

MASTITIS GRANULOMATOSA CRÓNICA: «la gran simuladora»



GAY, Mariana; MORALES, M. Celeste; GODOY M. Soledad; DECCÓ Marianela; GÓMEZ PIAZZA, Sebastián R.
Sanatorio Adventista del Plata.

Entre Ríos, Argentina.

mariana.gay@outlook.com.ar

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses

Objetivos

- Describir y analizar las características clínicas y radiológicas de Mastitis Granulomatosas Crónicas (MGC) y la importancia de diferenciarlas del cáncer de mama.
- Revisión de casos con diagnóstico histológico de MGC y su correlación con múltiples métodos de imágenes mamarias en 10 casos diagnosticados en nuestra institución (2018/2023)

Revisión del tema

La MGC es una patología muy poco frecuente, caracterizada por la aparición de granulomas en el estroma glandular, generalmente afecta a mujeres en edad fértil, con hallazgos clínicos e imagenológicos que simulan patología infecciosa o neoplásica, de allí su importancia en realizar un diagnóstico adecuado y oportuno.

Clínicamente se presenta con masa palpable dolorosa, mastalgia y alteraciones inflamatorias cutáneas.

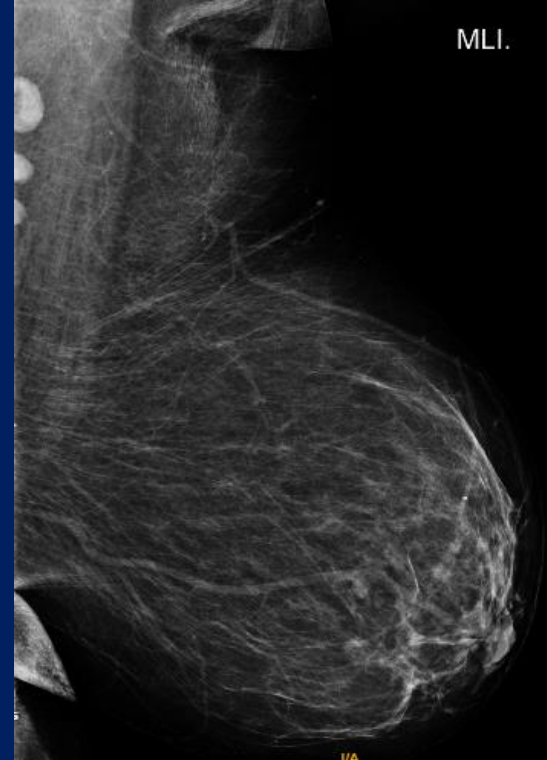
El diagnóstico presuntivo se realiza por ecografía, mamografía y resonancia; el diagnóstico definitivo es histológico.

El tratamiento de elección suele ser conservador (inmunosupresor), aunque en algunos casos se puede llegar al tratamiento quirúrgico.

Los hallazgos son la asimetría de densidad o masa irregular, asociados a engrosamiento de la piel y adenopatías axilares; no suele manifestarse con microcalcificaciones. En general, la afectación es unilateral y de localización periférica.

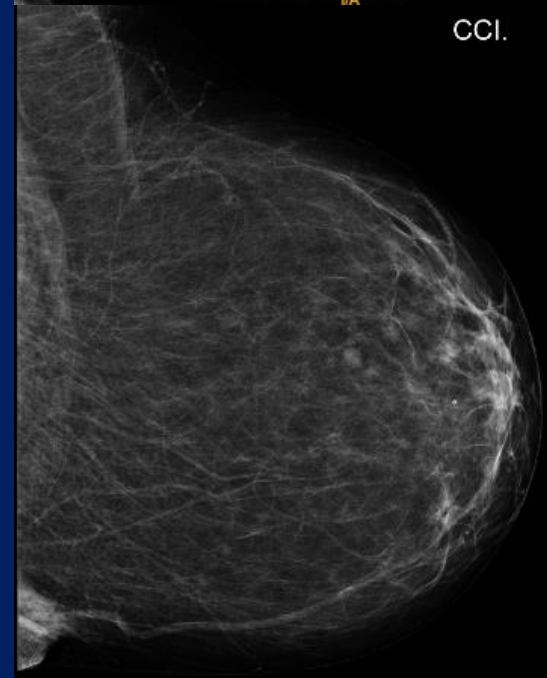
En nuestros casos, las manifestaciones mamográficas fueron:

MLI.

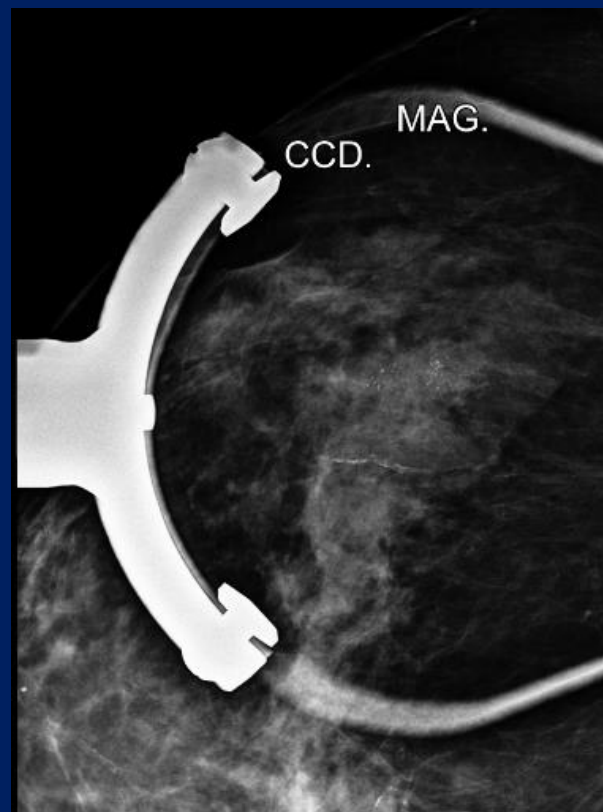


I/A

CCI.

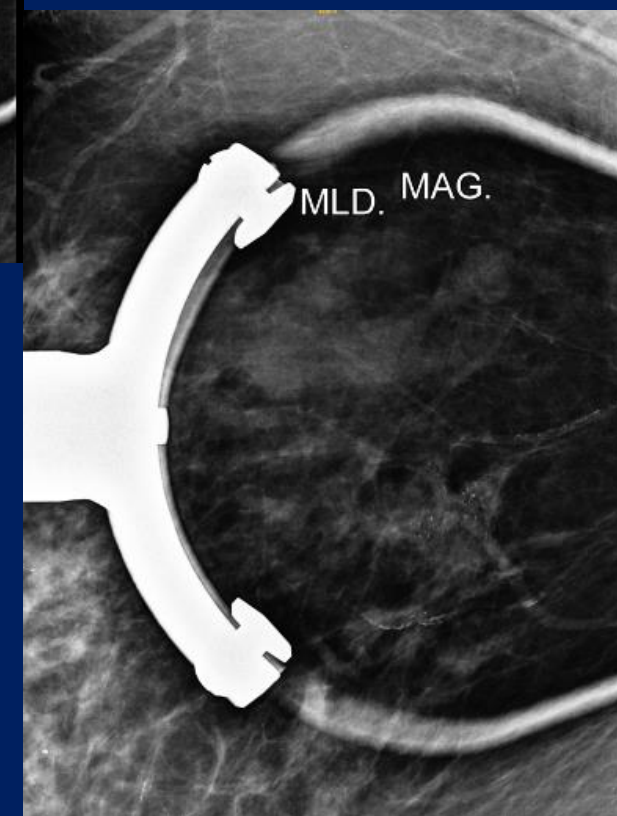


Nódulo de mediana radiodensidad de márgenes oscurecidos, con ganglios axilares homolaterales prominentes.



CCD. MAG.

Microcalcificaciones agrupadas amorfas

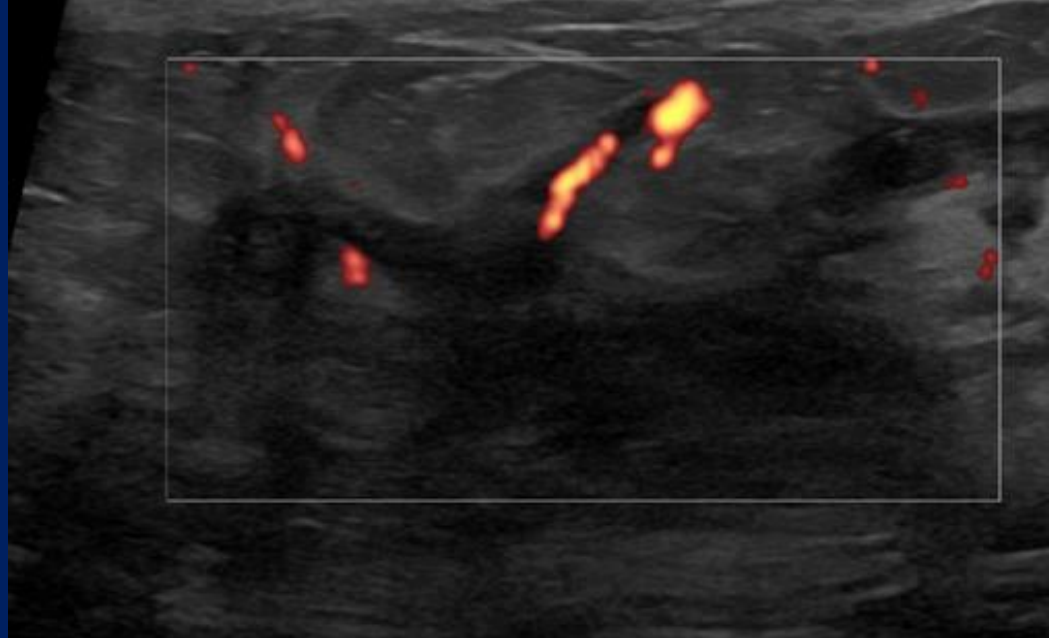


MLD. MAG.

US

En la bibliografía se describe como masa hipoecoica irregular, heterogénea y de tamaño variable, con extensiones tubulares hacia el TCS o a la piel. Además, puede haber edema y engrosamiento de la piel, retracción del pezón, ulceración o fístulas y adenopatías axilares homolaterales(15-20%).

En nuestros casos, las manifestaciones al US fueron:

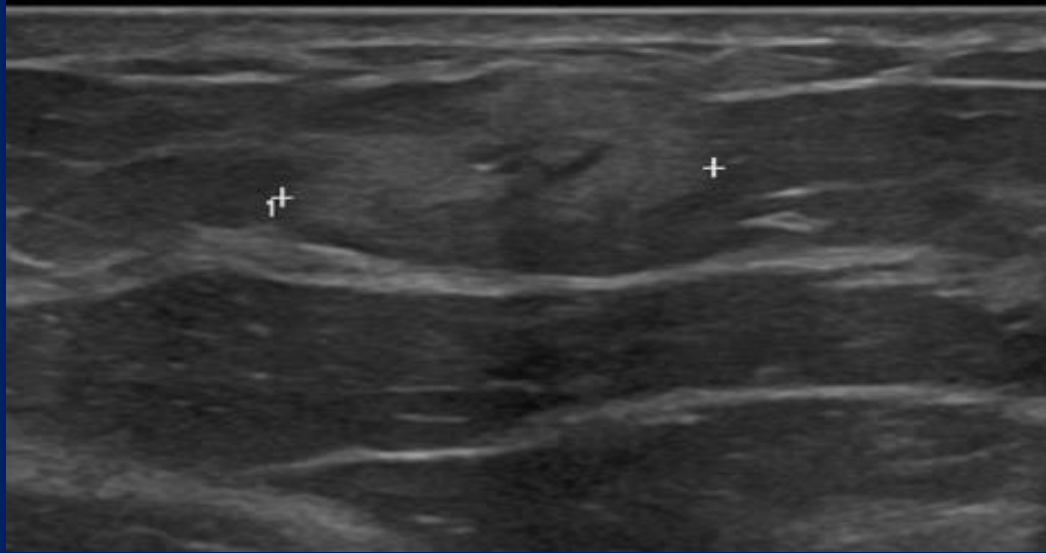


Extensa lesión sólida hipoechoica irregular e infiltrativa, con extensión de la lesión hacia pezón y al plano cutáneo

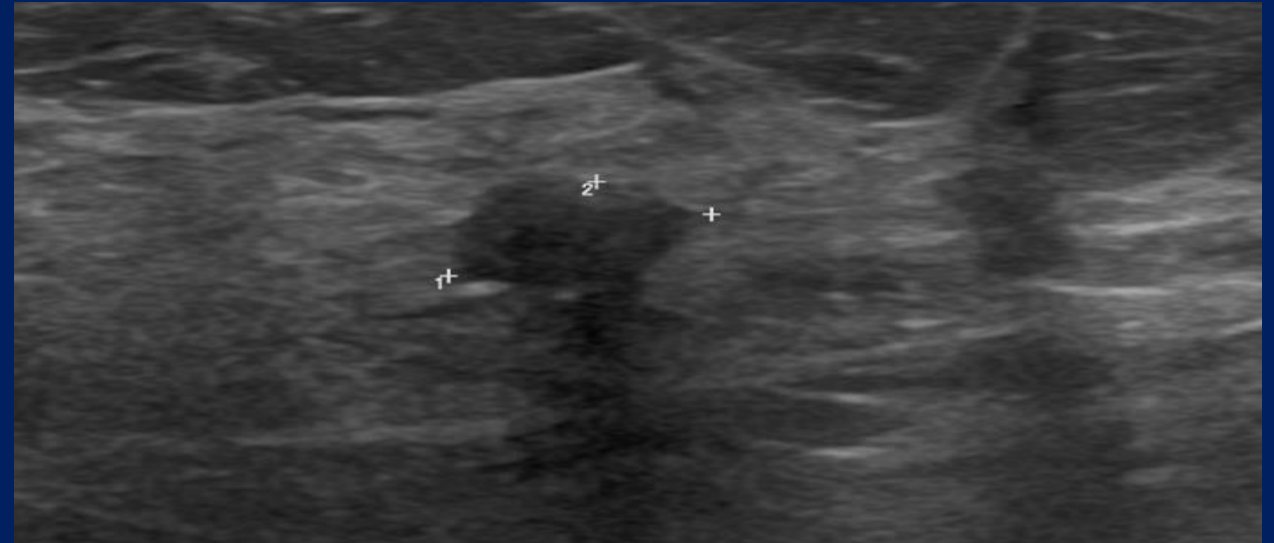


Adenopatía axilar homolateral.





Lesión nodular hiperecoica no circunscripta, con centro hipoecoico irregular y escasa vascularización al Doppler color.



Nódulo sólido hipoecoico con sombra sónica posterior.

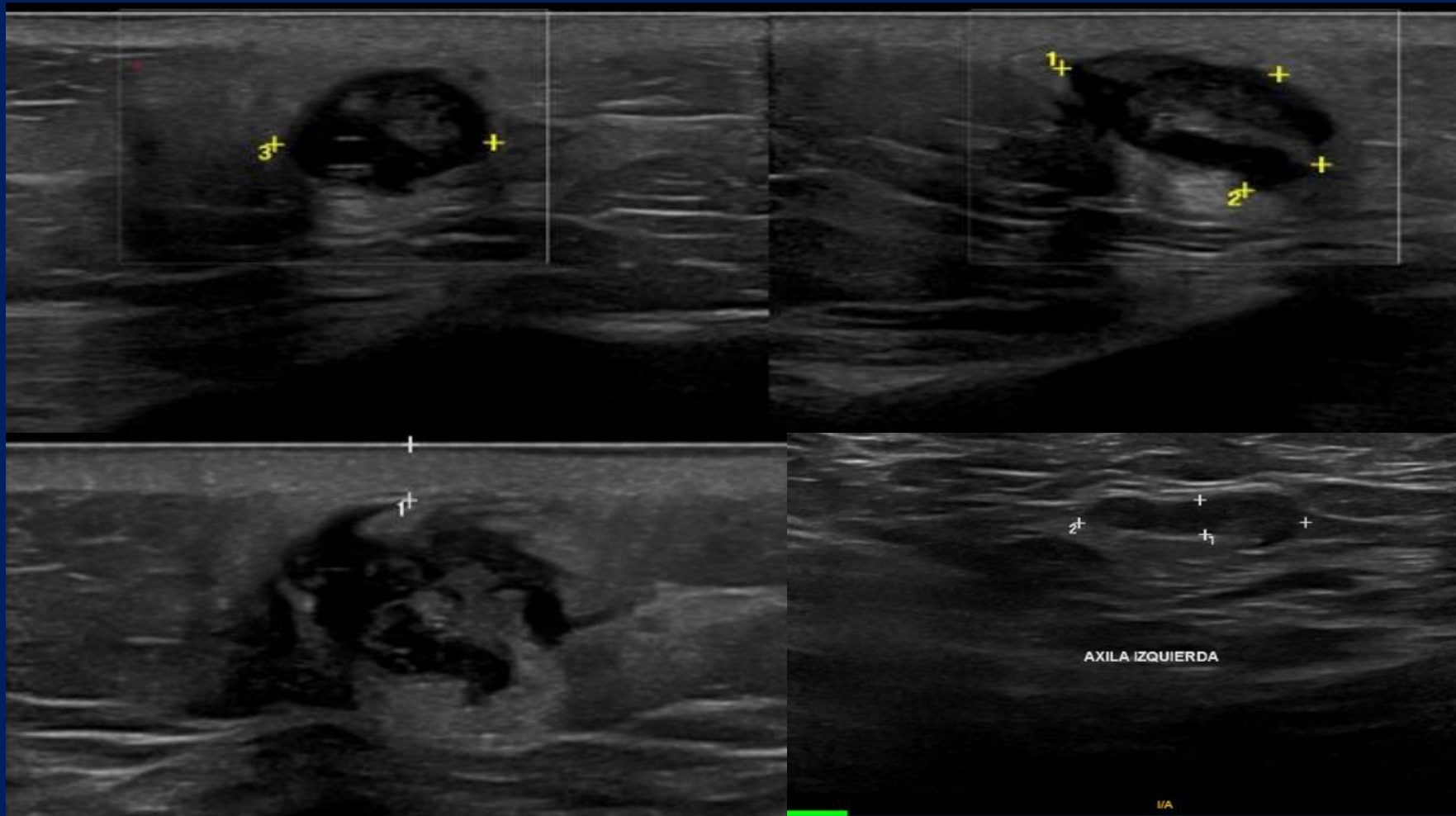


Imagen nodular hipoeoica heterogénea, con áreas quísticas, avascular, asociada a discreto engrosamiento del plano cutáneo regional y adenopatía axilar homolateral.

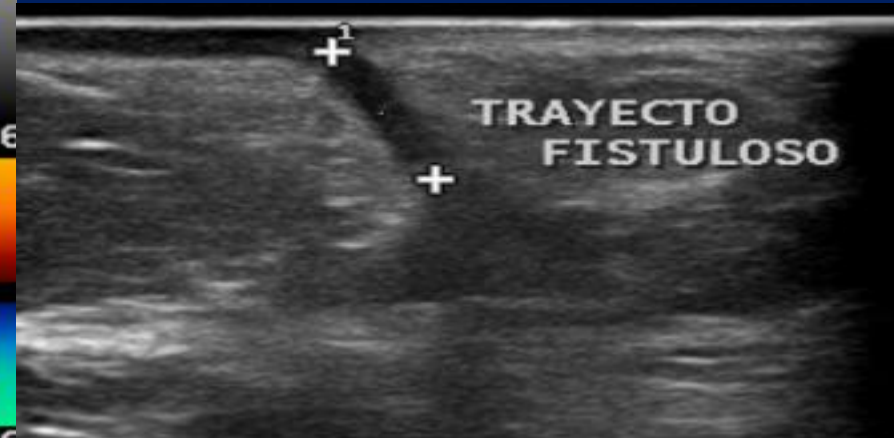
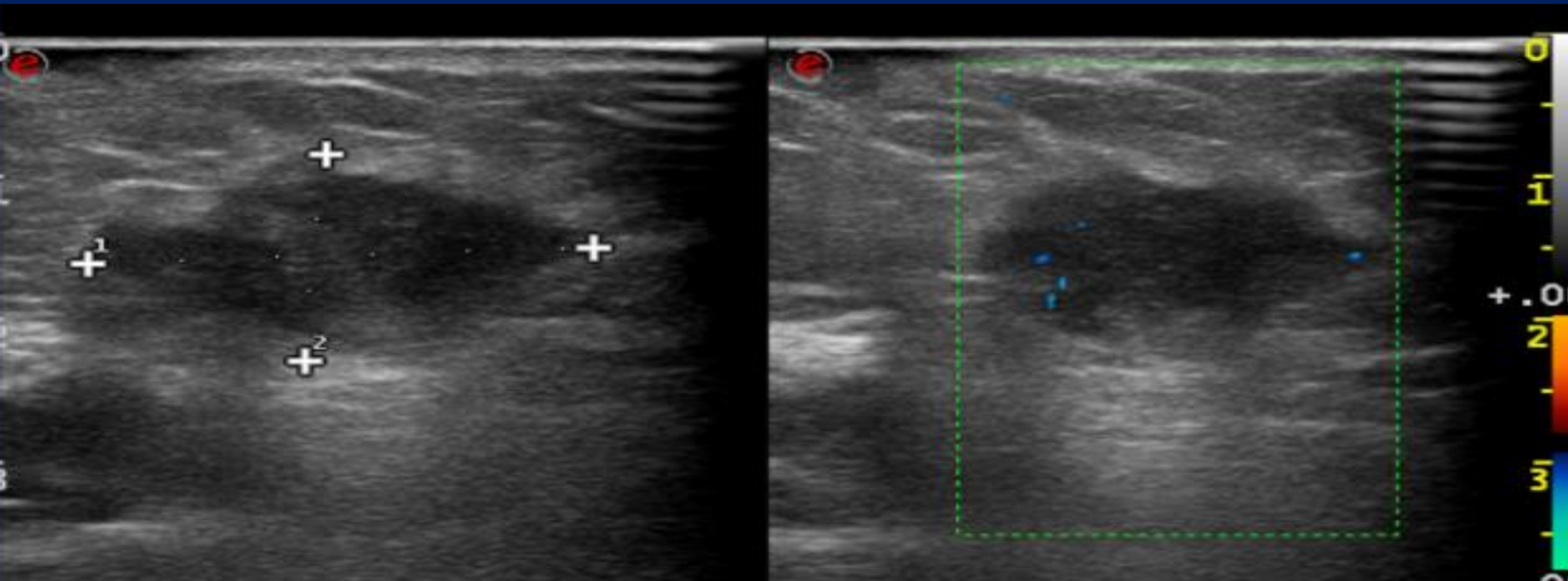


Imagen nodular heterogénea, hipoeoica en relación con absceso con fístula a piel.

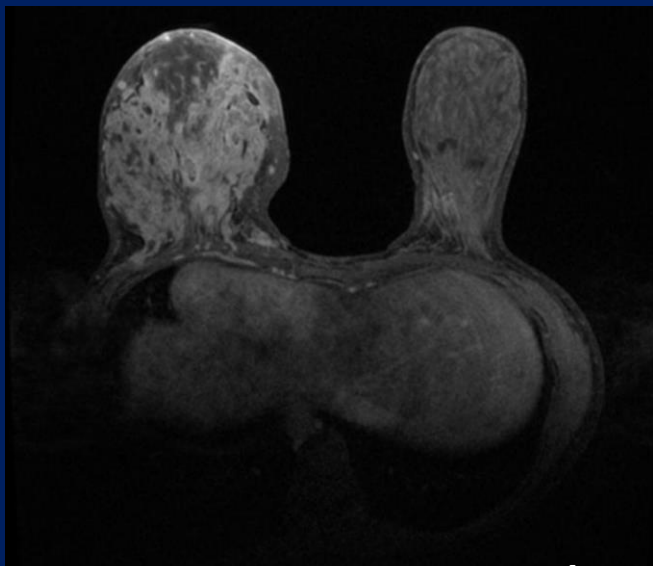


*Imagen nodular irregular ,
microlobulada con vascularización
periférica, asociada a engrosamiento
dérmico regional.*

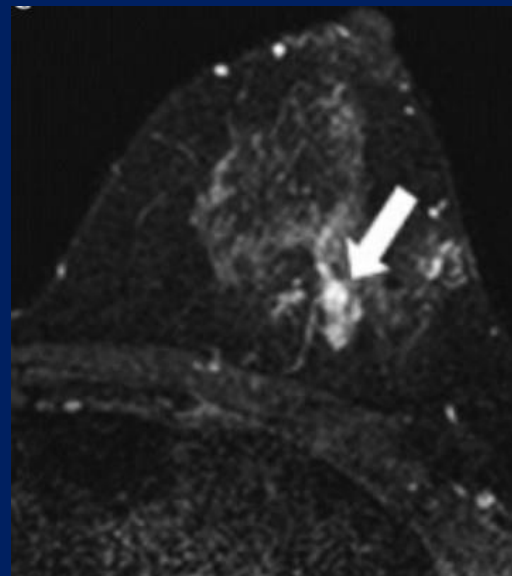
RM

En RM el patrón más frecuente es el de realce no masa regional o segmentario con lesiones con captación en anillo patrón “en empedrado” (que reflejan los microabscesos asociados al proceso inflamatorio granulomatoso), además puede objetivarse edema (hiperintensidad en secuencia potenciada en T2) y restricción de la difusión.

Hallazgos asociados: adenopatías axilares y engrosamiento cutáneo. Las curvas tiempo-intensidad de señal muestran intensa captación inicial y posterior meseta-lavado.

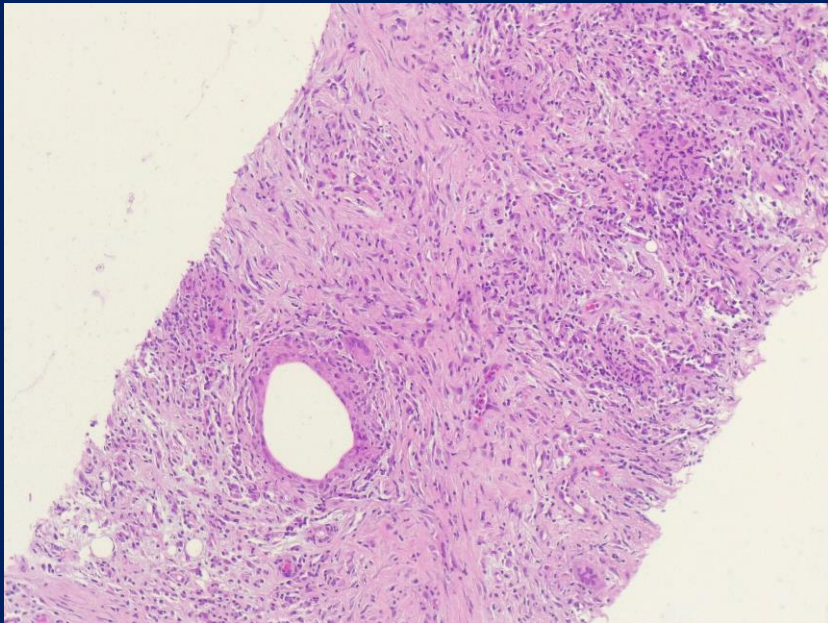


Realce tipo no masa que ocupa prácticamente toda la mama izquierda tras la administración de gadolinio.

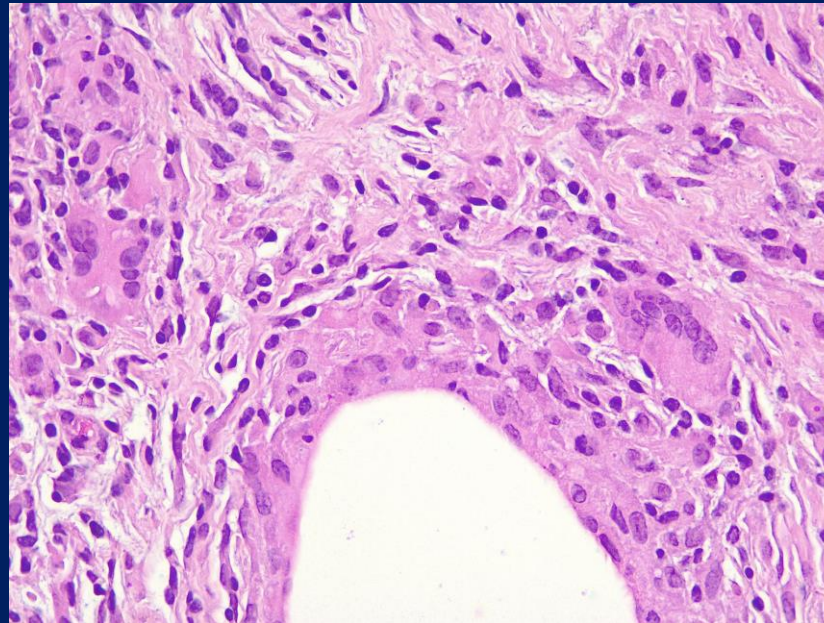


Realce nodular heterogéneo

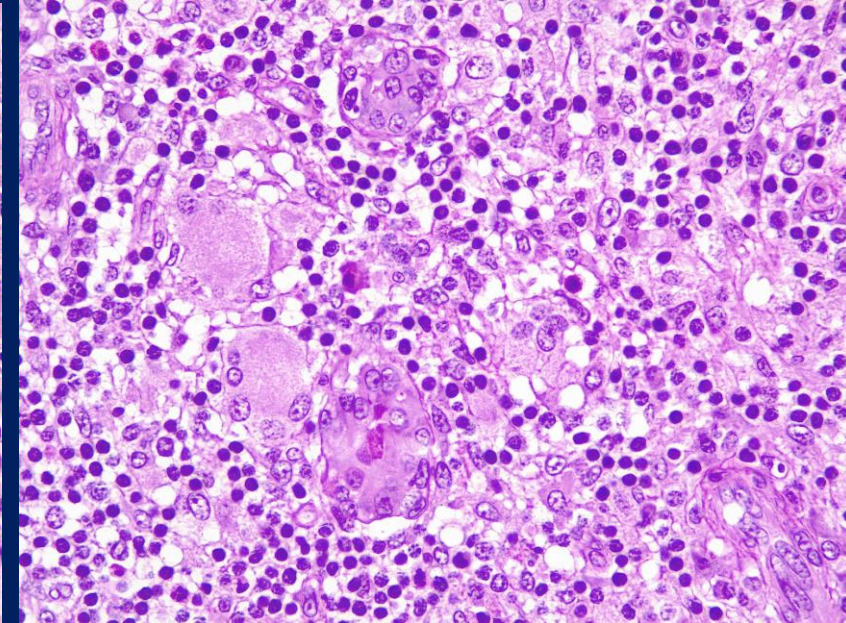
Histológicamente hay un infiltrado inflamatorio crónico con la presencia de granulomas formados por histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y linfocitos y células plasmáticas afectando a los lóbulos mamarios, causando una lobulitis granulomatosa, sin evidencia de necrosis caseosa ni microorganismos



Core-Biopsy 10x



Core-Biopsy 4x



Biopsia quirúrgica 4x

TTO

La enfermedad tiene una evolución clínica lenta, con tendencia a la recaída (16 a 50%) y requiere seguimiento a largo plazo por equipo multidisciplinar.

La bibliografía reporta que hasta un 50% de pacientes tuvieron resolución espontánea completa de MG, con intervalo promedio de 14.5 meses.

El tratamiento de elección conservador es la administración de esteroides, aunque en algunos casos (recidivante o resistente al tratamiento inicial) se debe utilizar tratamiento inmunosupresor (metotrexato) o cirugía.

CONCLUSIONES

- ✓ La MGC es una enfermedad de difícil diagnóstico, con hallazgos clínicos y radiológicos que pueden simular los del carcinoma de mama.
- ✓ El análisis de nuestros casos demostró que las mujeres en edad fértil, con masa dolorosa palpable de aparición reciente asociada a úlceras/ fístulas a piel, con examen de US que presenta masa heterogénea hipoecoica de forma irregular, deben hacernos pensarla como diagnóstico diferencial.
- ✓ El ultrasonido es el método más utilizado por mejor rendimiento, y sirve de guía para punción histológica diagnóstica (gold standard)
- ✓ El abordaje no invasivo y seguimiento clínico fueron los métodos de tratamiento preferido en nuestros casos.

BIBLIOGRAFÍA



A. Mariscal Martínez ; D. Durany Lara; S. Vizcaya Martín; J. Arce Gil; MC Sánchez Torres; JC Quintero Rivera; Mastitis Granulomatosa. Hallazgos mamográficos, ecográficos y por RM; con correlación Anatómo-patológica. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-1571>
Vargas-Hernández VM. Mastitis granulomatosa idiopática. Rev Hosp Jua Mex. 2014;81 (3):174-181.

Guio Ávila, José Ismael; Cruz Rueda, Ángela Rocío; Pérez Morón, Javier Enrique; "Mastitis granulomatosa: presentación clínica, imagenológica e histológica. Serie de casos." 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.11.003>

J.F. Barco-Manrique, et al.: Mastitis granulomatosa, un reto radiológico. Rev.Chil.Radiol. 2021;27(3):127-131. https://www.resochradi.com/files/rchrad_21_27_3_127-131.pdf

Tamara Ramirez P. y cols. Mastitis granulomatosa idiopática: 10 años de experiencia en el Centro de Imagenología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev.Chil.Obstet Ginecol.2015; 80(2): 111 - 118

Juan Antonio Pérez P. y cols. Mastitis granulomatosa idiopática. Diagnóstico y tratamiento en 14 casos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - No 4, Agosto 2007

Barreto, DS, Sedgwick, EL, Nagi, CS et al. Mastitis granulomatosa: etiología, imagenología, patología, tratamiento y hallazgos clínicos. Breast Cancer Res Treat 171 , 527–534 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4870-3>

D. Martínez Ramos, y cols., Mastitis granulomatosa idiopática. Análisis descriptivo de 10 casos en una unidad de referencia española. Revista Argentina de Mastología. 2019; 38; 138.

Manrique Zegarra, D. M., Arenas García, D. M. F., Sánchez García, D. D., Bueno Zamora, D. Óscar, Olcoz Monreal, D. F., & García Laborda, D. E. (2021). Mastitis granulomatosa idiopática: hallazgos radiológicos y propuesta de algoritmo diagnóstico. *Seram*, 1(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4275>

O. Benítez Dupin, C. Estrada Blan, A. Tejerina Bernal, M. Díaz-Miguel Maseda, A. Cazorla, A. Franco; Madrid/ES. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0764>