

CASO CLÍNICO

Mastopatía diabética: lesión poco conocida que simula un cáncer de mama

A.M. Arnal Burró^{a,*}, A. Moreno Reviriego^a, E. Asensio Díaz^b, E.M. Martín Medrano^a, I. González Blanco^a, C. Cantos García^a, I. García Serna^a y F. Labarga Rodríguez^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Recibido el 2 de abril de 2012; aceptado el 29 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus;
Mastopatía diabética;
Cáncer de mama

KEYWORDS

Diabetes mellitus;
Diabetic mastopathy;
Breast cancer

Resumen La mastopatía diabética es una complicación poco frecuente y poco conocida de la diabetes mellitus, que puede simular un cáncer de mama. La forma más frecuente de presentación es un nódulo indoloro de consistencia pétrea y de márgenes irregulares. Los resultados de las pruebas diagnósticas de imagen son inespecíficos, siendo imprescindible para su diagnóstico el estudio anatomo-patológico que pondrá de manifiesto fibrosis estromal asociada a ductitis, lobulitis y vasculitis linfocítica.

Presentamos el caso de una paciente diabética tipo 1 de 33 años de evolución que consultó por un nódulo en la mama, el cual fue sometido a estudio mamográfico y ecográfico, con diagnóstico de lesión sospechosa de malignidad (BIRADS IV). Se realizó una biopsia con aguja gruesa y el resultado anatomo-patológico fue compatible con mastopatía diabética.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Diabetic mastopathy: a little-known lesion mimicking breast carcinoma

Abstract Diabetic mastopathy is an uncommon complication that usually occurs in patients with longstanding diabetes mellitus. This entity often presents as a palpable hard and irregular mass that mimics breast carcinoma. Imaging features are nonspecific and a histological diagnosis is required to exclude malignancy. The pathological features of diabetic mastopathy show dense keloid-like fibrosis associated with lymphocytic ductulitis, lobulitis and vasculitis. We report the case of a woman with a longstanding history of insulin-dependent diabetes mellitus and a hard, painless and irregular mass in her breast. Mammography and ultrasound examination showed a suspicious lesion (BIRADS IV). Sonographically-guided core biopsy of the mass was performed and pathological features revealed fibrosis compatible with diabetic mastopathy.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.arnal@hotmail.com (A.M. Arnal Burró).

Introducción

La mastopatía diabética es una entidad poco frecuente que característicamente acontece en mujeres premenopáusicas con historia de diabetes mellitus tipo 1 de larga data, aunque también puede presentarse en pacientes con diabetes tipo 2, alteraciones tiroideas o incluso en hombres asociada a ginecomastia^{1,2}. Esta enfermedad mamaria fue descrita por primera vez por Soler y Khadri en 1984 y debe incluirse entre las complicaciones crónicas de la diabetes, tales como la retinopatía o nefropatía diabética.

Presentamos el caso de una paciente insulinodependiente que consultó por un nódulo en mama derecha y que tras estudios de imagen inespecíficos se llegó al diagnóstico de mastopatía diabética.

Caso clínico

Paciente nulípara de 46 años con diabetes mellitus insulino-dependiente de 33 años de evolución, sin otro antecedente personal de interés salvo una dislipidemia de varios años de evolución.

Es derivada a la consulta de ginecología por un nódulo indoloro de un mes de evolución en cuadrante superoexterno de mama derecha. En la exploración se observa un nódulo de 2 cm, de límites imprecisos y de consistencia pétrea, que se somete a estudio mamográfico y ecográfico. En la mamografía se encuentra una densidad focal asimétrica en cuadrante superoexterno de mama derecha sin visualizarse ningún nódulo dominante (fig. 1) y el estudio ecográfico descubre una lesión seudonodular de 17 mm de diámetro con ecogenicidad heterogénea (fig. 2), contornos irregulares y con una moderada sombra acústica posterior. La lesión es clasificada como BIRADS IV (lesión sospechosa de malignidad que debe ser sometida a estudio anatomopatológico).

Se realiza en dicha zona una punción con aguja gruesa (BAG) con trucut de calibre 18, siendo el resultado anatomicopatológico de intensa fibrosis con pequeños cúmulos de elementos inflamatorios.

En el contexto clínico de la paciente, se etiqueta esta lesión como mastopatía diabética, no siendo necesario un tratamiento quirúrgico y realizando controles anuales con mamografía de la lesión. Se ha realizado un control al año, permaneciendo la lesión estable.

Discusión

La mastopatía diabética es una proliferación nodular fibrosa y simétrica que ocurre en un 13% de las pacientes insulino-dependientes de larga evolución, y cuya importancia radica –más que en las consecuencias de la lesión propiamente dicha– en que simula muchas veces una lesión maligna³. Han sido muchos los estudios que han intentado demostrar su asociación con uso de anticonceptivos orales, terapia insulínica o inadecuado control glucémico de las pacientes, sin obtener resultados estadísticamente significativos. Las únicas variables que tienen una fuerte asociación con el desarrollo de esta entidad son la neuropatía y la retinopatía diabética⁴. En estas pacientes el riesgo de desarrollar un cáncer de mama no se ha visto incrementado.



Figura 1 Mamografía donde se visualiza en cuadrante superoexterno una densidad asimétrica sin observarse un claro nódulo predominante.

Desde de punto de vista de su incidencia, esta afección supone el 1% de todas las lesiones benignas de mama. Su etiopatogenia es multifactorial y se asocia al depósito estromal de colágeno y a una infiltración de linfocitos B de causa autoinmune. Es por esto que la mastopatía diabética

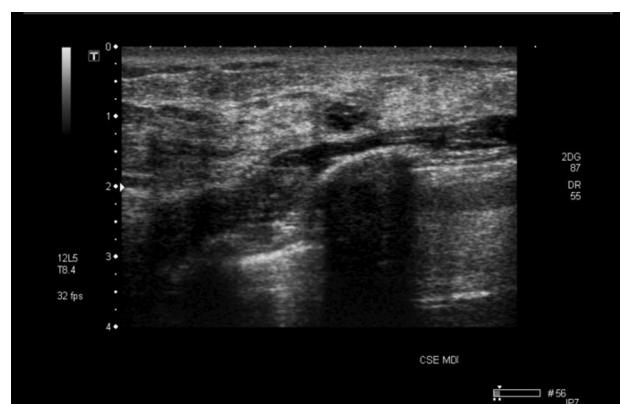


Figura 2 Ecografía con lesión seudonodular con marcada sombra acústica posterior.

puede coexistir con otros trastornos autoinmunitarios, especialmente enfermedad tiroidea y presencia de anticuerpos antiparietales⁴.

Clinicamente se caracteriza por presentar uno o más nódulos mamarios no dolorosos, de tamaño variable y consistencia dura, teniendo predilección por la zona subareolar. No se encuentran adheridos a planos profundos, pero presentan en un gran porcentaje de casos un rápido crecimiento, motivo por el que muchas veces pueden ser confundidos con un carcinoma de mama.

En cuanto al diagnóstico por imagen, este tipo de lesiones se traducen en la mamografía como una asimetría de densidad entre ambas mamas, sin observarse ningún nódulo dominante ni microcalcificaciones sospechosas. Los hallazgos mamográficos son poco específicos y por ello esta es una prueba diagnóstica poco específica, aunque debe realizarse en todos los casos⁵. Mediante un estudio ecográfico se descubren lesiones mal definidas, sólidas e hipoecoicas con una característica sombra acústica posterior, más intensa que en la mayoría de los cánceres. Con el Doppler se observa que generalmente no existe captación, algo que habla a favor de una lesión benigna, ya que el cáncer de mama presenta una hipervascularización que se refleja mediante esta técnica⁵. Tras la administración de contraste en la RM el hallazgo más frecuente es el realce nodular multifocal con curvas de captación, velocidad y lavado no concluyentes de lesión maligna⁶.

Al ser las manifestaciones radiológicas no concluyentes, es necesario confirmar el diagnóstico con una biopsia con aguja gruesa o incluso con una biopsia escisional, siendo los hallazgos histopatológicos característicos una fibrosis estromal asociada a una infiltración linfocítica perivasicular y periductal. Estas células fibroblásticas y miofibroblásticas en ocasiones presentan cierto grado de pleomorfismo nuclear que puede inducir a confusión con un carcinoma. Sin embargo, no expresan marcadores epiteliales como las citoqueratinas, aunque sí presentan positividad a vimentina y actina de músculo liso, marcadores que confirman su naturaleza fibroblástica. No aparecen infartos, esteatonecrosis, ectasia ductal ni otras alteraciones inflamatorias².

Las manifestaciones clínicas y radiológicas de esta enfermedad hacen difícil el diagnóstico diferencial con el cáncer de mama. Un diagnóstico adecuado mediante biopsia y el conocimiento de la existencia de esta enfermedad evitan la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias⁷, sobretratamientos y la consiguiente ansiedad de la paciente ante una enfermedad de muy diferente pronóstico. El diagnóstico de mastopatía diabética puede ser complicado y –dificultoso incluso histológicamente– y se deben excluir otras enfermedades mamarias como la mastitis de células plasmáticas, la mastitis granulomatosa, la mastopatía fibroquística, los linfomas no hodgkinianos primarios y el carcinoma lobular invasivo⁸. Los criterios para el diagnóstico de la mastopatía diabética no están claramente establecidos, aunque los más importantes son⁹:

- Paciente con historia de diabetes mellitus de larga evolución.

- Nódulo no doloroso uni o bilateral de consistencia dura y bordes poco definidos.
- Aumento de densidad en estudio mamográfico e importante sombra acústica posterior en la ecografía.
- Biopsia de la lesión con fibrosis estromal con infiltración linfocitaria periductal, lobular y perivasicular.

No se ha demostrado que esta entidad presente un riesgo de desarrollo de carcinomas ni linfomas¹⁰, pero se debe realizar un seguimiento anual mediante ecografía o mamografía, según la edad de la paciente, ya que el número y tamaño de este tipo de lesiones aumenta frecuentemente con la edad. En el caso de aparición de nueva enfermedad sospechosa, esta será subsidiaria de nuevo estudio anatopatológico.

Hasta un 63% de las mastopatías diabéticas recurren tras su escisión quirúrgica y tienden a hacerlo en la misma localización con un mayor tamaño, algo que hace pensar que la cirugía exacerbía esta recurrencia. El tratamiento quirúrgico no estaría indicado y lo adecuado ante este tipo de lesiones es el seguimiento anual tras un estudio anatopatológico que confirmara que estamos ante una mastopatía diabética.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Murakami R, Kumita S, Yamaguchi K, Ueda T. Diabetic mastopathy mimicking breast cancer. Clinical Imaging. 2009;33:234-6.
2. Martínez Agulló A, Caballero Garate A, Lloret Pastor C, Burgués Gasión O, Ampudia-Blasco FJ. Mastopatía diabética: diagnóstico y tratamiento. Av Diabetol. 2008;24:210-3.
3. Lakshmanan R, Clarke MJ, Putti TC. Diabetic fibrous mastopathy. Singapore Med J. 2007;48:579.
4. Mackey SP, Sinha S, Pusey J, Chia Y, McPherson GA. Breast carcinoma in diabetic mastopathy. Breast. 2005;14: 392-8.
5. Mysler D, Sarquis F, Castro Barba M, Blejman O, Miller B, Lorusso C, et al. Imágenes en mastopatía diabética. Rev Chil Radiol. 2009;15:192-6.
6. Kopans DB. Breast Imaging. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
7. Ricart Selma V, Camps Herrero J, Martínez Rubio C, Cano Muñoz R, González Noguera PJ, Forment Navarro M, et al. Mastopatía diabética: clínica, hallazgos radiológicos y anatopatológicos y tratamiento. Radiología. 2011;53:349-54.
8. Ferri J, Ampudia-Blasco FJ, Caballero AJ, Martínez-Agulló A, Carmena R. Mastopatía diabética en una mujer con diabetes mellitus tipo 1 de larga evolución: descripción de una entidad poco conocida. Av Diabetol. 2007;23:237-40.
9. Baratelli GM, Riva C. Diabetic fibrous mastopathy: sonographic-pathologic correlation. J Clin Ultrasound. 2005;33: 34-7.
10. Román Santamaría J, Moreno E, Arantxa M, Santana López P. Mastopatía diabética. Presentación de un caso. Rev Venez Oncol. 2008;20:23-8.