



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Mastopatía cirrótica



B. Ferri Folch ^{a,*}, A. Argudo Pechuán ^{a,b}, L. Gómez Romero ^c,
L. Miranda Gómez ^d, F. Ruiz Ripoll ^{a,b} y F. Ripoll Orts ^{b,c}

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, H. U. P. La Fe, Valencia, España

^b Unidad de Mama H. U. P. La Fe, Valencia, España

^c Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo H. U. P. La Fe, Valencia, España

^d Servicio de Cirugía Plástica H. U. P. La Fe, Valencia, España

Recibido el 21 de enero de 2014; aceptado el 8 de abril de 2015

Disponible en Internet el 4 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Mastitis;
Cirrosis hepática;
Cáncer mama;
Diagnóstico diferencial;
Carcinoma inflamatorio
mama

Resumen

Introducción: Se han descrito diferentes causas de patología inflamatoria mamaria. En ocasiones, existe la necesidad de plantear un diagnóstico diferencial y descartar un carcinoma mamario.

Caso clínico: Mujer de 63 años con antecedentes de cirrosis. Presenta mama izquierda aumentada de tamaño, eritematosa y con edema con fovea. Tras tratamiento antibiótico no existe mejoría. La ecografía, mamografía y biopsia resultan negativas. Finalmente, se plantea el proceso como una descompensación de la cirrosis, a pesar de su manifestación unilateral. Tras tratamiento con diuréticos, observamos una resolución del proceso.

Conclusión: El diagnóstico diferencial en patología de la mama en ocasiones resulta muy dificultoso. Además, existen patologías que requieren un manejo rápido dado su mal pronóstico. El caso presentado muestra cómo en la búsqueda de un diagnóstico se deben considerar todas las causas posibles, pero además pensar en los antecedentes médicos del paciente ya que pueden influir o ser la causa del proceso.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mastitis;
Cirrhosis of the liver;
Breast cancer;
Differential diagnosis;
Inflammatory breast
cancer

Mastopathy caused by liver cirrhosis

Abstract

Introduction: Various causes of inflammatory breast disease have been described and sometimes a differential diagnosis is required to rule out breast carcinoma.

Case report: A 63-year-old woman with a history of cirrhosis had an enlarged left breast, erythema, and edema. Antibiotic treatment produced no improvement. The results of ultrasound, mammography and biopsy were negative. Finally, the process was diagnosed as a decompensation of cirrhosis, despite its unilateral manifestation. The process resolved with

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bferrif@gmail.com (B. Ferri Folch).

diuretic therapy.

Conclusion: The differential diagnosis of breast disease is sometimes extremely difficult. Some diseases require rapid treatment due to their poor prognosis. The case presented here illustrates how every possible cause of the entity and the patient's medical history should be considered because they could influence or even cause the process.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La glándula mamaria puede verse afectada por numerosos procesos inflamatorios de distinto origen¹. Usualmente son diagnosticados fácilmente, sin embargo, en ocasiones existe la necesidad de plantear un diagnóstico diferencial. La mastitis es una patología inflamatoria de la mama que puede acompañarse o no de infección, y que habitualmente se asocia a mujeres en edad fértil con la lactancia materna. Su incidencia varía en España del 3 al 33%¹. Existe otro tipo de causas importantes a descartar, en especial, se debe descartar el cáncer inflamatorio de mama, poco frecuente con respecto a otros tipos de tumor de mama pero con elevada morbimortalidad². Presentamos un caso clínico de una paciente con sintomatología de mastitis que tras diagnóstico diferencial con otras patologías, resulta ser diagnosticada de descompensación de cirrosis con manifestación mamaria. No existen en la literatura casos previos descritos sobre edema de mama unilateral causado por descompensación de hepatopatía.

Descripción del caso

Mujer de 63 años remitida a la unidad de mama con sintomatología de aumento de tamaño de mama izquierda asociado a edema, eritema y aumento de temperatura a nivel local. Entre sus antecedentes clínicos hay que señalar que la paciente padecía una cirrosis hepática secundaria a infección por virus de la hepatitis C, de diez años de evolución, complicada con una trombosis portal en tratamiento con acenocumarol, varices esofágicas grado II y presencia de un carcinoma hepatocelular de 16 mm de diámetro localizado en el segmento VIII, que había sido diagnosticado un año antes. Además había sido diagnosticada de hipertensión pulmonar severa, hipotiroidismo y EPO, este último diagnosticado recientemente. Entre las intervenciones quirúrgicas a las que había sido sometida refería una histerectomía por útero miomatoso, apendectomía y colecistectomía. No presentaba antecedentes familiares de interés.

Dentro del programa para la detección precoz el cáncer de mama se le habían realizado mamografías bianuales desde los 45 años, las últimas, dos años antes, siendo en todos los casos normales, sin signos sugestivos de malignidad.

A la exploración, se apreciaba asimetría mamaria, con la mama izquierda aumentada de tamaño, edema cutáneo con signo de la fovea, aumento de temperatura local, y engrosamiento de la piel tomando el aspecto de piel de naranja como se observa en la [figura 1](#). Presentaba además retracción de ambos pezones de larga evolución (ya conocida) y se

palpaban adenopatías axilares homolaterales. No se evidenció secreción a la expresión de ambos pezones.

La situación clínica de la paciente en cuanto a su patología de base en el momento que acude a la consulta era estable, exceptuando el edema en mama izquierda. Presentaba buen estado general desarrollando una vida dentro de la normalidad, independiente para las actividades de la vida diaria. Sin embargo, los controles analíticos previos a la consulta mostraban un aumento de la bilirrubina (2,44 mg/dL), hipoproteinemia (3,3 g/dL), trombocitopenia (32×10^3 /microlitro), aumento de LDH (1.004 U/L), aumento de colinesterasa (3.897 U/L), alteración de la hemostasia (tiempo de protrombina: 19,5 segundos, índice de Quick: 62%, TTPa 44,1 segundos) y una carga viral HCV de 523.800 UI/mL. No presentaba leucocitosis ($10,8 \times 10^3$ /microlitro), la hemoglobina y el hematocrito estaban dentro de la normalidad (13,7 g/dL y 41,2% respectivamente). La prolactina en rango (12,6 ng/mL) y los marcadores tumorales negativos excepto el antígeno carbohidrato 15,3 levemente elevado (40,6 U/mL).

La sintomatología se había iniciado hacía 23 días y ante la sospecha clínica inicial de mastitis, inició tratamiento en atención primaria con amoxicilina-clavulánico 825/125 mg cada 8 horas. Tras 10 días de antibioterapia, y ante la ausencia de mejoría clínica, se solicita una mamografía y una ecografía mamaria de forma urgente a la vez que se realiza una biopsia cutánea periareolar con el fin de descartar un carcinoma inflamatorio de mama.

La mamografía ([figs. 2 y 3](#)) informa de asimetría mamaria, con aumento de tamaño de la mama izquierda asociando un marcado engrosamiento cutáneo difuso y un aumento de la



Figura 1 Asimetría mamaria. Mama izquierda con edema y eritema.

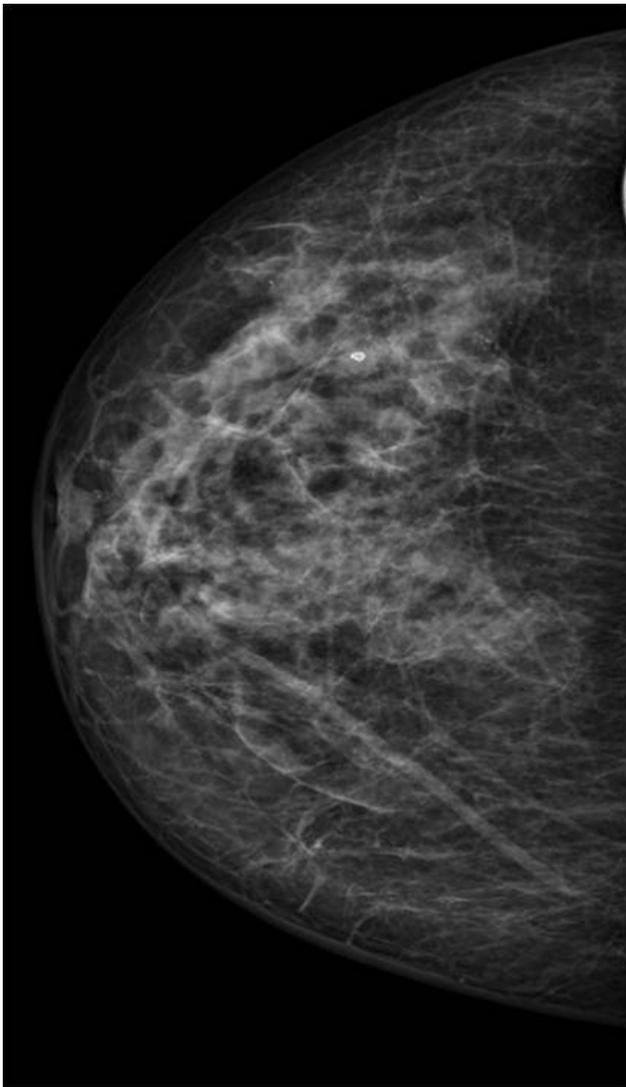


Figura 2 Mamografía de mama derecha.

trama reticular subcutánea. No se identificaron nódulos microcalcificaciones ni signos sospechosos de malignidad.

La exploración ecográfica mostraba una mama izquierda con marcados signos inflamatorios difusos, edematización de la grasa, pequeñas bandas de líquido y un marcado engrosamiento cutáneo. No se apreciaban nódulos, ni otras lesiones focales, ni se identificaban adenopatías axilares en esta exploración. Asimismo, anatomía patológica informaba sobre la biopsia como epidermis y dermis papilar sin alteraciones, sin signos inflamatorios ni de malignidad histológica.

Dada la persistencia de la sintomatología (fig. 4) se cambió a otro tipo de antibiótico: fluorquinolonas 500 mg/día durante 10 días para descartar la resistencia bacteriana. Tras una semana no se evidencia mejoría del edema, eritema ni reducción del volumen mamario, además asocia edema en miembro inferior izquierdo.

Llevado el caso a comité de tumores de mama de nuestro centro, se plantea la posibilidad de que se trate, a pesar de su unilateralidad, de una complicación de su hepatopatía, por lo que debía iniciarse tratamiento restrictivo de líquidos y administración de diuréticos de asa. Si no existiese respuesta al tratamiento, se valoraría la realización de biopsias en

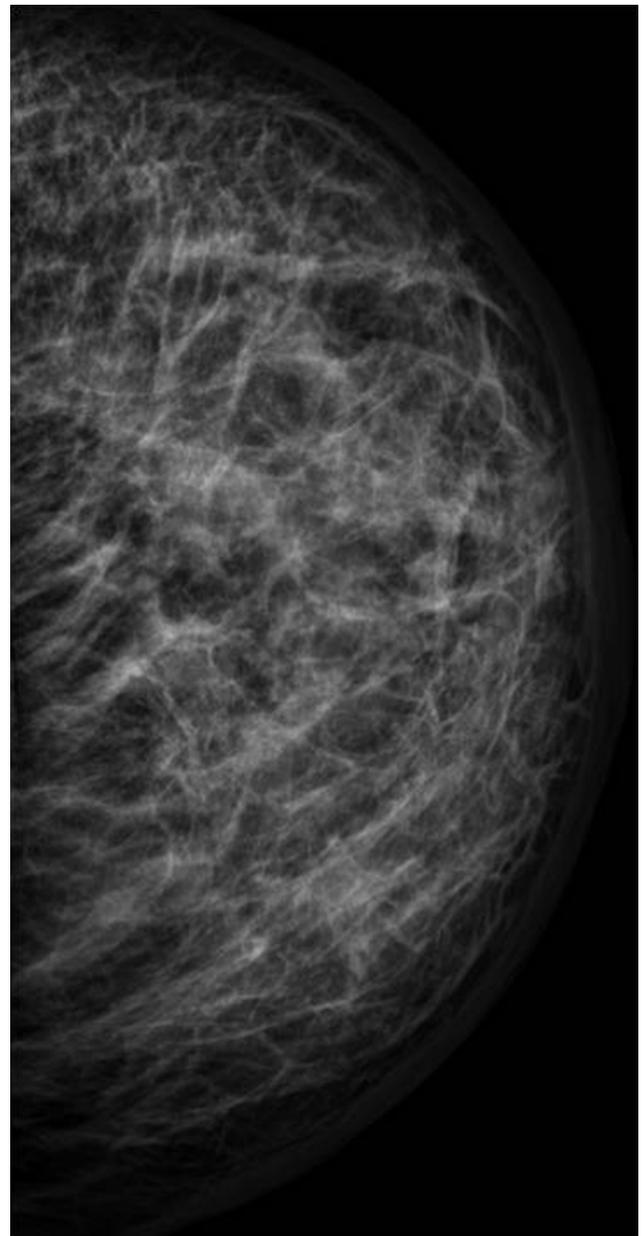


Figura 3 Mamografía de mama izquierda.

los cuatro cuadrantes de la mama. Tras el tratamiento, la paciente vuelve a la consulta asintomática, sin edema, eritema ni otra sintomatología (fig. 5). Lo que confirmó el diagnóstico de sospecha de mastopatía asociada a cirrosis hepática. La paciente ha permanecido asintomática hasta el momento actual.

Discusión

El edema es la acumulación de líquido en el espacio intercelular o intersticial o en otras cavidades del organismo. Las causas del mismo son muchas. Pero no es tan frecuente como proceso aislado en la mama y de forma unilateral como en el caso presentado.

A la hora de realizar el diagnóstico diferencial en patología inflamatoria mamaria se deben tener en cuenta algunos



Figura 4 Persistencia de la sintomatología. Edema con fóvea.

aspectos³. Existen varios procesos inflamatorios benignos de la mama. La mastitis es un proceso inflamatorio mamario, que puede clasificarse en aguda o crónica. Dados los signos y síntomas de la paciente, y el modo de aparición, en este caso inicialmente llevaría hacia un proceso inflamatorio agudo^{3,4}.

En la mastitis aguda infecciosa los gérmenes pueden penetrar en la mama a través de tres vías: canalicular, hemática o linfática. La vía canalicular es la puerta de entrada más frecuente de los gérmenes. A través de los conductos excretores penetran y se distribuyen las bacterias, sobre todo en los casos en los que existe un estancamiento de las secreciones. La vía hemática se produce en casos de infecciones generalizadas del organismo. En el caso de lesiones dérmicas del pezón o de la areola la vía de entrada es el sistema linfático. La mastitis es más frecuente tras algún proceso invasivo o con patología como fístulas, en nuestro caso la paciente no presentaba ningún proceso previo^{4,5}.

El cuadro clínico de una mastitis aguda se caracteriza por la aparición de una zona más o menos extensa, enrojecida, dolorosa, indurada y caliente como presentaba nuestra paciente. Ante este cuadro es imperativo descubrir mediante la exploración física o la ecografía la presencia de un absceso subyacente que pudiese requerir una evacuación del pus^{5,6}.

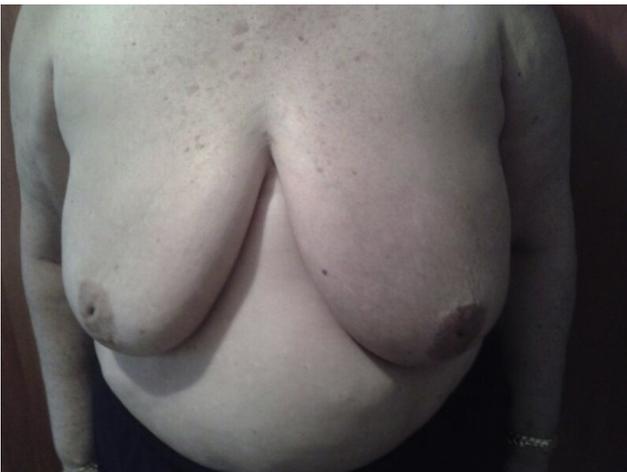


Figura 5 Resolución del proceso tras diuréticos.

El tratamiento básico de este proceso inflamatorio es la administración de antibióticos, por lo que en nuestro caso se administra tratamiento antibiótico para descartar este proceso. Los microorganismos más frecuentemente asociados a una mastitis son los estreptococos del grupo B y el *Staphylococcus aureus*^{4,5}, ambos gérmenes cubiertos por los antibióticos pautados. La falta de respuesta al tratamiento antibiótico haría pensar en otro tipo de patología.

La mastitis se puede originar sin germen causante, como es el caso de mastitis aséptica o inflamatoria. Siendo este otro proceso a descartar. Este tipo de mastitis se suele originar tras un traumatismo o hematoma, y es más frecuente en pacientes con diabetes mellitus, inmunodeprimidas o en tratamiento con esteroides⁵. Dada la enfermedad de base de la paciente existía una contraindicación para la administración de AINES por lo que se decide no administrarlos hasta tener un diagnóstico confirmado o tras descartar otro tipo de patologías más graves.

En cuanto a las mastitis de tipo crónico, se presentan como un proceso con inicio insidioso, con signos más inespecíficos que en las de tipo agudo⁶. Muchas veces el origen es una infección aguda mal curada o un absceso mal drenado. En algunas ocasiones, los traumatismos mamarios pueden ser el origen de este proceso. Dado el inicio agudo de la inflamación, en un principio no se piensa en un proceso crónico. No obstante, cabe la posibilidad de un inicio silente no percibido por la paciente, por lo que es interesante descartar este tipo de patología con imágenes radiológicas y con la biopsia.

La mastitis granulomatosa idiopática (IGM) es un tipo de lesión inflamatoria crónica poco frecuente de la mama con causa de origen desconocido⁷. Su diagnóstico es difícil ya que el examen físico y las características radiológicas pueden confundirse con carcinoma de mama. No existe un tratamiento efectivo definitivo, usualmente se trata con corticoides con un alto índice de reaparición y en alguna ocasión teniendo que llegar a la cirugía⁷. Se suele presentar como sensación de masa y/o dolor por lo que el caso presentado no hacía pensar en esta patología y se descartó con la biopsia. La mastitis de células plasmáticas es un proceso similar a esta última también descartado con la biopsia.

El proceso que se considera más importante descartar dada la sintomatología es el carcinoma inflamatorio de mama. El carcinoma inflamatorio es un tumor de mama poco frecuente (su frecuencia oscila entre el 1 y el 6% de todos los tumores de la mama) pero su pronóstico es uno de los peores, con una media de supervivencia de 2,9 a 4,2 años tras el diagnóstico⁸⁻¹⁰.

En algunas ocasiones es difícil realizar un diagnóstico diferencial del carcinoma inflamatorio con la mastitis aguda¹¹. El diagnóstico y el manejo de forma rápida del carcinoma influyen de forma importante en el pronóstico del paciente. Sin embargo, no existen guías claras para este diagnóstico diferencial⁸⁻¹¹. Aún así, usualmente el carcinoma inflamatorio ocurre típicamente en mujeres de edad avanzada, mientras que la mastitis aguda por lo general afecta a mujeres más jóvenes, y en periodo de lactancia. La falta de respuesta al tratamiento antibiótico hace pensar en el cáncer de mama, especialmente en pacientes de mayor edad y fuera del periodo de lactancia¹¹. Así, en nuestro caso, desde un inicio se realiza una biopsia y se solicitan técnicas de imagen de forma urgente. La falta de respuesta al tratamiento antibiótico hacía desviar la atención hacia patología

maligna, por este motivo, tras una biopsia negativa para tumor, en la comisión de tumores de mama del centro se decide realizar más biopsias que finalmente no fueron necesarias por llegar al diagnóstico definitivo previamente.

Por otro lado, es conocido que la cirrosis hepática puede causar ginecomastia en el varón y aumento del tejido mamario por exceso de estrógenos. Así como se ha observado un aumento en la incidencia de cáncer de mama en varones con esta patología¹². Sin embargo, no existen casos en la literatura hasta el momento de edema de mama unilateral simulando mastitis causado por descompensación de la enfermedad.

El interés del caso que se presenta es que no se han descrito otros casos de descompensación hidrópica de hepatopatía localizado a nivel de la mama, siendo además de forma unilateral y con síntomas asociados de mastitis como eritema y aumento de temperatura. La resolución absoluta tras el tratamiento con diuréticos confirma el diagnóstico definitivo. La paciente permanece asintomática hasta el momento actual.

En conclusión, la realización de un diagnóstico diferencial de patología mamaria en ocasiones puede ser dificultosa. Con la sintomatología presentada por la paciente, es importante descartar la patología más urgente como son el carcinoma inflamatorio de mama, otros tipos de cáncer de mama o la mastitis de origen infeccioso. No obstante, también se debe tener en cuenta los antecedentes médicos del paciente para descartar complicaciones de enfermedad sistémica como en el caso presentado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mary C, Mahoney Amanda D. Ingram breast emergencies: types, imaging features, and management. *AJR Am J Roentgenol.* 2014; 202:390–9.
2. Woodward WA, Cristofanilli M. Inflammatory breast cancer. *Semin Radiat Oncol.* 2009;19:256–65.
3. Rosa M. Inflammatory changes in breast: how to provide a better care to our patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;281:901–5.
4. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician.* 2008;78:727–31.
5. Pérez JA, Barrientos L, Henning E. Procesos inflamatorios benignos de la mama. *Cuadernos de Cirugía.* 2000;14:70–9.
6. Trop I, Dugas A, David J, El Khoury M, Boileau JF, Larouche N, et al. Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up. *RadioGraphics.* 2011;31:1683–99.
7. Erozen F, Ersoy YE, Akaydin M, Memmi N, Celik AS, Celebi F, et al. Corticosteroid treatment and timing of surgery in idiopathic granulomatous mastitis confusing with breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;123:447–52.
8. Molckovsky A, Fitzgerald B, Freedman O. Approach to inflammatory breast cancer. *Can Fam Physician.* 2009;55:25–31.
9. Levine PH, Veneroso C. The epidemiology of inflammatory breast cancer. *Semin Oncol.* 2008;35:11–6.
10. Anderson WF, Schairer C, Chen BE, Hance KW, Levine PH. Epidemiology of inflammatory breast cancer (IBC). *Breast Dis.* 2006;22:9–23.
11. Dahlbeck SW, Donnelly JF, Theriault RL. Differentiating inflammatory breast cancer from acute mastitis. *Am Fam Physician.* 1999;1:929–1024. 52(3).
12. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology.* 2001; 33:464–70.