre mesi. La diagnosi differenziale è con le comuni cause di adenopatie ascellari, tra cui le più frequenti sono l'idrosadenite, la patologia cistica, il linfoma (5, 8).

Case report

B.F., di sesso femminile, 21 anni, con anamnesi positiva per lieve anemia cronica diagnostica all'età di sette anni e trattata con sporadici cicli di terapia con ferro e acido folico. La paziente, portatrice di tessuto mammario ectopico bilaterale, è giunta alla nostra osservazione dopo il riscontro all'autopalpazione di una tumefazione ascellare sinistra insorta circa tre mesi prima e diagnosticata, dopo esame ecografico, come neoformazione nodulare solida da adenopatia sospetta con asse maggiore di circa 3 cm. Non è stato eseguito esame citologico o istologico pre-operatorio.

Vista l'assenza di segni di infiammazione e infezione locali e la natura solida della lesione, la diagnosi differenziale con la rara presenza di tessuto mammario ectopico, in considerazione anche dell'età della paziente e della sede di sviluppo, ha principalmente riguardato l'origine linfomatosa della lesione. All'esame obiettivo non si è evidenziata nessuna linfoadenopatia ma il cavo ascellare controlaterale è risultato occupato da una tumefazione da riferire a tessuto mammario ectopico, in assenza di lesioni nodulari. Gli esami ematochimici preoperatori non hanno evidenziato alterazioni patologiche.

L'intervento chirurgico è consistito nell'isolamento e nell'asportazione in blocco della neoformazione (Fig. 1). L'esame istologico intraoperatorio ha confermato la natura fibroadenomatosa della tumefazione insorta in un parenchima mammario in sede ectopica, a livello del pilastro anteriore dell'ascella sinistra.

Il decorso post-operatorio è stato regolare e la paziente è stata dimessa in prima giornata. Considerata la natura benigna della tumefazione l'intervento chirurgico eseguito è stato del tutto risolutivo e non si è resa necessaria alcuna terapia post-operatoria.

Note di tecnica

L'esame istologico intra-operatorio è stato eseguito mediante sezione congelata condotta sul pezzo operatorio inviato fresco e preparato in ematossilina-eosina. Per l'esame istologico definitivo, dopo inclusione in paraffina, sono state preparate sezioni per l'indagine di routine in ematossilina-eosina e per le colorazioni con PAS, mucicarmina e Alcian blu. Nessuna indagine immunohistochimica è stata necessaria per la caratterizzazione della neoformazione.

Risultati

L'esame estemporaneo ha messo in evidenza un nodulo di 3 cm di diametro (Fig. 2), di consistenza teso-elastica, nel contesto di tessuto fibroadiposo di 3,5 cm di diametro maggiore. L'esame istologico condotto



Fig. 1 - Reperto intraoperatorio. La neoformazione è quasi del tutto isolata.



Fig. 2 - Pezzo operatorio.

su sezione congelata estemporanea del nodulo ha confermato la diagnosi di fibroadenoma. L'esame istologico definitivo, eseguito su sezioni preparate dal nodulo e del tessuto circostante (Figg. 3 e 4), ha permesso di porre diagnosi definitiva di fibroadenoma a stroma mixoide con focali cellule stromali giganti multinucleate in tessuto mammario ectopico.

Discussione

La presenza di tessuto mammario ectopico è una condizione poco frequente ma ben documentata in letteratura; lo sviluppo di neoformazioni benigne o di degenerazione maligna è possibile ma estremamente raro, con prevalenza della degenerazione maligna nelle localizzazioni inguinali-pelviche e delle proliferazioni benigne nelle ectopie ascellari, che si presentano più spesso bilaterali (3, 8, 9, 18, 19). Il fibroadenoma è più frequente nelle giovani donne, con prevalenza dai 20 ai 30 anni (2), e la possibilità che esso si manifesti come tumefa-



Fig. 3 - Esame istologico (EE). Sono evidenti il fibroadenoma e il tessuto adiposo ascellare circostante.



Fig. 4 - Ingrandimento istologico sull'area centrale del fibroadenoma con evidente proliferazione fibroepiteliale.

zione ascellare nel contesto di una mammella ectopica va sempre considerata. In presenza di una vera e propria polimastia la diagnosi è facilitata; al contrario i problemi maggiori si hanno nel valutare tumefazioni isolate in assenza di segni di infiammazione locale o infezione. Un'anamnesi positiva per variazioni di consistenza della lesione, magari accompagnate da aumentata dolorabilità in corrispondenza con il ciclo mestruale, può indirizzare verso il sospetto di una localizzazione ectopica di parenchima mammario.

L'esame ecografico, dirimente in caso di fibroadenoma mammario, può risultare nelle localizzazioni ectopiche insufficiente per la diagnosi per via dell'esiguità del parenchima sano circostante che spesso risulta indistinguibile dalla capsula del nodulo. In questi casi si può arrivare alla diagnosi preoperatoria associando la diagno-

stica per immagini all'esame citologico mediante agoaspirato della lesione o all'esame istologico su biopsia.

Conclusioni

L'importanza della diagnosi pre-operatoria riguarda principalmente la scelta della terapia chirurgica più appropriata che prevede l'enucleazione della neoformazione, in caso di tessuto benigno, o l'asportazione della massa, del tessuto adiacente e l'associazione di un'eventuale linfadenectomia e/o radio-chemio- od ormonoterapia, o un'associazione di esse, in caso di diagnosi di malignità, analogamente a quanto indicato nel trattamento della patologia mammaria nella sua localizzazione tipica (3, 7, 16).

Bibliografia

1. Marques Conde D, Zocchio Torresan R, Kashimoto E, Campos de Carvalho LE, Cardoso Filho E. Fibroadenoma in axillary supernumerary breast: case report. Sao Paulo Med. J. 2005; 123(5):253-5.
2. Dixon JM, Mansel RE. Abc of breast disease. congenital problems and aberrations of normal breast development and involution. BMJ. 1994; 309(6957):797-800.
3. Ganaraj A, Pretrek JA. Diagnosis and treatment of cancer arising in ectopic breast tissue. Contemporary Surgery Vol. 58, no. 11/Nov. 2002
4. Hideo Hattori. Mammary hamartoma of the axilla subcutis. The Breast Journal, Vol. 12, num. 2 2006; 181-182.
5. Tse GM, Law BK, Ma TK, et al. Hamartoma of the breast: a clinicopathological review. J Clin Pathol 2002; 55:951-54.
6. Rho JY, Juhng SK, Yoon KJ. Carcinoma originating from aberrant breast tissue of the right upper anterior chest wall. J Korean Med Sci 2001; 16:519-21.
7. Cogswell HD, Czemy EW. Carcinoma of aberrant breast of the axilla. Am J Surg 1961; 27:388-90.
8. Lesanovoy MA, Gomez-Garcia A, Nejdil R, Yospur G, Syiau TJ, Chang P. Axillary breast tissue: clinical presentation and surgical treatment. Ann Plast Surg 1995; 35:356-60.
9. De Castro Garcia FJ. Cancer de mama en tejido ectopico axilar. www.intermedicina.com.
10. Bakker JR, Sataloff DM, Haupt HM. Breast cancer presenting in aberrant axillary breast tissue. Commun Oncol 2005; 2:117-120.
11. Daniel BR, Kimberly B. Ectopic breast cancer: rare, treatable, and potentially curable. Commun Oncol 2005; 2:120-122.
12. Burdick AE, Thomas KA, Welsh E, Powell J, Elgart G. Axillary polimastia. J Am Acad Dermatol 2003; 49:1154-1156.
13. S Yarak, M Floriano, JE Decico, CT Konishi, NS Michalany, MY Enokihara, J Tominori-Yamashita. First report of a fibroadenoma in axillary mammary tissue of a renal patient taking cyclosporin. International Journal of Dermatology 2006-12-24.

Fibroadenoma in mammella ectopica. Case report

14. Borges da Silva B, Soares Rodrigues J, Soares Borges U, Gomes Pires C, Ferreira Pereira da Silva R. Large mammary hamartoma of axillary supernumerary breast tissue. *The Breast* 2006; 15:135-136.
 15. Gomez-Aracil V, Mayayo E, Azua-Romeo J, Arraiza A. Fine needle aspiration, cytology of mammary hamartoma: a review of nine cases with histological correlation. *Cytopathology* 2003; 14:195-200.
 16. Guray M, Sahin AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis and management. *Oncologist* 2006; 11:435-449.
 17. Yuen S, Uematsu T, Uchida Y, Kasami M, Yukisawa S, Aramaki T, Morimoto N, Masahiro E, Furukawa H. Magnetic resonance imaging findings in an axillary accessory breast fibroadenoma. *The Breast Journal*, 2005; 6: 2005 493-494.
 18. Pardo M, Silva F, Jiménez P, Kamelic M. Carcinoma mamario en tejido mamario ectopico. *Rev Med Chil* 2001; 129(6):663-5.
 19. Leung W, Heaton JPW, Morales A. An uncommon urologic presentation of a supernumerary breast. *Urology* 1997; 50(1):122-24.
-