



Mama supranumeraria: resección mediante técnica abierta con dren *versus* sin dren

Supranumerary breast: resection by open technique with drain vs without drain

Alcibíades Aranda¹ , Fernando Valencia² , Ángela Merchán-Galvis³ 

- 1 Médico, residente de Cirugía general, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- 2 Médico, especialista en Cirugía general y Cirugía de mama; docente, Departamento de Ciencias Quirúrgicas, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- 3 Médica, MSc en Epidemiología clínica; docente, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Grupo de Investigación en Anestesiología GRIAN, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

Resumen

Introducción. El tejido mamario accesorio es una anomalía congénita que se presenta en el 2-6 % de la población femenina. En este tejido se pueden desarrollar las mismas patologías que en la mama normal. El manejo curativo es la resección quirúrgica. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados de la técnica de resección vía abierta de tejido mamario accesorio con dren vs sin dren.

Métodos. Se realizó un estudio observacional tipo cohorte retrospectivo, teniendo en cuenta dos grupos de pacientes con tejido mamario accesorio: a uno de ellos se les realizó resección quirúrgica mediante técnica abierta con dren y al otro grupo sin dren. Además, se incluyó un brazo prospectivo donde se evaluó la calidad de vida y la satisfacción de las pacientes con el resultado posoperatorio mediante el uso de la herramienta Breast-Q.

Resultados. Se recolectó la información de 82 pacientes, la mayoría mujeres; 22 se intervinieron con técnica con dren y 60 con técnica sin dren. 13,6 % de los pacientes presentaron complicaciones tempranas, siendo la infección de sitio operatorio la más frecuente (36,4 %). En general, las complicaciones fueron más comunes en el grupo con dren (40,9 % vs 3,4 %), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). La calidad de vida fue similar en ambos grupos.

Conclusiones. Los pacientes a quienes se les realizó resección de mama supernumeraria y se dejó un sistema de drenaje en el lecho de disección presentaron más complicaciones posoperatorias que las pacientes a quienes no se les dejó dren.

Palabras clave: mama; enfermedades de la mama; coristoma; cirugía; drenaje; complicaciones posoperatorias.

Fecha de recibido: 22/10/2022 - Fecha de aceptación: 5/11/2022 - Publicación en línea: 21/06/2023

Correspondencia: Alcibíades Aranda, calle 46N # 6-18, Popayán, Colombia. Teléfono: +57 3206651220.

Dirección electrónica: arandah@unicauca.edu.co

Citar como: Aranda A, Valencia F, Merchán-Galvis Á. Mama supranumeraria: resección mediante técnica abierta con dren versus sin dren. Rev Colomb Cir. 2023;38:624-31. <https://doi.org/10.30944/20117582.2278>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Accessory breast tissue is a congenital anomaly that occurs in 2-6% of the female population. It can develop the same pathologies that in the normal breast. The curative management of this pathology is surgical resection. The objective of this study was to compare the results of the accessory breast tissue open resection technique with a drain vs without a drain.

Methods. An observational retrospective cohort study was conducted considering two groups of patients with accessory breast tissue: one of them underwent surgical resection using an open technique with a drain and the other group without a drain. In addition, a prospective arm where the quality of life and satisfaction of the patients with the postoperative result was evaluated by the Breast-Q tool.

Results. Eighty-two patients were included, most of them women; 22 were operated with open technique with drain and 60 without drain. 13.6% of patients presented early complications, with surgical site infection being the most frequent (36.4%) and, in general, complications were more common in the group with drain (40.9% vs 3.4%) with a statistically significant difference ($p=0.000$). Quality of life was similar in both groups.

Conclusions. Patients who undergo supernumerary breast resection and leaving drainage in the dissection bed present more postoperative complications compared to those without drain.

Keywords: breast; breast diseases; choristoma; surgery; drainage; postoperative complications.

Introducción

El tejido mamario accesorio o polimastia es una anomalía congénita relativamente común, que se presenta en el 2-6 % de la población general¹. Se produce por una inadecuada involución de las líneas lácteas, que son engrosamientos de ectodermo que surgen en la vida embrionaria, surcando la cara ventral del embrión, desde la axila hasta la región inguinal; cuando falla la regresión de estas, aparece el tejido mamario ectópico. Este tejido tiene las mismas características que el ubicado en la región pectoral y en él pueden tener cuna las mismas patologías que se desarrollan en la mama normal².

Aproximadamente, el 70 % de las mujeres que padecen esta patología son completamente asintomáticas³; en el 30 % restante la sintomatología es variable, siendo la sensación de masa axilar el síntoma más común, aunque puede haber otras localizaciones como el dorso, flanco o vulva⁴. Las lesiones se pueden tornar dolorosas, incluso afectando los arcos de movimiento de las extremidades. Cuando se presentan, los síntomas usualmente inician en la pubertad o después de la gestación³.

El tratamiento definitivo es la cirugía, por lo que se han desarrollado diferentes técnicas con el fin de resecar totalmente el tejido mamario accesorio⁵. La técnica abierta es la más efectiva², pero también se ha descrito el uso de la liposucción, con el problema de que puede quedar tejido residual, por lo cual han surgido técnicas dirigidas con ecografía⁶ o asistidas con instrumentos como el Mammotome® (Devicor Medical Products, Inc.)⁷ o el microdebridador⁸, con el fin de lograr los mejores resultados.

El objetivo de este estudio fue describir los resultados posquirúrgicos en pacientes operados con técnica abierta, con o sin dren, y el nivel de satisfacción de los pacientes con el procedimiento.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, tipo cohorte retrospectivo, comparando dos grupos: en el primero, los pacientes a quienes se les realizó resección de tejido mamario accesorio mediante técnica abierta con dren y en el segundo, los pacientes a quienes se les operó con la técnica abierta sin dejar dren. Cada grupo de cirujanos tiene una técnica estandarizada (con o sin dren)

independiente del tamaño de la lesión. Además, se evaluó la satisfacción de los pacientes mediante el uso de la herramienta Breast-Q traducido a más de 30 idiomas y citado por un número creciente de publicaciones⁹, adaptada a las necesidades de este estudio que, de acuerdo con el instructivo para el uso del instrumento, esta adaptación no influye en el resultado, pues cada módulo se puede evaluar de manera independiente.

Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente para resección de tejido mamario accesorio mediante técnica abierta entre el 1° de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2019. Se excluyeron los pacientes intervenidos con otras técnicas o que hubieran recibido un manejo quirúrgico previo para la mama supranumeraria.

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics V.25. Se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; se exploraron las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Con la información obtenida se realizaron tablas del análisis univariado, como resumen de las características de la población incluida y los resultados posquirúrgicos de cada técnica empleada. Para determinar la asociación entre la técnica quirúrgica y las posibles complicaciones o grado de satisfacción del paciente con el procedimiento, se utilizó la prueba de Chi cuadrado o la prueba T, según correspondía.

Resultados

Durante los cuatro años de estudio, se llevaron a cirugía 82 pacientes para resección de tejido mamario accesorio, 81 de ellos fueron mujeres (98,6 %). La edad promedio de los pacientes fue de 34,5 años, con una desviación estándar (DE) de 12,4. Catorce pacientes tenían antecedentes médicos de importancia, dentro de los que se destacaba el sobrepeso (28,6 %), con un IMC promedio de 26,2 kg/m². Ningún paciente tenía antecedente familiar de mama supranumeraria (Tabla 1).

La mitad de los pacientes (n=42, 51,2 %) tenían una sola lesión y 40 pacientes (48,8 %) tenían lesiones bilaterales, de predominio en región axilar. La forma más común de mama supranumeraria fue la tipo Kajava 4 (50 %). Los síntomas

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes llevados a cirugía

Variable	n	%
Antecedentes médicos		
No	68	82,9
Sí	14	17,1
Antecedente		
Sobrepeso	4	28,6
Hipotiroidismo	2	14,3
Dislipidemia	2	14,3
Diabetes	2	14,3
Asma	1	7,1
Trombo embolismo pulmonar	1	7,1
Gastritis	1	7,1
Condición fibroquística de la mama	1	7,1
Ovario poliquístico	1	7,1
Vitiligo	1	7,1
Betatalasemia	1	7,1
IMC (kg/m ²)		
Media	26,2	
Desviación estándar	4,2	
Evolución de síntomas (días)		
Media	48,3	
Desviación estándar	53,7	
Mediana	24	
Min - Max	2-216	
Clasificación ASA*		
ASA I	47	57,3
ASA II	35	42,7
Numero de lesiones		
1	42	51,2
2	40	48,8
Lateralidad		
Bilateral	40	48,8
Derecha	27	32,9
Izquierda	15	18,3
Ubicación anatómica de las lesiones		
Axila	81	98,8
Abdomen	1	1,2
Clasificación de Kajava		
Desconocida	2	2,4
Kajava 1	22	26,8
Kajava 2	1	1,2
Kajava 3	15	18,3
Kajava 4	41	50
Kajava 5	1	1,2
Síntomas presentados		
Dolor	41	50
Sensación de masa	24	29,3
Limitación para el movimiento	12	14,6
Cambios inflamatorios	10	12,2
Salida de secreción	5	6,1

* ASA: *The American Society of Anesthesiologists*. Fuente: Elaboración propia de los autores.

más comunes fueron dolor (50 %) y sensación de masa (29,3 %).

El 62,2 % de los pacientes fue intervenido por el servicio de cirugía de mama y en el 73,2 % no se dejó dren. En 11 pacientes (13,6 %) se presentaron complicaciones tempranas, siendo la infección de sitio operatorio (ISO) la más frecuente (36,4 %), seguida por seroma (18,2 %). Respecto a las complicaciones tardías, 22 pacientes (27,2 %) refirieron dolor en el posoperatorio, con una intensidad promedio de 2,9 en la escala visual análoga del dolor (EVA) y 4 pacientes (4,9 %) presentaron retracciones (Tabla 2).

Utilizando la herramienta Breast-Q para evaluar la calidad de vida y la satisfacción con los resultados posquirúrgicos, obteniendo resultados de 79,75 en el módulo de bienestar psicosocial, 80,35 en bienestar sexual, 68,38 en bienestar físico y 82,88 en satisfacción con el resultado, lo que equivale a una buena calidad de vida y adecuada satisfacción con el resultado posquirúrgico (Figura 1).

Cuando se compararon las técnicas con dren y sin dren, se encontró que fueron más frecuentes las complicaciones en el grupo con dren (40,9 %) que en los pacientes sin dren (3,4 %), con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). También, los pacientes que fueron intervenidos con técnica sin dren tuvieron menor frecuencia de infección de sitio operatorio y seroma ($p=0,022$ y $p=0,003$ respectivamente) (Tabla 3).

Discusión

Existen diferentes técnicas para el manejo quirúrgico de la mama supranumeraria y, a pesar del desarrollo de técnicas de mínima invasión, las técnicas por vía abierta permanecen vigentes gracias a la escasa recidiva que presentan y a sus adecuados resultados. Particularmente este estudio buscó comparar los resultados posquirúrgicos de la técnica abierta con dren vs la técnica abierta sin dren en 82 pacientes intervenidos en nuestra institución durante cuatro años.

Los pacientes se encontraban alrededor de los 34 años, muy similar a lo que se ha reportado en la literatura^{1,10,11} y la gran mayoría eran

Tabla 2. Características del manejo quirúrgico

Variable	n	%
Especialidad que intervino		
Cirugía de mama	51	62,2
Cirugía general	28	34,1
Cirugía plástica	3	3,7
Participación del residente		
No	39	47,6
Sí	43	52,4
Técnica vía abierta utilizada		
Sin dren	60	73,2
Con dren	22	26,8
Retracciones		
No	77	95,1
Sí	4	4,9
Dolor posoperatorio		
No	59	72,8
Sí	22	27,2
EVA*		
Media	2,9	
Desviación estándar	1,5	
Mediana	3,0	
Mínima - Máxima	1-7	
Presentó alguna complicación		
No	70	86,4
Sí	11	13,6
Complicación presentada		
ISO**	4	36,4
Seroma	2	18,2
Dehiscencia de sutura	1	9,1
Ulceración en herida	1	9,1
Granuloma	1	9,1
Linfangitis	1	9,1
Cordón fibroso	1	9,1

* EVA: escala visual análoga del dolor; ** ISO: Infección de sitio operatorio. Fuente: Elaboración propia de los autores.

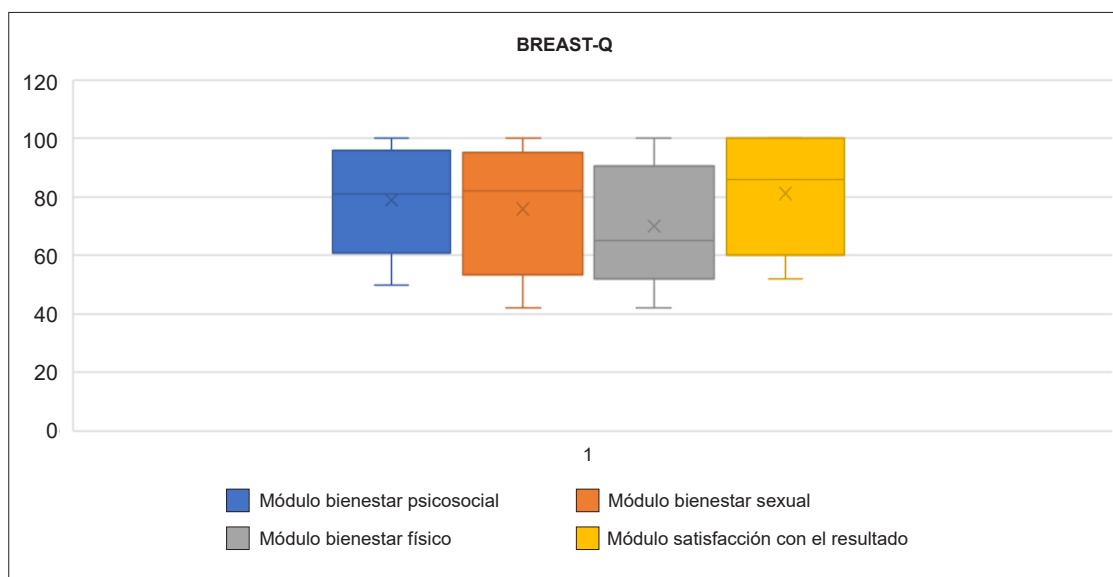


Figura 1. Resultados de la encuesta Breast-Q. Fuente: autoría propia.

Tabla 3. Análisis bivariado comparando las dos técnicas quirúrgicas vía abierta

Variable	Técnica			Valor p
	Sin dren n (%)	Con dren n (%)	Total n (%)	
Dolor posoperatorio	13 (22,0)	9 (40,9)	22 (27,2)	0,089
Retracciones	2 (3,4)	2 (9,1)	4 (4,9)	0,292
Complicaciones	2 (3,4)	9 (40,9)	11 (13,6)	0,000
ISO*	1 (1,7)	3 (14,3)	4 (4,9)	0,022
Dehiscencia	2 (3,3)	0 (0)	2 (2,5)	0,397
Seroma	0 (0)	3 (14,3)	3 (3,7)	0,003
Ulceración	1 (1,7)	1 (4,8)	2 (2,5)	0,431
Granuloma	0 (0)	1 (4,8)	1 (1,2)	0,089
Linfangitis	0 (0)	1 (4,8)	1 (1,2)	0,089
Cordón	1 (4,8)	0 (0)	1 (1,2)	0,552
Hematoma	1 (4,8)	0 (0)	1 (1,2)	0,089

* ISO: Infección de sitio operatorio. Fuente: Elaboración propia de los autores.

mujeres, en comparación con los hombres que solo alcanzaron el 1 %^{12,13}. A pesar de que se describe que los pacientes con tejido mamario accesorio pueden tener un componente genético con un patrón de herencia autosómico dominante¹⁴, en la cohorte estudiada, aunque pequeña, no se encontró ningún antecedente familiar de esta patología.

Entre los antecedentes personales, se destacó el sobrepeso, con IMC promedio de 26,2 kg/m², lo que podría ser relevante pues en la evidencia disponible no se ha reportado una asociación clara entre pacientes con mama supernumeraria y obesidad. Lo que sí se ha documentado es que, muchas veces en pacientes obesas, la sensación de masa a nivel axilar (uno de los síntomas más

frecuente de esta patología), es pasado por alto y se atribuye al aumento del tejido adiposo secundario a la obesidad de los pacientes³. El subtipo de mama supernumeraria más común fue el Kajava 4, similar a otros trabajos en India y China^{7,13}.

La mitad de nuestra población manifestó “dolor” como síntoma principal, e incluso en un 14 % ese dolor limitaba los arcos de movimiento del miembro superior, resultado inferior al reportado por Hwang¹, donde el 82 % de sus pacientes tenían como síntoma principal el dolor cíclico. Otro síntoma cardinal en nuestra población fue la sensación de masa (30 %), similar a lo reportado por Hanan³, quien dice que este síntoma aparece en el 60 % de los pacientes. No hay una explicación clara de por qué nuestros pacientes, a pesar de que referían dolor como síntoma principal, la frecuencia fue menor respecto a otros reportes; creemos que tal vez está relacionado con la mayor prevalencia de población indígena en nuestra zona geográfica, una etnia que es conocida por tener una mayor tolerancia al dolor¹⁵.

El porcentaje de complicaciones global fue del 13 %, siendo mayor en el grupo con dren (40 % vs 3,4 %); además, los pacientes intervenidos con técnica sin dren presentaron menos seromas ($p=0,003$) e ISO ($p=0,022$). Al comparar estos datos con otros trabajos de técnica abierta encontramos que, en el estudio de Hwang¹, donde realizaron resección de tejido mamario accesorio mediante técnica abierta sin dren, la tasa de complicación general fue del 36,2 %, 10 veces mayor a la reportada por nosotros, con una proporción similar de seromas (13,8 %) e ISO (3,4 %). Estos hallazgos harían pensar que el no dejar dren en el lecho quirúrgico lleva a mejores resultados en los pacientes, diferente a lo planteado por Bartsich¹⁶, quien concluyó que el uso del dren reduce la morbilidad de la cirugía. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela dado que si bien, por protocolo el grupo de cirujanos generales aplica la técnica con dren, en nueve pacientes este equipo cambió su conducta y no se describió en la nota operatoria las razones para elegir la técnica quirúrgica. Lo anterior podría considerarse un sesgo de selección; no obstante, esto sería más factible si se tratara de lesiones de gran tamaño donde se aplicara la técnica con dren.

Por otra parte, cuando se evaluó la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con los resultados postoperatorios utilizando la herramienta Breast-Q, no se encontraron diferencias entre las dos técnicas comparadas. Específicamente, se alcanzaron mejores resultados en los módulos de bienestar psicosocial y bienestar sexual, con puntajes alrededor de 80 puntos en ambos grupos. Sin embargo, no encontramos estudios que utilizaran esta herramienta en la evaluación de resultados en mama supranumeraria, por lo que no se pudo hacer comparaciones directas respecto con lo reportado por nuestros pacientes.

Una de las ventajas que ofrece este instrumento respecto a otros utilizados para evaluación de la calidad de vida y satisfacción con los resultados, es que el Breast-Q se centra en lo referido por el paciente y utiliza una medición tipo Rasch, lo que permite dar una apreciación cualitativa a cada módulo de manera independiente¹⁷; es decir, que puntajes más cercanos a 100 se asocian a más satisfacción. Por ejemplo, en el estudio realizado por Gallegos y colaboradores¹⁸, evaluaron la calidad de vida en reconstrucción mamaria posterior a mastectomía utilizando este instrumento, encontrando que en los módulos de satisfacción posquirúrgica todas las pacientes tenían una calificación mayor de 75 puntos, con valores prequirúrgicos por debajo de 40 puntos, mostrando que hubo una marcada mejoría en la calidad de vida en las pacientes intervenidas.

Este estudio tiene varias limitaciones, como es su naturaleza retrospectiva, por lo que se pudo incurrir en sesgo de información, ya que los datos fueron recolectados de las historias clínicas, algunas de ellas con subregistro; esto podría explicar la diferencia entre la frecuencia de síntomas reportados en nuestra población *versus* los reportados en otros trabajos. Por otra parte, el pequeño número de pacientes recolectados hace que el poder estadístico de los datos no sea el mejor. También hubiese tenido mayor peso si se hubiera aplicado la herramienta Breast-Q como parte del abordaje prequirúrgico del paciente, para tener un punto de comparación para los resultados posquirúrgicos. Sin embargo, hay varios aspectos a resaltar, como lo es el hecho de ser el primer estudio en nuestra región que evalúa los beneficios de utilizar técnicas abiertas con o

sin dren en el manejo quirúrgico por vía abierta de la mama supranumeraria. Cabe mencionar que las complicaciones en nuestros pacientes fueron pocas y los resultados posquirúrgicos y de calidad de vida son buenos, seguramente porque la mayoría de los pacientes son intervenidos por el grupo de cirugía de mama de nuestro hospital, lo que da un valor agregado y se refleja en los resultados documentados.

Conclusión

En los pacientes a quienes se les realizó resección de mama supranumeraria con un cierre hermético por planos de los tejidos, sin dejar un sistema de drenaje en el lecho de disección, el desenlace postoperatorio en cuanto a complicaciones fue mejor, comparado con los pacientes a quienes se les dejó dren. Sin embargo, se requieren estudios más grandes y aleatorizados para poder definir cuál es la mejor técnica en el manejo quirúrgico de la mama supranumeraria.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se diligenció el consentimiento informado por parte de los pacientes que aceptaron participar en el brazo prospectivo del estudio para evaluar la calidad de vida. Se consideró que el brazo retrospectivo del estudio, por ser observacional, no implicó ningún riesgo para los pacientes y no se requería consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de nuestro hospital mediante el acta No. 09-2020.

Conflictos de intereses: Los autores del estudio declararon no tener conflictos de interés.

Fuentes de financiación: Ninguna fuente externa declarada por los autores.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño del estudio: Fernando Valencia, Alcibíades Aranda, Ángela Merchán
- Adquisición de datos: Alcibíades Aranda
- Análisis e interpretación de datos: Alcibíades Aranda, Fernando Valencia, Ángela Merchán
- Redacción del manuscrito: Alcibíades Aranda, Ángela Merchán
- Revisión crítica: Ángela Merchán, Fernando Valencia

Referencias

- 1 Hwang SB, Choi BS, Byun GY, Koo BH, Lee SR. Accessory axillary breast excision with liposuction using minimal incision: A preliminary report. *Aesthetic Plast Surg.* 2017;41:10-8. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0729-3>
- 2 Araco A, Gravante G, Gentile P, Araco F, Delogu D, Cervelli V. Accessory axillary breast tissues. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30:727-8. <https://doi.org/10.1007/s00266-006-0117-5>
- 3 Alghamdi H, Abdelhadi M. Accessory breasts: When to excise? *Breast J.* 2005;11:155-7. <https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2005.21623.x>
- 4 Buitrago-Flechas SM, Barrera-Latorre SJ, Morante-Cai-cedo C. Tejido mamario ectópico en vulva: reporte de caso y revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2021;72:271-90. <https://doi.org/10.18597/rcog.3593>
- 5 Duscher D, Kiesel D, Aitzetmüller M, Schmidt M, Hue-mer GM. Correction of polymastia vera class I with skin-sparing mastectomy and immediate rib-sparing DIEP-flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2017;5(1):e1192. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001192>
- 6 Ha YI, Park ES. Treatment of accessory axillary breast tissue using ultrasound-assisted liposuction with pull-out method. *J Korean Soc Aesthetic Plast Surg.* 2010;16:157-60.
- 7 Tang X. Mammotome-assisted liposuction: A novel technique for accessory breasts. *Aesthetic Plast Surg.* 2017;41:517-23. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0775-x>
- 8 Jeremy SM, Jack CS, Vincent YKL, Evan WKY. The use of microdebrider for the treatment of accessory axillary breast. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012;65:e301-4. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2012.05.023>
- 9 Cohen WA, Mundy LR, Ballard TNS, Klassen A, Cano SJ, Browne J, et al. The BREAST-Q in surgical research: A review of the literature 2009–2015. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2016;69:149-62. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2015.11.013>
- 10 Lee SR, Lee SG, Byun GY, Kim MJ, Koo BH. Axillary accessory breast: Optimal time for operation. *Aesthetic Plast Surg.* 2018;42:1231-43. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1128-8>
- 11 Kim YS. Correction of accessory axillary breast tissue without visible scar. *Aesthetic Surg J.* 2004;24:531-5. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2004.08.004>
- 12 Singal R, Mehta SK, Bala J, Zaman M, Mittal A, Gupta G, et al. A study of evaluation and management of rare congenital breast diseases. *J Clin Diagn Res.* 2016;10:PC18-PC24. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/21077.8648>
- 13 Bhave MA. Axillary breast: Navigating uncharted terrain. *Indian J Plast Surg.* 2015;48:283-7. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.173126>

- 14 Lim HS, Kim SJ, Baek JM, Kim JW, Shin SS, Seon HJ, et al. Sonographic findings of accessory breast tissue in axilla and related diseases. *J Ultrasound Med.* 2017;36:1469-78. <https://doi.org/10.7863/ultra.16.06056>
- 15 Palit S, Kerr KL, Kuhn BL, Terry EL, DelVentura JL, Bartley EJ, et al. Exploring pain processing differences in Native Americans. *Health Psychology.* 2013;32:1127-36.
- 16 Bartsich SA, Ofodile FA. Accessory breast tissue in the axilla: Classification and treatment. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128:35e-6e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182173f95>
- 17 Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Pusic AL. A closer look at the BREAST-Q®. *Clin Plast Surg.* 2013;40:287-96. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2012.12.002>
- 18 Gallegos-Sierra C, Morales-Flores EA, Villarreal-Salgado JL, Hernández-Gómez G, Ramos-Guerrero JA. Calidad de vida en reconstrucción mamaria postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q®. *Cir Plast Ibero-latinoam.* 2019;45:369-76. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922019000400006>