

Diagnóstico y tratamiento de la Mastitis Granulomatosa Idiopática: a propósito de un caso

Diagnosis and Treatment of Idiopathic Granulomatous Mastitis: a case report

SUMMARY

Idiopathic granulomatous mastitis (IGM) is a benign, inflammatory breast disease of unknown etiology, which tends to be clinically confused with breast carcinoma. Case: A 28 year-old female developed a left breast mass. The clinical presentation and mammographic findings were suspicious for carcinoma. Histopathologic examination revealed a noncaseating granulomatous lesion, associated with dense inflammatory infiltrate and microabscesses, and no evidence of malignancy. Further clinical, radiologic and laboratory tests disclosed no etiology. Therefore, the case was treated as IGM. The treatment was surgery plus prednisone for 3 weeks. The patient is free of recurrence 4 months after treatment. Conclusion: IGM is clinically difficult to distinguish from carcinoma of the breast. In the differential diagnosis all known causes of granulomatous changes have to be excluded before a diagnosis of IGM is made. Treatment options include surgery plus prednisone, with strict follow-ups every 3 months, due to a high recurrence potential.

Clínica San Rafael. San José.
Costa Rica.

Correspondencia:
Dra. M. Aguilar.
Clínica San Rafael.
Apartado Postal 25 - 4050 Alajuela.
Correo electrónico:
senologia@racsa.co.cr

Palabras clave:
Mastitis. Granulomatosa. Idiopática.

Key words:
Mastitis. Granulomatous. Idiopathic.

INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria benigna rara, que se caracteriza por la formación de abscesos y granulomas y que en muchas ocasiones se confunde con un carcinoma¹. En lo que respecta a la etiología se ha asociado a procesos autoinmunes, poliartritis, al eritema nodoso, e incluso a la toma de anticonceptivos orales². La mayoría de mujeres son sometidas a una resección quirúrgica, para hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma, con resultados diversos. Otros han usado corticoides como tratamiento principal^{11,16}. Presentamos el caso de una mujer que desarrolló una Mastitis Granulomatosa en edad fértil.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 28 años, con antecedentes de toma de anticonceptivos orales durante 5 años, sin historia previa de traumatismo en la mama, exposición a tuberculosis, o historia familiar de patología mamaria. A la exploración clínica presenta una tumoración dura, no móvil, a nivel del cuadrante supero-interno de la mama izquierda, de 6 x 4,5 cm. de diámetro de 3 semanas de evolución y asociada a rubor, calor e inflamación. La mamografía indica una asimetría mamaria tanto en la densidad como en el patrón estructural del parénquima en cuadrante supero-interno sin microcalcificaciones agrupadas que sugieran malignidad. La ecografía establece un patrón de tipo mixto, con edema de mama

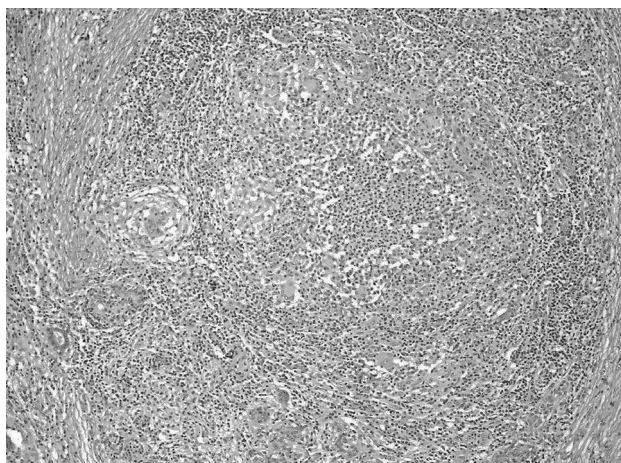


Fig. 1. Vista histopatológica de las lesiones granulomatosas a bajo aumento.

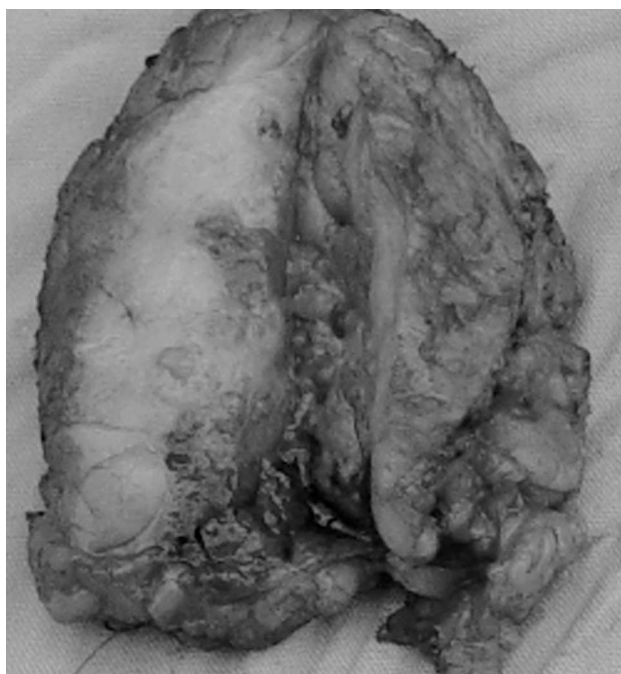


Fig. 2. Lesión mamaria.

izquierda, y un gran proceso expansivo hipoeecogénico e irregular que involucra los cuadrantes superiores. La impresión diagnóstica por imágenes incluye un absceso en organización versus un carcinoma inflamatorio. Se realiza punción de la lesión con extracción de 10 cc de líquido purulento, por lo que se decide tratamiento con antibióticos. El cultivo del líquido extraído es negativo. Tras 5 días de tratamiento, persiste el cuadro inflamatorio y la masa palpable, por lo que se repite la punción-aspiración, la cual extrae poco material purulento. Se cambia el esque-

ma de antibióticos y se realiza biopsia por aguja gruesa la cual muestra tejido mamario benigno, involucrado extensamente por un proceso de inflamación crónica, con fibrosis. Tras 8 días de tratamiento con el nuevo esquema de antibióticos, se explora a la paciente, observándose una disminución de la inflamación, pero con persistencia de la masa, por lo que se decide realizar excisión local. La pieza extraída consiste en un fragmento ovoide de tejido mamario de 9 x 4 x 4 cm., la cual al corte muestra una masa mal definida, irregular, de consistencia dura, de 4,5 cm en dimensión máxima (fig. 1). Histológicamente el tejido mamario se observa extensamente infiltrado por reacción granulomatosa no caseificante con abundantes células gigantes, asociada a denso infiltrado inflamatorio crónico y agudo con formación de microabscesos (fig. 2). Las tinciones para hongos y micobacterias no revelan microorganismos. Se realiza exámenes de gabinete para descartar diferentes etiologías de procesos granulomatosos. La prueba de tuberculina (PPD) es negativa, así como la radiografía de tórax, el VDRL (lúes) y la prueba para *Treponema pallidum*. El hemograma muestra leucocitos en 10500/mm³, 60 % neutrófilos, 36 % linfocitos, 3 % mononucleares y 1 % monocitos. Se establece el diagnóstico de MGI. Se inicia tratamiento con prednisona 60mg/d durante 3 semanas al cabo de las cuales la paciente no muestra signos de recidiva. Se decide seguimiento cada 3 meses y disminución paulatina de los esteroides. Tras 4 meses de seguimiento, la paciente se encuentra libre de recurrencia.

DISCUSIÓN

Las inflamaciones granulomatosas mamarias son lesiones de difícil diagnóstico y frecuentemente son confundidas con lesiones malignas. La primera descripción de la MGI fue hecha en 1972 por Kessler et al¹. La MGI, es una patología rara, de origen desconocido, que se cree consecuencia de una reacción autoinmune, aunque también se ha asociado a ciertas infecciones y al uso de contraceptivos orales. Schelfout et al han asociado MGI a una deficiencia de alfa-1-antitripsina³. La enfermedad suele afectar mujeres jóvenes en edad reproductiva de 17 a 42 años, con una media de 32 años, aunque está descrito un caso de una paciente de 58 años⁴. En muchas ocasiones se relaciona con embarazo o lactancia^{1,5}. Clínicamente se caracteriza por presentar una masa firme unilateral que mide entre 0,5 cm y 15 cm, que se asocia a signos de inflamación y abscesos. Frecuentemente se observa adenopatías axilares. Mamográficamente los hallazgos son tributarios de carcinoma. El diagnóstico pre-

operatorio es difícil, pero en muchas ocasiones la citología puede ayudar^{6,7,12-14}. Existe un estudio que sugiere que el diagnóstico de la MGI es posible por medio de la ecografía mamaria, donde se puede observar múltiples clusters, a menudo contiguo a lesiones hipoecogénicas tubulares o nodulares que a veces se asocian con una gran masa hipoecógena^{8,9}. Además Memis et al, demuestran una correlación de las imágenes ecográficas y mamográficas con los hallazgos histológicos, siendo el hallazgo más común en la mamografía el aumento de la densidad con asimetría¹⁰. Kasantikul, sugiere que para realizar un diagnóstico adecuado, es recomendable la biopsia por tru-cut o la biopsia abierta y que la citología sólo nos da una aproximación al diagnóstico¹⁹. Histológicamente se observa una inflamación crónica granulomatosa, centrada en lobulillos mamarios con áreas focales de microabscesos; ocasionalmente el infiltrado inflamatorio se extiende más allá de los lobulillos. El infiltrado está compuesto por histiocitos, algunos leucocitos polimorfonucleares y células gigantes multinucleadas tipo Langhans¹¹. Cuando se presenta un absceso los cultivos son negativos. En general no hay relación con lesiones extramamarias, pero existen casos descritos que se asocian a eritema nodoso¹⁵. El diagnóstico diferencial incluye carcinoma mamario, angio-paniculitis granulomatosa, sarcoidosis mamaria, mastitis granulomatosa infecciosas, necrosis grasa y la ectasia ductal^{11,20}. Aun no se ha establecido el tratamiento más adecuado. La intervención quirúrgica ha sido utilizada en múltiples ocasiones con resultados diversos, pero se considera que puede ser el tratamiento de elección con un seguimiento estricto a largo plazo por su alto porcentaje de recidiva⁶. Existen varios reportes de casos que se han tratado solamente con esteroides con resultados favorables¹⁶. Algunos estudios refieren que cuando la MGI crece rápidamente, se le puede tratar con prednisona, observándose una reducción del 20 % del tamaño original, resecándose posteriormente el tumor residual^{17,2}. Jorgensen et al¹⁶, mencionan que el uso de prednisona es beneficioso a dosis de 60 mg/d, observándose respuestas en tres a cuatro semanas de tratamiento; cuando las pacientes no responden luego de 3 semanas, el tratamiento de escogencia es cirugía. A aquellas pacientes que responden a los corticoesteroides, la suspensión de los mismos debe hacerse en forma paulatina, de esta forma se evita la recurrencia de la lesión^{6,18,19}. En conclusión la MGI es una entidad clínica de difícil diagnóstico que frecuentemente requiere corroboración histopatológica para diferenciarla de carcinoma mamario. Su manejo óptimo es aún debatido, incluyendo resección quirúrgica y/o tratamiento esferoidal. Es importante considerar esta opción en el diagnóstico diferencial de una masa mamaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler E., Wolloch Y., et al. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1972;58:642-62.
2. Adams DH, Hubscher SG, et al. Granulomatous mastitis a rare case of eritema nodosum. *Postgrad Med J* 1987; 63:581-2.
3. Schelfout K, et al. Observations of an idiopathic granulomatous mastitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Aug;97(2):260-2.
4. Sakurai T, Oura S, et al. A case of granulomatous mastitis mimicking breast carcinoma. *Breast Cancer* 2002;9(3):265-8.
5. Poniecka AW, Krasuski P, et al. Granulomatous inflammation of the breast in a pregnant woman: report of a case with fine needle aspiration diagnosis. *Acta Cytol* 2001 Sep-Oct;45(5):797-801.
6. Imoto S, Kitaya T, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: case report and review of the literature. *Jpn J Clin Oncol* 1997 Aug;27(4):274-7.
7. De Sanctis DP, Maglietta R, et al. Idiopathic granulomatous mastitis. Report of a case clinically and mammographically simulating breast carcinoma. *Patológica* 1994Apr;86(2):222-3.
8. Han BK, Choe YH, et al. Granulomatous mastitis: mammographic and sonographic appearances. *AJR Am J Roentgenol* 1999 Aug;173(2):317-20.
9. Yilmaz E, Lebe B, et al. Mammographic and sonographic findings in the diagnosis of idiopathic granulomatous mastitis. *Eur Radiol* 2001;11(11):2236-40.
10. Memis A, Bilgen I, et al. Granulomatous mastitis: imaging findings with histopathologic correlation. *Clin Radiol* 2002 Nov;57(11):1001-6.
11. Salam IM, Alhomsy MF, et al. Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. *Br J Surg* 1995 Feb;82(2):214.
12. Kaur AC, Dal H, Muezzinoglu B, et al. Idiopathic granulomatous mastitis. Report of a case diagnosed with fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1999 May-Jun; 43(3):481-4.
13. Kobayashi TK, Sugihara H, et al. Cytologic features of granulomatous mastitis. Report of a case with fine needle aspiration cytology and immunocytochemical findings. *Acta Cytol* 1998 May-Jun;42(3):716-20.
14. Tamiolakis D, Lambropoulou M, et al. Imprint cytology of non-specific granulomatous mastitis. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001;28(3):176-8.
15. Pouchot J, Damade R, et al. Idiopathic granulomatous mastitis and extramammary manifestations. *Arch Pathol Lab Med* 1995 Aug;119(8):680.
16. Jorgensen M, et al. Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. *Am J Med* 1992 Jul;93(1):97-101.
17. Donn W, et al. Idiopathic granulomatous mastitis. A report of three cases and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1994 Aug;118(8):822-5.
18. Van Ongeval C, Schraepen T, et al. Idiopathic granulomatous mastitis. *Eur Radiol* 1997;7(7):1010-2.
19. Kasantikul V. Granulomatous mastitis: case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 1992 May;75(5):310-3.
20. Belaabidia B, Essadki O, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: apropos of 8 cases and review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil* 2002 May;30(5):383-9.