

Caso clínico

MASTITIS GRANULOMATOSA CRÓNICA IDIOPÁTICA Idiopathic chronic granulomatous mastitis

Juan Matzumura Kasano¹, Percy Prialé De la Peña², Hugo Gutiérrez Crespo³

Resumen

La mastitis granulomatosa crónica idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna de la mama que se presenta con poca frecuencia y de etiología desconocida, cuyo diagnóstico clínico no es habitual debido a la ausencia de manifestaciones específicas, simulando en algunos casos un carcinoma de mama, por lo cual su diagnóstico definitivo es histopatológico. Según los últimos reportes epidemiológicos, afecta a mujeres durante su etapa reproductiva. Se comunica el caso de una paciente de 35 años sin antecedentes familiares de importancia, cuyo diagnóstico final se estableció mediante estudio histopatológico.

Palabras clave: mastitis, enfermedades de la mama

Abstract

The idiopathic granulomatous mastitis is a benign inflammatory disease of the breast which appears with some frequency and with unknown etiology, which clinical diagnosis is not typical as a result of absence of specific demonstrations, simulating, in some cases, a breast carcinoma, so its definitive diagnosis is histopathological. This disease affects women in their reproductive stage. We inform about a case of a woman patient of 35 years old without family precedents, which final diagnosis was established by a histopathological study.

Keyword: Mastitis - Breast Diseases

Introducción

La mastitis granulomatosa crónica idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna que se presenta con poca frecuencia. Fue descrita por primera vez por Kessler y Wolloch¹ en el año 1972. Desde esa fecha se asocia con una respuesta inmunológica humoral de origen anormal; también se la relaciona con el uso de anticonceptivos orales.² Cabe señalar que existen reportes de su asociación con eritema nodoso, lupus e hiperprolactinemia y, por último, se ha sugerido la existencia de algún organismo infeccioso aun no diagnosticado.³

Esta enfermedad afecta principalmente a mujeres en edad fértil que cursan o han cursado un embarazo o una lactancia reciente. En algunos casos, los aspectos clínicos y mamográficos pueden simular el desarrollo de un carcinoma intraductal de mama, enfermedad de Paget o procesos inflamatorios mamarios de origen benigno de diferentes etiologías. Desde el punto de vista morfológico, aparece como una placa constituida por la

presencia de eritema, escama e infiltración; generalmente es unilateral, de consistencia dura y evolución crónica.⁴

Durante la exploración de la mama se puede realizar algunos hallazgos que generan confusión en el diagnóstico; pueden palpase adenopatías axilares y observar la retracción del pezón. Por ello, el estudio histopatológico constituye una ayuda importante para el diagnóstico preciso.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, reside actualmente en Lima, ama de casa, no presenta historia familiar con antecedentes de cáncer de mama. G1P1: parto eutócico hace 5 años; refiere alergia a ciprofloxacino. Acude a consulta desde el 7 diciembre de 2007, manifestando dolor en mama izquierda que al tacto tiene mayor sensibilidad; no presenta antecedentes de golpes. Al realizar el examen físico de la mama izquierda presenta eritema sensible de 4 x 3 cm con tumefacción subyacente en un radio de 7 a 11 horas a 3 cm del pezón; no presenta secreciones ni adenopatías a nivel axilar.

Se inicia tratamiento con clindamicina 300 mg/6h x 5 días, amikacina 1 gr diario x 5 días, prednisona 50 mg diario por 3 días, para control posterior en 7 días.

¹ Médico Ginecólogo-Obstetra, Profesor asociado de la Facultad de Obstetricia y Enfermería USMP. Jefe de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Policlínico Peruano Japonés.

² Médico Ginecólogo – Obstetra del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Policlínico Peruano Japonés.

³ Obstetra, Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Policlínico Peruano Japonés.

El 15 de diciembre, la ecografía de mama muestra como resultado compatibilidad con mastopatía fibroquística; al examen físico persiste la sensibilidad a la presión y disminución del eritema presentado anteriormente. El 27 de diciembre, persiste mastodinea y acude a otro control, en el que se sospecha de neoplasia de mama y

se solicita una nueva mamografía, cuyo informe detalla: Birads (0) ecografía de mamas reporta formación tumoral en mama izquierda de límites mal definidos de 3 cm de diámetro. Según estos hallazgos se solicita repetir mamografía cuyo resultado es Birads (0) (Figura 1)

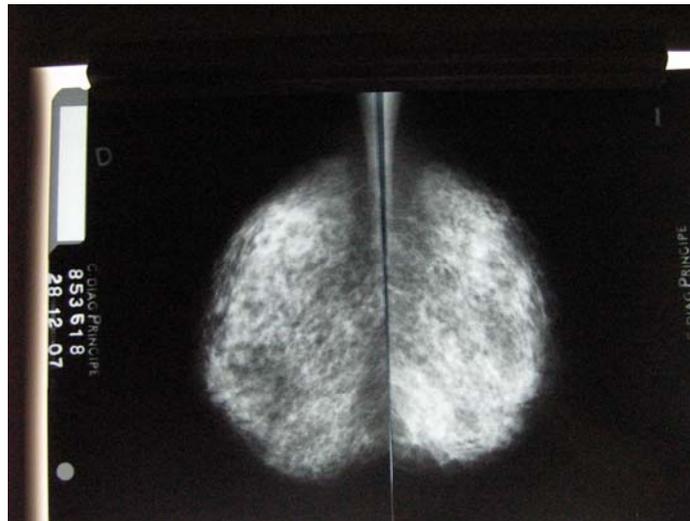


Figura 1

Según los últimos resultados e informes, se realizó biopsia percutánea de mama izquierda el día 7 de enero de 2008, cuyo informe anatómico patológico es: muestra de masa ovoide irregular de tejido blanco amarillento de

consistencia firme, estructura compacta cuyo diámetro es 4 x 2,5 cm, mastitis granulomatosa crónica idiopática. (Figura 2,3)



Figura 2

Evolución post operatoria cursa con hematoma y posterior reabsorción. El 1 de marzo de 2008 presenta secreción por borde inferior de la cicatriz periaerolar sin dolor, al examen orificio fistuloso por donde drena secreción serohemática.



Figura 3

El día 15 de marzo se realiza control, apreciando secreción solo a la presión. Se observa la fístula cerrada, no flogosis y se le inicia tratamiento con vitamina E, 400 mg diarios por 6 meses.

DISCUSIÓN

La mastitis granulomatosa crónica idiopática es una enfermedad benigna de la mama poco frecuente, que según su definición etiológica aún no es muy conocida y se puede considerar de interés por la confusión diagnóstica por parte de algunos especialistas. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre los 30 a 40 años.⁶ Se han realizado diversas teorías sobre su etiología, Kessler y Wolloch y otros autores sugieren un origen autoinmune.¹ También se ha sugerido una respuesta inmune de origen local a la extravasación de secreciones lácteas desde los lobulillos, provocando una reacción a cuerpo extraño; por otro lado, se ha reportado una asociación con el eritema nodoso, lupus, la hiperprolactinemia y, por último, se ha sugerido la existencia de algún organismo infeccioso como causante de una reacción alérgica a cuerpo extraño. Se manifiesta con una o más masas mamarias ubicadas por fuera de la areola, habitualmente unilateral, de consistencia firme, a veces con inflamación cutánea y que puede evolucionar a la abscedación, fistulación y supuraciones crónicas. La presencia de estas lesiones puede semejar la presencia de cáncer de mama.

Las técnicas de imaginología utilizadas en la actualidad no permiten realizar aproximaciones diagnósticas específicas y conlleva a sospechar de una lesión maligna. La ecografía sugiere observar masas tubulares hipoecogénicas, continuas, y asociadas a una masa hipoecogénica grande.⁷

En el estudio anatomopatológico macroscópico la lesión se presenta como una masa de consistencia firme y dura, cuya arquitectura nodular forma focos abscedados en algunos casos. Histológicamente los lobulillos mamarios evidencian una reacción inflamatoria granulomatosa, compuesta por histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, además de linfocitos y eventualmente leucocitos polinucleares. En algunos casos se puede observar necrosis y acumulación de polimorfonucleares formando abscesos, los mismos que pueden desarrollar fibrosis con alteración de la arquitectura lobulillar y producir atrofia y degeneración del epitelio.^{8,9}

El diagnóstico diferencial más importante se establece entre un carcinoma intraductal de mama o enfermedad de Paget, por presentar un cuadro clínico similar. Desde el punto de vista histopatológico se sospecha de otros procesos granulomatosos: como infecciones por tuberculosis mamaria, infección por *Mycobacterium*

Avium en pacientes inmunocomprometidas e infección por hongos de tipo *Histoplasma Capsulatum*.⁷ En la actualidad se recomienda realizar técnicas moleculares como PCR que poseen mayor sensibilidad para detectar *Mycobacterium Tuberculosis*.

Los primeros reportes sobre el tratamiento de la mastitis granulomatosa crónica idiopática recomendaban la resección quirúrgica completa en busca de erradicar la enfermedad, pero los resultados iniciales producían defectos cosméticos notorios y el porcentaje de recidivas era elevado con la consecuente formación de abscesos y fístulas. La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas en el tratamiento de las diversas patologías de la mama recomienda realizar una cirugía conservadora.^{10,11}

Es importante el tratamiento complementario con el uso de corticoides por vía oral, siendo la prednisona la droga más utilizada a dosis de 0,5 mg/kg/día, obteniéndose buenos resultados en un período entre tres y 12 semanas. Durante el seguimiento y control se recomienda programar por un período largo, dado que muchos casos presentan recurrencias luego del drenaje de lesiones biopsiadas.

La mastitis granulomatosa crónica idiopática es una de las patologías poco conocidas. Puede simular cáncer intraductal mamario y debe ser tomada como diagnóstico probable para evitar en lo posible realizar procedimientos quirúrgicos radicales.⁴ La importancia de reportar este caso orienta a evitar fallas en el diagnóstico clínico o por imágenes, lo que permitirá brindar un oportuno y correcto tratamiento a los pacientes que presentan esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler E, Wolloch Y: Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1972; 58: 642-6.
2. Memis A, Bilgen E, Ustun EE, Ozdemir N, Erhan Y, Kapkac M. Granulomatous mastitis: imaging findings with histopathologic correlation. *Clin Radiol* 2002;57:1001-6.
3. Adams DH, Hubscher SG, Scott DGI: Granulomatous mastitis - a rare cause of erythema nodosum. *Postgraduate Med J* 1987; 63: 581-2.
4. Medina Diana, Calderón Claudia. Mastitis granulomatosa idiopática.. *Comunicación de dos casos. Dermatología Rev.Mex.* 2005;49:260-4
5. Donn MD, Rebbeck P, Wilson C, Andjilks CB.

Idiopathic granulomatous mastitis: a report of three cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med 1994; 18:822-5

6. Perez Juan A, Bohle Jhon. Mastitis granulomatosa idiopática, diagnóstico y tratamiento en 14 casos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59-N°4, Agosto 2007; 259-263.

7. Kfoury H, Al Bhlal L: Granulomatous lobular mastitis: A clinicopathological study of 12 cases. Ann Saudi Med 1997; 17: 43-46.

8. Jorgensen M, Nielsen D: Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. Am J Med 1992; 93: 97-101.

9. Kocaoglu M, Somuncu I, Ors F, Bulakbasi N, Tayfun C, Ilkbahar S. Imaging findings in idiopathic granulomatous mastitis: a review with emphasis on magnetic resonance imaging. J Comput Assist Tomogr 2004;28(5):635-41.

10. Asoglu O, Ozmen V, Karanlik H, Tunaci M, Cabioglu N, Igci A, et al. Feasibility of surgical management in patients with granulomatous mastitis. Breast J 2005; 11:108-11.

11. Evans A, Wilson A, Blamey R. Atlas of breast disease management: 50 illustrative cases. London: Saunders, 1998;pp:74-75.

Correspondencia electrónica:

Juan Matzumura Kasano: jmatzumura@yahoo.com

Recepción del artículo: 12/09/08

Aceptación del artículo: 21/11/08