



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Mastopatía diabética: un diagnóstico complicado. Revisión de la literatura a propósito de 2 casos



J. Ercilla Orbañanos^{a,*}, E. Martínez Gómez^a, J.L. Cárdenas^b, P. Ramos Guillén^c,
F. Arnanz Velasco^a y Á. Zapico Goñi^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 25 de febrero de 2019; aceptado el 16 de octubre de 2019

Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus;
Mastopatía;
Cáncer de mama

Resumen La mastopatía diabética es una entidad infrecuente. La presentación más común suele ser en forma de nódulo único o múltiple. Sus características clínicas y radiológicas pueden simular un cáncer de mama, por lo que debe tenerse en cuenta este diagnóstico diferencial en las pacientes jóvenes y con antecedentes de diabetes mellitus. Un correcto diagnóstico puede evitar tratamientos quirúrgicos innecesarios. Presentamos 2 casos que hemos diagnosticado en nuestra área sanitaria así como la revisión de la bibliografía al respecto.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Diabetes mellitus;
Mastopathy;
Breast cancer

Diabetic mastopathy: A complicated diagnosis. Literature review and two cases

Abstract Diabetic mastopathy is an uncommon disorder, in which the most frequent presentation is as a single or multiple nodules. It can imitate breast cancer both clinically and radiologically. A differential diagnosis should be done in young patients with a personal history of diabetes, in order to avoid unnecessary surgical interventions. Two cases are presented that were diagnosed in our health area, as well as a review of the literature on this pathology.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliaercillaorbananos@gmail.com (J. Ercilla Orbañanos).

<https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.10.002>

0210-573X/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La mastopatía diabética es una entidad infrecuente que fue descrita por primera vez en 1984 por Soler y Khardori¹. Aparece de forma característica en mujeres premenopáusicas con diabetes mellitus (DM) tipo 1 de larga evolución². No es infrecuente que se acompañe de otras complicaciones microvasculares, como la retinopatía, la nefropatía o la neuropatía^{2,3}. La etiopatogenia es desconocida, postulándose un componente autoinmunitario; y no predispone al desarrollo de cáncer de mama ni de linfoma^{3,4}. Clínicamente se manifiesta como un nódulo, único o múltiple, de consistencia dura, móvil e indoloro; con crecimiento rápido. Las pruebas de imagen radiológicas (mamografía, ecografía, resonancia magnética [RM] mamaria) suelen ser inespecíficas, siendo la anatomía patológica el pilar fundamental para su diagnóstico³.

El interés de esta entidad radica en que a menudo puede simular un proceso maligno, tanto clínica como radiológicamente. Por ello, el conocimiento de esta patología puede ahorrar múltiples procedimientos quirúrgicos en pacientes jóvenes.

Presentamos 2 casos encontrados en nuestra área y comparamos con lo descrito en la bibliografía.

Caso clínico

Presentamos los casos de 2 mujeres, de 38 y 24 años respectivamente, que acudieron a la consulta de Ginecología de nuestro centro tras palparse una zona dura en la mama, de rápido crecimiento.

La primera paciente, de 38 años, presentaba como antecedentes médicos una DM tipo 1, insulino dependiente, de larga evolución; complicada con retinopatía diabética proliferativa. Dentro de sus antecedentes quirúrgicos destacaba una tumorectomía de la mama izquierda en 2011, con diagnóstico anatomopatológico de fibroadenoma.

A la exploración se palpaba una zona de aumento de densidad pétreo, de 3 × 3 cm en la unión de cuadrantes superiores y retroareolar de la mama derecha, sin palpase nódulos definidos. El resto de la exploración mamaria era normal. La mamografía bilateral no visualizó nódulos ni áreas sugestivas de malignidad. En la ecografía complementaria se apreciaba una zona hipoecogénica con mala transmisión del ultrasonido, coincidente con el área de aumento de densidad a la palpación (fig. 1). Se clasificó como BIRADS 3 y se indicó la realización de punción aspiración con aguja fina (PAAF).

El informe de la PAAF describía un frotis hemorrágico con escasa celularidad, insuficiente para el diagnóstico. Ante este hallazgo se decidió realizar una biopsia con aguja gruesa (BAG), cuyo resultado fue abundante tejido fibroso, con infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular, compatible con mastopatía diabética.

Con este diagnóstico se procedió a realizar controles periódicos cada 6 meses con mamografía y ecografía. Actualmente, tras 3 años de seguimiento, persiste la imagen ecográfica de mala transmisión sin cambios con respecto a estudios previos.

La segunda paciente, de 24 años, no presentaba antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés en un primer

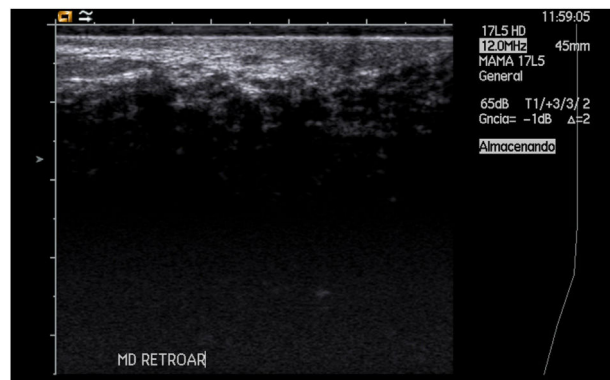


Figura 1 Ecografía de mama derecha en la que se aprecia área retroareolar con muy escasa transmisión del ultrasonido.

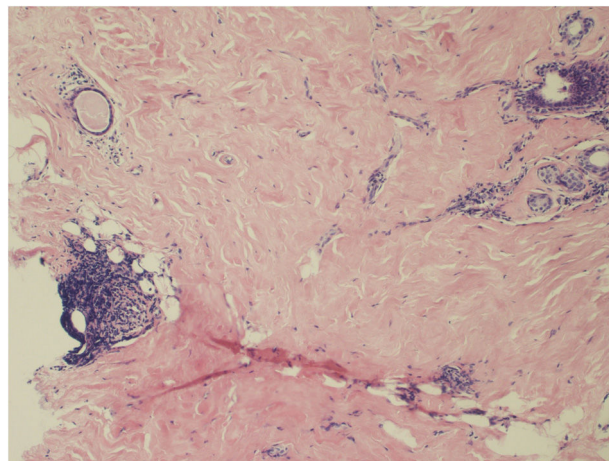


Figura 2 Detalle de la fibrosis y el infiltrado inflamatorio crónico perivascular. HE 10×.

momento, salvo una intolerancia a los hidratos de carbono pendiente de estudio. A la exploración se palpaba en la mama izquierda un aumento de densidad, de consistencia dura, de 2 × 1,5 cm, retroareolar y que producía retracción del pezón izquierdo. No se palpaban adenopatías y el resto de la exploración mamaria era normal.

Se realizó ecografía de mama por mamas densas, donde se objetivó una masa sólida retroareolar hipoecogénica, de bordes espiculados, de 30 × 22 cm, sugestiva de malignidad. Clasificación BIRADS 4. Ante este hallazgo se realizó BAG en el mismo momento, con resultado de anatomopatológico de fibroadenoma.

Ante la discordancia clínico-anatomopatológica se decidió ingreso para tumorectomía. La intervención transcurrió sin complicaciones y la biopsia de la pieza describió una intensa fibrosis del estroma con extensa colagenización e inflamación crónica periductal, compatible con mastopatía diabética, y sin signos de malignidad (fig. 2). Durante su ingreso la paciente debutó con una DM insulino dependiente.

Los controles posteriores durante 5 años han mostrado persistencia de la zona hipoecogénica con mala transmisión ecográfica, que ha disminuido ligeramente con respecto a los estudios previos.

Tabla 1 Características específicas de la mastopatía diabética

Diabetes mellitus insulino dependiente de larga evolución
Nódulo(s) regular(es), de consistencia dura e indoloro(s)
Aumento de densidad en mamografía
Sombra acústica posterior en ecografía mamaria
Resistencia fibrosa al realizar PAAF

Discusión

La fisiopatología de la mastopatía diabética es multifactorial. Su desarrollo se produce por la combinación de 2 procesos, el depósito estromal de colágeno y la infiltración de linfocitos B de origen autoinmune. La combinación de ambas situaciones conduce a una proliferación nodular y fibrosa a nivel mamario cuya importancia no radica tanto en las implicaciones propias de dicha entidad, sino en su capacidad para simular un proceso neoplásico maligno en la mama.

Por este motivo es fundamental profundizar en los detalles y las características específicas de esta entidad que pueden ayudar a su reconocimiento precoz⁵ (tabla 1).

El diagnóstico de mastopatía diabética es complejo. La aparición de un nódulo de características clínicas sospechosas de malignidad (crecimiento rápido, consistencia dura, indoloro, etc.) o una zona de aumento de densidad, en una mujer joven con DM insulino dependiente, nos obliga a excluir patología maligna. El diagnóstico de mastopatía diabética debe valorarse siempre que existan antecedentes de DM. Las pruebas de imagen y la realización de una BAG son la base para un correcto diagnóstico diferencial entre ambas entidades.

Esta patología no solo simula una lesión maligna a nivel clínico. Radiológicamente, también puede tener características sospechosas de malignidad. La mamografía es en general poco concluyente, pudiendo detectarse pequeñas asimetrías focales y aumento de densidad inespecífico. La ecografía mamaria presenta de forma característica una lesión hipocogénica, de márgenes irregulares, que deja intensa sombra acústica posterior.

El diagnóstico de esta patología se basa fundamentalmente en la anatomía patológica. La realización de una

PAAF en estas lesiones suele resultar dificultosa por el grado de fibrosis, siendo el resultado no concluyente debido a la escasa celularidad^{5,6}. El diagnóstico definitivo suele obtenerse mediante BAG, donde aparece de forma característica un estroma colágeno denso de aspecto queiloideo, así como infiltrado inflamatorio perivascular de linfocitos B⁵.

Una vez confirmado el diagnóstico anatomopatológico, el tratamiento consistirá en un seguimiento estrecho, cada 6 meses, con mamografía y ecografía. Lo más frecuente es que las lesiones permanezcan estables a lo largo de los años, lo que confirma el diagnóstico. La cirugía no es necesaria si el diagnóstico es concluyente, evitando así mayor morbilidad en estas pacientes^{4,7}.

A pesar de que el manejo de estas pacientes debe ser conservador, con controles clínicos y radiológicos, en los casos donde exista discordancia entre las pruebas radiológicas, la evolución clínica o los resultados patológicos, debe recomendarse un tratamiento quirúrgico (como realizamos en uno de nuestros casos) para llegar al diagnóstico definitivo.

Conflicto de intereses

No refieren.

Bibliografía

1. Soler NG, Khardori R. Fibrous disease of the breast, thyroids and cheiroarthropathy in type I diabetes mellitus. *Lancet*. 1984;1:193-5.
2. Camuto PM, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy: a report of 5 cases and a revision of the literature. *Arch Surg*. 2000;135:1190-3.
3. Pérez P. JA, Carrasco L. C. Mastopatía diabética. Un diagnóstico poco habitual. *Rev Méd Chile*. 2003;131:1305-8.
4. Ely KA, Tse G, Simpson JF, Clarfled R, Page DL. Diabetic mastopathy. A clinicopathologic review. *Am J Clin Pathol*. 2000;113:541-5.
5. Logan WW, Hoffman NY. Diabetic fibrous breast disease. *Radio-logy*. 1989;172:667-70.
6. Zimmerli L, Yurtsever H, Conen D, Truninger K. A diabetic breast lump. *Lancet*. 2000;357:1670.
7. Rode S, Favre C, Thivolet C. Diabetic mastopathy: a frequent source of confusion with lobular breast carcinoma. *Diabetes Care*. 1998;21:322.