

# Politelia e mammella soprannumeraria

## Nostra esperienza e revisione della letteratura



Ann. Ital. Chir., 2012 83: 109-112

Francesco Somma, Chiara Calzoni, Sergio Arleo, Stefano Chiummariello

Cattedra di Chirurgia Plastica e ricostruttiva (Direttore: Prof. C. Alfano), Università degli Studi di Perugia

### Polythelia and supernumerary breast. Personal experience and review of the literature

**AIM:** *Our study focuses on the approach, management and treatment of patients with polythelia and supernumerary breast and the target is the search for a treatment algorithm for these diseases.*

**MATERIAL OF STUDY:** *We considered at 18 patients treated from 2006 to 2011 for breast congenital anomalies in excess. 14 surgical procedures were performed, 8 for supernumerary nipple excision (1 case associated with Poland Syndrome) and 6 for accessory breast ablation. All patients were aged between 15 and 34 years and belonged to both sexes.*

**RESULTS:** *The breast tissue it was detected fibrocystic mastopathy in 5 cases of polimastia. In the remaining cases the nipples and mammary tissues were normal. After a median follow-up from one to five years, we obtained in all cases not only an excellent aesthetic result but also a psychological.*

**DISCUSSION:** *The supernumerary breast tissue is not just a cosmetic problem, it is also subject to the same pathological lesions that are observed in a normal breast. In view of the potential malignant transformation of anomalous breast incidentally, early and accurate diagnosis is required as well as its monitoring over time.*

**CONCLUSIONS.** *We therefore believe that surgical approach is always necessary in cases of polimastia, while considering options in the treatment of polythelia, where it becomes crucial if aesthetic and/or psychologically problems in the patient coexist.*

**KEY WORDS:** Ectopic breast tissue, Polimastia, Polythelia, Supernumerary breast.

### Introduzione

Politelia e polimastia rientrano nel quadro delle anomalie congenite a carico della mammella e rappresentano una mancata regressione delle creste mammarie durante la fase embrionale.

Si tratta di anomalie congenite a carico della mammella per eccesso.

Secondo il grado di sviluppo della ghiandola soprannumeraria possiamo distinguere tre possibili varietà:

- mammella completa con ghiandola e capezzolo, capace di secernere latte (polimastia vera);
- mammella senza capezzolo;
- capezzolo soprannumerario senza ghiandola (politelia).

L'incidenza di questa anomalia mammaria, più comune nel sesso femminile, si aggira intorno al 0,4 – 2 % della popolazione generale e risulta più marcata nella popolazione asiatica rispetto a quella caucasica. In circa un terzo dei casi risulta essere bilaterale.

Le mammelle sono strutture ghiandolari che hanno origine durante il periodo embrionale dall'ectoderma. Intorno alla sesta settimana si delineano nell'embrione due creste dermiche, chiamate "linee del latte o creste mammarie", che si estendono con continuità dalle ascelle all'inguine. Questi ispessimenti ectodermici vengono

Pervenuto in Redazione Maggio 2011. Accettato per la pubblicazione Luglio 2011

Per corrispondenza: Dr. Francesco Somma, Ospedale Santa Maria della Misericordia, S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, S. Andrea Delle Fratte 1, 06134 Perugia (e-mail: [sommafrancesco@gmail.com](mailto:sommafrancesco@gmail.com))

riassorbiti nel giro di alcuni giorni ad eccezione della regione pettorale dove vanno a formare gli abbozzi primari delle ghiandole mammarie. Tali abbozzi vanno incontro a modificazioni interne che portano alla formazione di 15-20 canali, detti dotti lattiferi, i quali confluiscono verso una depressione comune da cui, poco prima della nascita, ha origine il capezzolo. L'incompleta involuzione delle creste mammarie, programmate geneticamente alla regressione nell'homo sapiens, può dar luogo a tessuto mammario accessorio. La sede più frequente risulta essere proprio lungo il decorso di queste linee estese bilateralmente dalle ascelle alla regione inguinale. In letteratura sono stati descritti anche numerosi casi di polimastia e politelia localizzati in aree anatomiche diverse: a livello della coscia, della scapola, del volto, dei glutei, del collo, della vulva e del perineo. Sono stati riscontrati anche dei casi di politelia intra-areolare trasmessi geneticamente dalla madre ai figli. L'insorgenza di tessuto mammario ectopico è di solito sporadico, gli episodi di familiarità sono rari. In molti casi si è pensato ad una trasmissione autosomica dominante da parte di un gene ad espressività variabile che dovrebbe prevenire la normale regressione della cresta mammaria embrionale, tuttavia non può essere esclusa l'ipotesi di una possibile trasmissione legata al cromosoma X.

## Materiali e metodi

Dal Gennaio 2006 al Gennaio 2011, abbiamo osservato 18 pazienti trattati per anomalie congenite per eccesso a carico della mammella. Sono stati eseguiti 14 interventi chirurgici, di cui 8 per escissione del capezzolo sovranumerario (1 caso associato a S. Di Poland) e 6

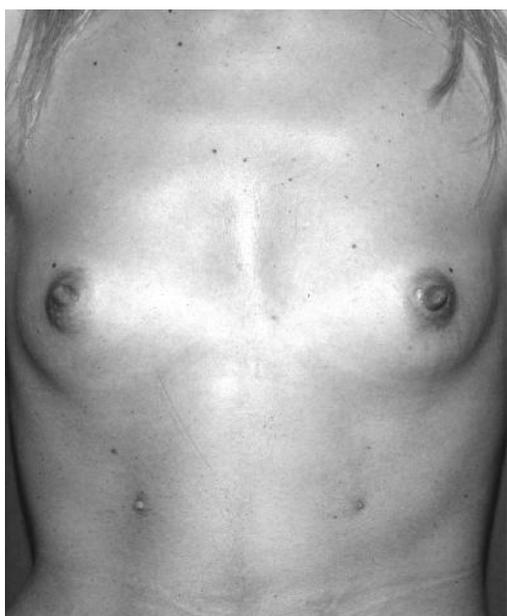


Fig. 1: Politelia bilaterale.



Fig. 2: Asportazione chirurgica tessuto mammario sovranumerario a localizzazione ascellare.



Fig. 3: Politelia associata a sindrome di Poland.

per ablazione della mammella accessoria. Tutti i pazienti avevano un'età compresa tra i 15 ed i 34 anni ed appartenevano ad entrambi i sessi.

Dei 12 pazienti con politelia (5 maschi e 7 femmine), 1 caso era bilaterale in regione sottomammaria (Fig. 1) ed i restanti 11 presentavano un capezzolo sovranumerario nella medesima regione. 8 di questi sono stati sottoposti ad exeresi chirurgica del capezzolo.

Delle 6 pazienti con polimastia, in 1 caso la ghiandola mammaria era collocata nell'ascella (Fig. 2) e nei restanti casi in regione sottomammaria. Tutte le pazienti sono

state sottoposte un'escissione ellittica centrata sul tessuto ectopico.

Nel caso di politelia associata a sindrome di Poland (Fig. 3) abbiamo optato per la sola exeresi del capezzolo in quanto, trattandosi di un maschio, non c'era necessità di trapianto protesico.

Il decorso postoperatorio è stato regolare in tutti i pazienti e non abbiamo riscontrato alcun tipo di complicanza.

## Risultati

Il follow-up va da uno e cinque anni.

In tutti i casi trattati abbiamo ottenuto un ottimo risultato estetico oltre che un notevole miglioramento della psiche e dell'autostima dei pazienti.

## Discussione

I segni e i sintomi di un tessuto mammario ectopico possono passare inosservati. Ad un esame fisico superficiale possono essere scambiati per un lipoma, una cisti, una linfadenopatia (per le localizzazioni ascellari) o per semplici nevi. Nelle donne, rispondendo questi tessuti ai normali stimoli ormonali, possono manifestarsi a partire dalla pubertà, evidenziarsi durante il periodo gestazionale e peggiorare con il puerperio. Le pazienti possono manifestare dolore o accusare problemi psicologici soprattutto in presenza di secrezione latte.

La presenza di una massa all'interno dell'ascella è spesso causa di fastidio sia fisico che psicologico per cui pazienti tendono a mantenere le braccia addotte. Questa postura obbligata è spesso causa di contrattura muscolare, con dolore irradiato alla regione cervicale e scapolare o di episodi di irritazione cutanea, soprattutto nel periodo estivo.

La presenza di tessuto mammario soprannumerario può essere associato ad anomalie di altri organi e apparati per cui è sempre indicato uno screening approfondito del paziente. Sono state descritte malformazioni cardiache, neurologiche e facciali ma le alterazioni più frequenti sono state osservate a carico del tratto genitourinario: stenosi uretrale, idronefrosi, agenesia renale, rene policistico, cancro del testicolo ed altre.

## Conclusioni

Il tessuto mammario ectopico non rappresenta soltanto un problema estetico, esso è anche soggetto alle stesse lesioni patologiche a cui può andare incontro una normale mammella: infezioni, ascessi, tumori benigni e maligni. Questo spiega l'importanza di una diagnosi precisa oltre che precoce e di un suo monitoraggio nel tempo.

La biopsia escissionale rappresenta un utile mezzo dia-

gnostico e terapeutico in presenza di lesioni sintomatiche, problemi estetici o impedimenti funzionali.

Riteniamo pertanto che l'asportazione chirurgica sia sempre indicata nei casi di polimastia. L'approccio chirurgico consiste in un'escissione ellittica centrata sul tessuto ectopico; per mascherare la cicatrice chirurgica si può ricorrere, ove possibile, a vie di accesso distanti od alla liposuzione.

La presenza di un capezzolo soprannumerario, invece, non pone indicazione assoluta al trattamento chirurgico. L'escissione, però, può diventare necessaria allorquando coesistano problemi di ordine estetico e/o psicologico.

## Riassunto

Il nostro studio è incentrato sull'approccio, la gestione ed il trattamento del paziente con politelia e mammella soprannumeraria e si pone come obiettivo la ricerca di un algoritmo terapeutico per queste patologie.

Abbiamo preso in considerazione 18 pazienti trattati dal 2006 al 2011 per anomalie congenite per eccesso a carico della mammella. Sono stati eseguiti 14 interventi chirurgici, di cui 8 per escissione del capezzolo soprannumerario (1 caso associato a S. Di Poland) e 6 per ablazione della mammella accessoria. Tutti i pazienti avevano un'età compresa tra i 15 ed i 34 anni ed appartenevano ad entrambi i sessi.

In 5 casi di polimastia è stata rilevata mastopatia fibrocistica nel tessuto mammario inviato all'esame istologico definitivo. I capezzoli ed i tessuti mammari dei restanti casi sono risultati normali. Dopo un follow-up da uno a cinque anni, in tutti i casi è stato raggiunto non solo un ottimo risultato di ordine estetico ma anche psicologico. In vista della trasformazione potenzialmente maligna della mammella accessoria, risulta necessaria una diagnosi precisa oltre che precoce ed un suo monitoraggio nel tempo. Riteniamo pertanto che l'asportazione chirurgica sia sempre necessaria nei casi di polimastia, mentre la consideriamo opzionabile nel trattamento della politelia, dove però, può risultare fondamentale in caso coesistano problemi di ordine estetico e/o psicologico da parte del paziente.

## Bibliografia

1. Sadove AM, van Aalst JA: *Congenital and acquired pediatric breast anomalies: A review of 20 years' experience*. 2005; 115(4):1039-50.
2. Magno S, Terribile D, Franceschini G, Fabbri C, Chiesa F, Di Leone A, Masetti R: *Accessory nipple reconstruction following a central quadrantectomy: A case report*. 2009; 2(1):32.
3. Figus A, Chiummariello S, Iera M, Alfano C: *Postoperative nipple-areola complex monitoring: The "trapdoor" dressing*. *Aesthetic Plast Surg*. 2008; 32(5):823-24. Epub 2008.
4. Loukas M, Clarke P, Tubbs RS: *Accessory breasts: A historical and current perspective*. *Am Surg*. 2007; 73(5):525-28.

5. Castaño-León AM, Eguren C, Daudén E: *Bilateral familial polythelia without associated malformations*. Actas Dermosifiliogr, 2010; 101(5):453-54.
6. Galli-Tsinopoulou A, Krohn C, Schmidt H: *Familial polythelia over three generations with polymastia in the youngest girl*. Eur J Pediatr, 2001; 160(6):375-77.
7. Téllez-Olvera A, Romero-Alvarez J, Salgado-Molina MA: *Poland's syndrome. Case report*. 2010; 48(1):79-82.