



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-571 - MASTOPATÍA DIABÉTICA: LA GRAN SIMULADORA

Navarro Martínez, Rebeca; Guerrero, Raúl; Fernández Planas, Sara; Al Ashtar, Wassim; Martínez Guimerá, David; Landero, Leónidas Alejandro; Dulin, Shantall; Vallverdú Cartie, Helena

Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

Resumen

Introducción: La mastopatía diabética es una complicación poco frecuente de la diabetes mellitus (DM) de larga evolución, más frecuente en insulínodpendientes, entre 20 y 50 años. Clínicamente suele manifestarse como un nódulo retroareolar unilateral palpable e indoloro, de consistencia pétrea. En la mamografía se observa asimetría focal y un aumento de la densidad del parénquima mamario. Ecográficamente, se manifiesta como un nódulo sólido, mal definido, heterogéneo, con sombra acústica posterior. Para el diagnóstico de certeza se precisa de biopsia con aguja gruesa (BAG) de la lesión. El estudio anatomopatológico suele mostrar fibrosis extensa e infiltración de linfocitos tipo B. Su manejo es conservador: se basa en un buen control de las cifras de glicemia y seguimiento clínico/radiológico.

Caso clínico: Paciente de 31 años que como único antecedente patológico presenta DM tipo 1, diagnosticada a los 5 años, tratada con bomba de insulina, con valores de HbA1c discretamente elevados (8,5-9%). Además, presenta retinopatía diabética moderada. Nulípara. Menarquia a los 13 años. Sin antecedentes familiares de interés. Consulta por mastalgia y nódulo palpable retroareolar derecho de 2 días de evolución. Se indica ecografía mamaria, que informa de lesión de bordes no circunscritos de patrón ductal o periductal de aproximadamente $5 \times 4 \times 2,8$ cm de diámetro (BI-RADS 4B). En la ecografía axilar no se evidencian adenopatías sospechosas de malignidad. Se plantea diagnóstico diferencial entre mastopatía diabética *versus* proceso neoplásico, por lo que se efectúa BAG multidireccional. Se descartaron procesos infecciosos e inflamatorios dado que no había datos clínicos ni analíticos sugerentes de los mismos. El estudio anatomopatológico objetiva parénquima mamario sin evidencia de malignidad, fibrosis densa estromal e inflamación crónica linfocitaria periductal y perivascular. Hallazgos histológicos compatibles con la sospecha diagnóstica de mastopatía diabética. Se decide seguimiento por endocrinología y nueva ecografía a los 6 meses. En la visita de control, la paciente presenta remisión clínica y radiológica.

Discusión: La mastopatía diabética es una entidad muy poco frecuente. Dada su clínica, se plantea generalmente el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios/infecciosos y neoplásicos. Respecto a las mastitis infecciosas o de otro origen, la anamnesis y exploración física suele ser suficiente para diferenciar ambas entidades (signos inflamatorios, fiebre, absceso...). No obstante, la mastopatía diabética suele ser indistinguible tanto clínica como radiológicamente de una lesión maligna, por lo que para su diagnóstico es necesario el estudio histopatológico mediante BAG. Aunque su origen es multifactorial, parece tener una base autoinmune por lo que suele asociarse a otras enfermedades inmunológicas como el hipotiroidismo. El tratamiento es sintomático y se fundamenta en el buen control de la DM. Aunque las recurrencias suelen ser frecuentes, la mastopatía diabética no confiere un riesgo aumentado de neoplasia mamaria ni de malignización. Por tanto, es indispensable incluir esta patología en el diagnóstico diferencial del nódulo

mamario para evitar procedimientos invasivos o quirúrgicos innecesarios que por otro lado solo aportan mayor ansiedad y efectos adversos a la paciente.