

LO QUE ESCONDE UNA IMAGEN DE SOSPECHA

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: OLATZ Gorriño Angulo, ANA Legorburu Piedra, ELENA Cintora León, Mónica Santamaría Peña, Sara Fernandez Ferrer, Domingo Grande Icaran

Objetivos Docentes

- Mostrar patología benigna mamaria poco frecuente, que tanto clínicamente como en las pruebas de imagen, puede manifestarse como patología maligna.

-Plantear la secuencia diagnóstica más adecuada que permita un diagnóstico correcto.

Revisión del tema

Existen lesiones mamarias benignas poco frecuentes en las que los hallazgos clínicos pueden ser claves para su diagnóstico.

Dentro de esta patología benigna hay entidades que resultan un reto diagnóstico, dado que los hallazgos en imagen son superponibles a los que se encuentran en la patología maligna de la mama.

El conocimiento de la patología benigna y maligna que puede afectar a la mama nos permite utilizar en cada caso los medios diagnósticos más adecuados.

Es muy importante por lo tanto, historiar bien a la paciente para realizar un correcto diagnóstico diferencial, así como correlacionar los hallazgos en imagen con la anatomía patológica. Esto nos permitirá realizar un tratamiento adecuado para cada paciente y conseguir la resolución del cuadro clínico.

A continuación presentamos 7 casos de patología mamaria benigna que pueden simular lesiones malignas.

CASO 1

Mujer de 48 años de edad remitida por lesión palpable dura retroareolar en mama derecha.

Mamografía bilateral inicial mediante doble proyección estándar craneocaudal (CC) (Figura 1) y oblicuamediolateral (OML) (Figura 2). Proyección CC derecha mal posicionada por intenso dolor referido por la paciente.

Ambas mamas presentan patrón de fondo glandular d. Distorsión retroareolar en mama derecha en relación con la lesión palpable, que retrae el pezón, asociada a engrosamiento de la piel de la areola (Figura 3) BIRADS 4c.

El estudio se completa con ecografía mamaria objetivando en localización retroareolar de mama derecha una colección anfractuosa que se vacía mediante abocath obteniendo 5 cc de pus espeso que se envía para estudio microbiológico (Figura 4). En axila derecha se visualiza ganglio con cortical discretamente engrosada de aspecto reactivo.

Tras siete días de tratamiento antibiótico pautado se realiza control ecográfico. En la ecografía centrada en región retroareolar, identificamos tejido hipocogénico residual al proceso infeccioso previo, no objetivando colecciones drenables (Figura 5), por lo que se decide retirar el abocath.

Tras la resolución del absceso se realiza mamografía con compresión localizada retroareolar de la mama derecha que no demuestra lesiones sospechosas (Figura 6).

CASO 2

Mujer de 47 años que consulta por lesión palpable en mama izquierda.

Se realiza mamografía doble proyección estándar CC (Figura 7) y OML (Figura 8) bilateral. Mamas con patrón de fondo glandular c. En unión de cuadrantes superiores (UCS) de mama izquierda conjunto de múltiples nódulos de baja densidad, de contorno oscurecido, asociado a calcificaciones difusas y heterogéneas, alguna groseras, de aspecto radiológico sospechoso (Figura 9) BIRADS 4c.

En la sala de ecografía observamos que la paciente tiene la piel de la mama izquierda ennegrecida (Figura 10) y en la exploración física palpación en placa en UCS - CSE de mama izquierda y nódulo pequeño móvil superficial.

La paciente refiere traumatismo muy importante hace unos 7 meses con formación de un gran hematoma en los cuadrantes superiores de la mama izquierda.

En la ecografía, en UCS y CSE de mama izquierda observamos imágenes nodulares bien delimitadas, prácticamente isoecogénicas con respecto a los lobulillos grasos mamarios (Figura 11). El pequeño nódulo palpable en UCS corresponde con un quiste oleoso. Los hallazgos en conjunto y teniendo en cuenta los antecedentes de traumatismo son compatibles con necrosis grasa. Se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) ecodirigida con aguja calibre 14G para confirmación.

El resultado de la biopsia fue **Necrosis grasa**. En las imágenes de anatomía patológica (AP) no se ve el componente epitelial mamario normal. Vemos tejido adiposo y adipocitos que no son regulares en cuanto a su tamaño y morfología (Figura 12A flechas) y calcificaciones (Figura 12A estrella roja). A mayor aumento se ven histiocitos espumosos característicos de esta entidad (Figura 12B flechas), granulomas (Figura 12B círculo) y áreas de hemorragia antigua (Figura 12B estrella roja).

La paciente acudió al año siguiente a su control mamográfico, objetivando en UCS de la mama izquierda múltiples nódulos calcificados y calcificaciones distróficas groseras, compatibles con el diagnóstico (Figura 13).

CASO 3

Paciente de 45 años de edad con antecedentes de cirugía estética reductora bilateral en el año 2012.

Remitida desde Urgencias de ginecología tras 3 semanas de tratamiento médico por mastitis izquierda. En la exploración física presenta masa dura que condiciona retracción del pezón y engrosamiento de la piel de la areola (Figura 14).

Se realiza mamografía mediante doble proyección CC y OML (Figura 15). Retracción del pezón izquierdo y engrosamiento cutáneo de la piel de la areola, BIRADS 4c, que han progresado de forma evidente con respecto a mamografía previa del 2012 (Figura 16).

En el estudio ecográfico observamos una masa heterogénea de márgenes no circunscritos con áreas de mala transmisión del ultrasonido de aspecto sospechoso BIRADS 4c (Figura 17), en relación con el área palpable.

En acto diagnóstico único se realiza BAG con guía ecográfica mediante aguja calibre 14G. El diagnóstico histológico es *Necrosis grasa*. Debido a la retracción y deformidad tan importante que condiciona en la mama de la paciente, se deriva al Servicio de Cirugía Plástica. En la actualidad la paciente está pendiente de mastectomía y reconstrucción inmediata con colocación de prótesis.

CASO 4

Mujer de 41 años remitida desde ginecología por masa palpable en mama izquierda.

Se realiza mamografía bilateral mediante doble proyección estándar CC (Figura 18) y OML (Figura 19). Mamas con patrón de fondo glandular c. En el cuadrante superointerno (CSI) de mama izquierda coincidiendo con el área palpable nódulo denso de morfología irregular, márgenes indistintos, de aspecto radiológico sospechoso, BIRADS 4c. Adenopatía axilar ipsilateral aumentada de tamaño de aspecto patológico.

La ecografía mamaria muestra en CSI de la mama izquierda coincidiendo con el área palpable, una colección de contornos irregulares con áreas sólidas vascularizadas en la pared (Figura 20A). Desde la colección se objetiva trayecto fistuloso cerrado en localización parareolar (Figura 20C) a través del cual la paciente refiere haber presentado salida del pus.

La afectación se extiende hacia UCS en forma de imágenes lineales hipoecogénicas y pequeños nódulos (Figura 20B), hallazgos que en el contexto clínico de la paciente sugieren mastitis granulomatosa.

En axila izquierda ganglio con cortical engrosada de aspecto reactivo (Figura 20D).

Tras hablar con la paciente se realiza drenaje mediante abocath, enviando el pus para estudio microbiológico. Fotografía de la mama de la paciente (Figura 21) en la que podemos ver el abocath y la cicatriz de la fistula cutánea supraareolar. La marca circular sobre la piel corresponde con el área palpable.

Posteriormente se realiza BAG mediante guía ecográfica con aguja calibre 14G. El resultado histológico fue de *Inflamación granulomatosa*. En las imágenes de AP observamos los granulomas supurativos característicos de la mastitis granulomatosa (Figura 22A círculo) que presentan el centro de polimorfonucleares (PMN). A mayor aumento vemos la transición de las células del granuloma desde el centro de PMN (Figura 22B estrella roja), los histiocitos epitelioides (Figura 22B flecha negra) y corona de linfocitos rodeándolos (Figura 22B estrella azul).

Con el diagnóstico de AP y el resultado negativo de la PCR para tuberculosis, se inició tratamiento médico mediante prednisona a altas dosis, consiguiendo mejoría de la afectación clínica y radiológica de la paciente. Aún continúa en control clínico y radiológico.

CASO 5

Mujer de 41 años remitida desde ginecología por nódulo palpable de 5 cm que fistuliza a piel (Figura 23).

Mamografía bilateral en doble proyección estándar CC (Figura 24) y OML (Figura 25). Patrón de fondo glandular c. Objetivamos asimetría de densidad en cuadrantes superiores de la mama derecha coincidiendo con la lesión palpable, BIRADS 4b, que asocia engrosamiento de la piel.

Se completa el estudio mediante ecografía. En CSE y UCS de la mama derecha, coincidiendo con área de mayor dureza a la palpación, se aprecia tejido hipocogénico de morfología nodular y tubular intercalando parénquima de aspecto normal (Figura 26). En axila derecha se visualiza un ganglio con la cortical engrosada de aspecto reactivo.

Ante la sospecha de mastitis granulomatosa se realiza BAG mediante guía ecográfica con aguja calibre 11G. El resultado de histológico fue **Inflamación granulomatosa**.

Tras recibir el resultado negativo de la PCR para tuberculosis, se inicia tratamiento médico con corticoides a altas dosis. A los dos meses de tratamiento la paciente presenta mejoría clínica. Se realiza control ecográfico visualizando disminución de la extensión de los hallazgos descritos en la ecografía previa en relación con buena evolución radiológica de la afectación de la mama y no objetivando ganglios patológicos en axila ipsilateral (Figura 27).

En la actualidad la paciente continúa en control clínico y radiológico.

CASO 6

Paciente de 32 años de edad, remitida desde su médico de atención primaria por dolor y tumefacción en la mama derecha.

Debido a la edad de la paciente, el estudio se inicia con ecografía. En CSE de la mama derecha y coincidiendo con una lesión palpable dura, se observa nódulo hipocogénico de márgenes no circunscritos de aspecto ecográfico sospechoso, BIRADS 4c. La ecografía de la mama izquierda muestra en CIE coincidiendo con otra zona palpable, una segunda lesión de idénticas características ecográficas a las descritas en mama derecha (Figura 28). En axilas no se visualizan ganglios de aspecto patológico.

Debido a categorización de las lesiones mamarias en el estudio ecográfico y previamente a la biopsia percutánea, se realiza mamografía bilateral doble proyección CC (Figura 29) y OML (Figura 30). Mamas con patrón de fondo glandular d, sin hallazgos radiológicos sospechosos de malignidad.

En la sala de ecografía la paciente refiere antecedentes de diabetes insulino dependiente de 20 años de evolución. Ante la sospecha clínica y radiológica de mastopatía diabética, se biopsian con aguja calibre 14G ambas lesiones palpables para confirmación histológica.

El resultado anatomopatológico fue **Lobulitis linfocítica esclerosante**. Las imágenes de AP muestran atrofia del tejido mamario con abundante fibrosis y escasas unidades ducto lobulillares terminales (Figura 31A flecha negra). Infiltrado inflamatorio y fibrosis periductal (Figura 31A estrella roja). A mayor aumento se visualiza la doble capa celular sin atipia de los ductos (Figura 31B flecha negra), y el infiltrado linfocitario que rodea al ducto (Figura 31B estrella azul) acompañado de fibrosis (Figura 31E estrella roja).

Debido a que se trata de una entidad autolimitada que no tiene tratamiento específico, la paciente se encuentra en control clínico.

CASO 7

Paciente de 45 años con lesión palpable en mama izquierda. Aporta mamografía reciente realizada en centro externo, con informe radiológico de distorsión en CSE de la mama izquierda.

Tras revisar las mamografías y confirmar la presencia de distorsión realizamos ecografía. En CSE de la mama izquierda, coincidiendo con área palpable se objetiva tejido hipocogénico de contornos microlobulados con pequeños quistes en su interior (Figura 32). Tras colocación de clip con guía ecográfica realizamos proyecciones CC y lateral (Figura 33) de la mama izquierda para valorar la correcta correlación entre el hallazgo mamográfico y ecográfico.

Se realizó biopsia asistida por vacío con aguja calibre 10G en la mesa prono de esterotaxia de la distorsión con resultado histológico de benignidad (*Cambios fibroquísticos*).

Debido a la discordancia radio-patológica se realizó biopsia quirúrgica de la lesión. Nuevamente el resultado de la pieza quirúrgica (Figura 34), fue ***Cambios fibroquísticos***. En las imágenes de AP (Figura 35) se objetiva el parénquima mamario con fibrosis estromal, que engloba ocasionales quistes (estrellas rojas). Presencia de un mayor número de acinos por unidad ducto-lobulillar (flechas negras), algunos dilatados y ocasionales calcificaciones.

Los siete casos presentados son ejemplos de patología mamaria benigna. Hemos mostrado la secuencia diagnóstica empleada para conseguir el diagnóstico correcto. Siempre deberemos tener en cuenta la historia clínica de la paciente, la exploración física y la correlación entre las diferentes técnicas de imagen empleadas, así como la correlación radio-patológica. De esta manera seremos capaces de individualizar los tratamientos para cada paciente.

Imágenes en esta sección:

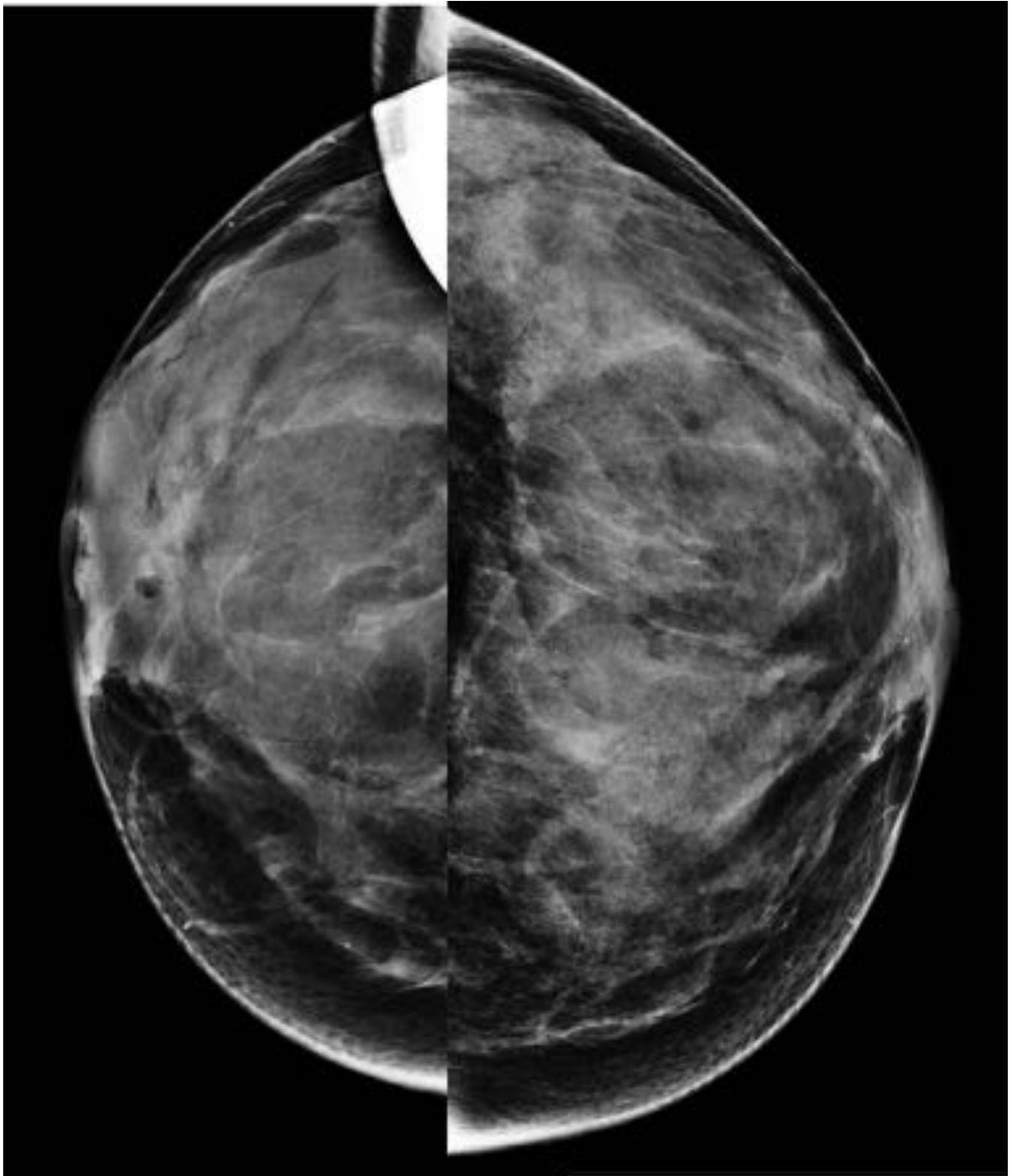


Fig. 1: Mamografía proyección craneocaudal (CC) de ambas mamas



Fig. 2: Mamografía proyecciones oblicua mediolaterales (OML) de ambas mamas





Fig. 3: Compresión localizada retroareolar derecha

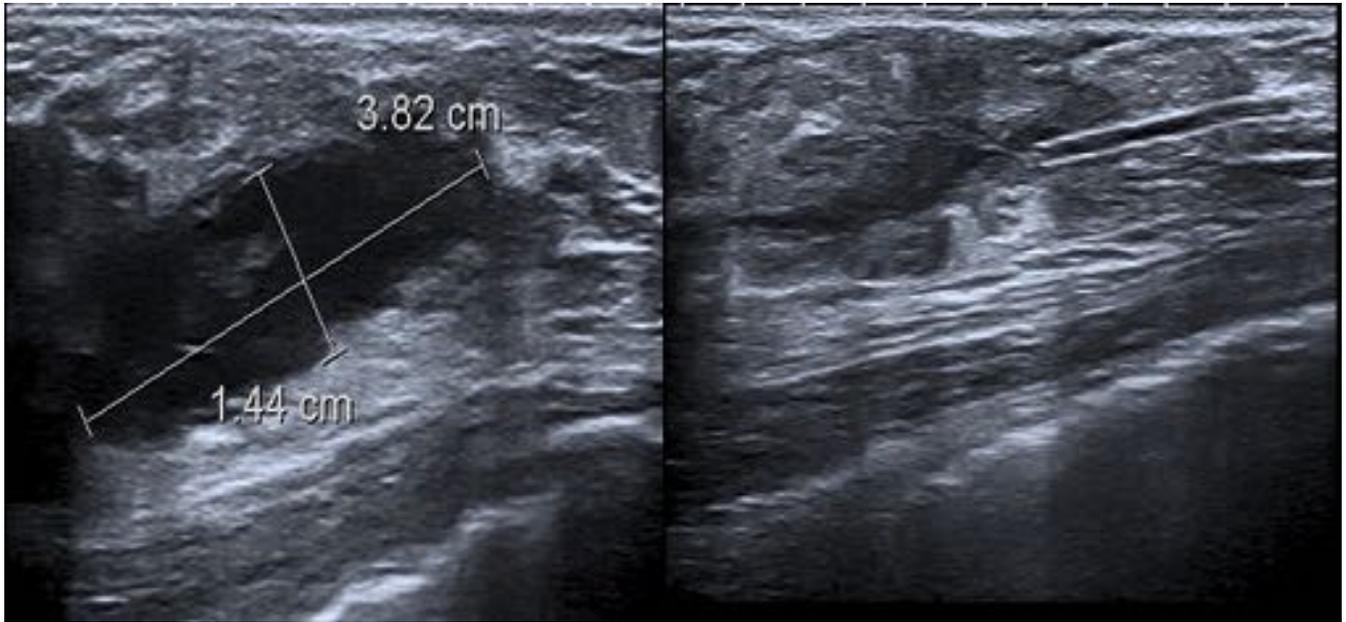


Fig. 4: Ecografía retroareolar derecha

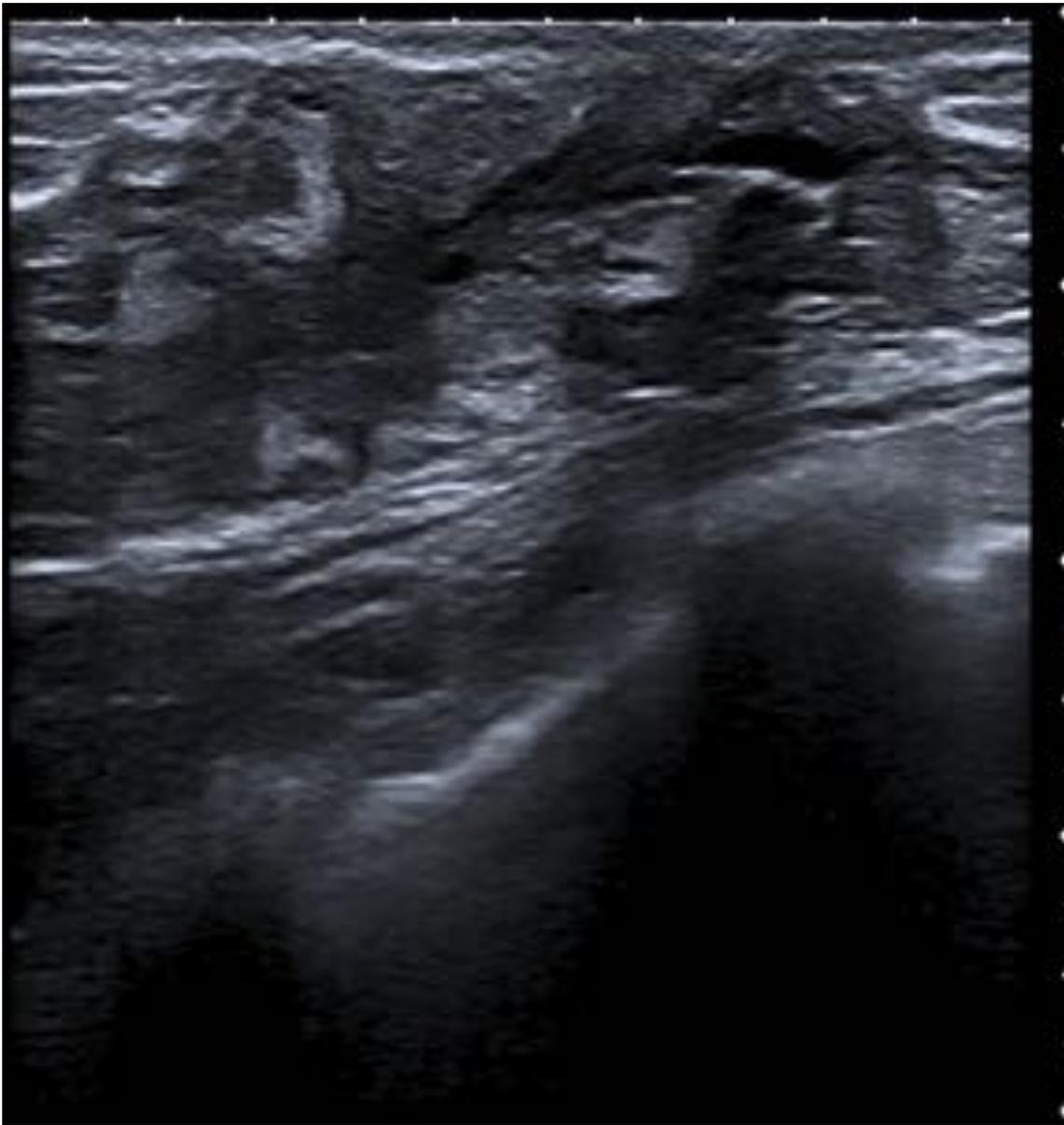


Fig. 5: Ecografía retroareolar derecha posttratamiento

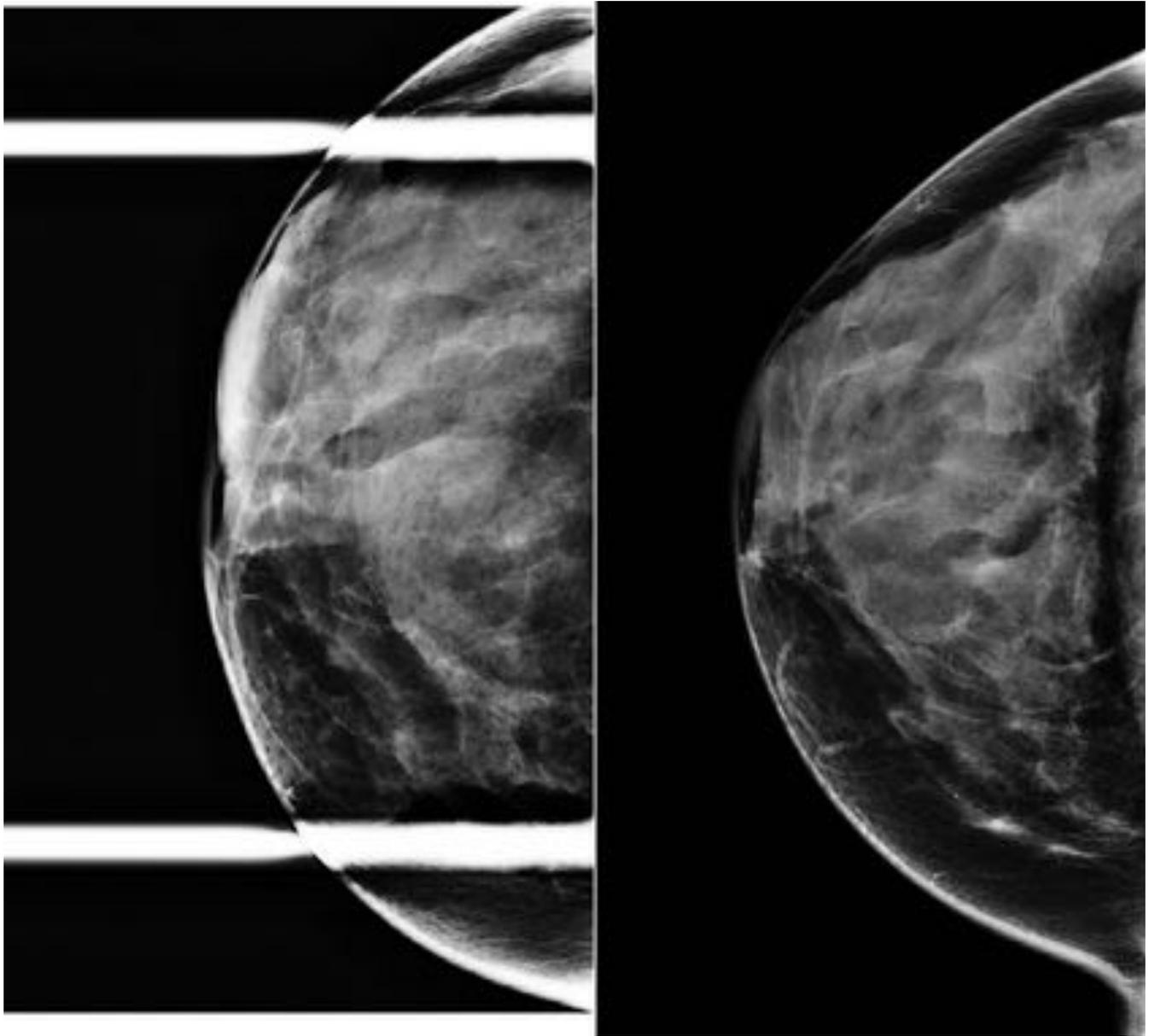


Fig. 6: Proyecciones CC y compresión localizada retroareolar derecha tras tratamiento

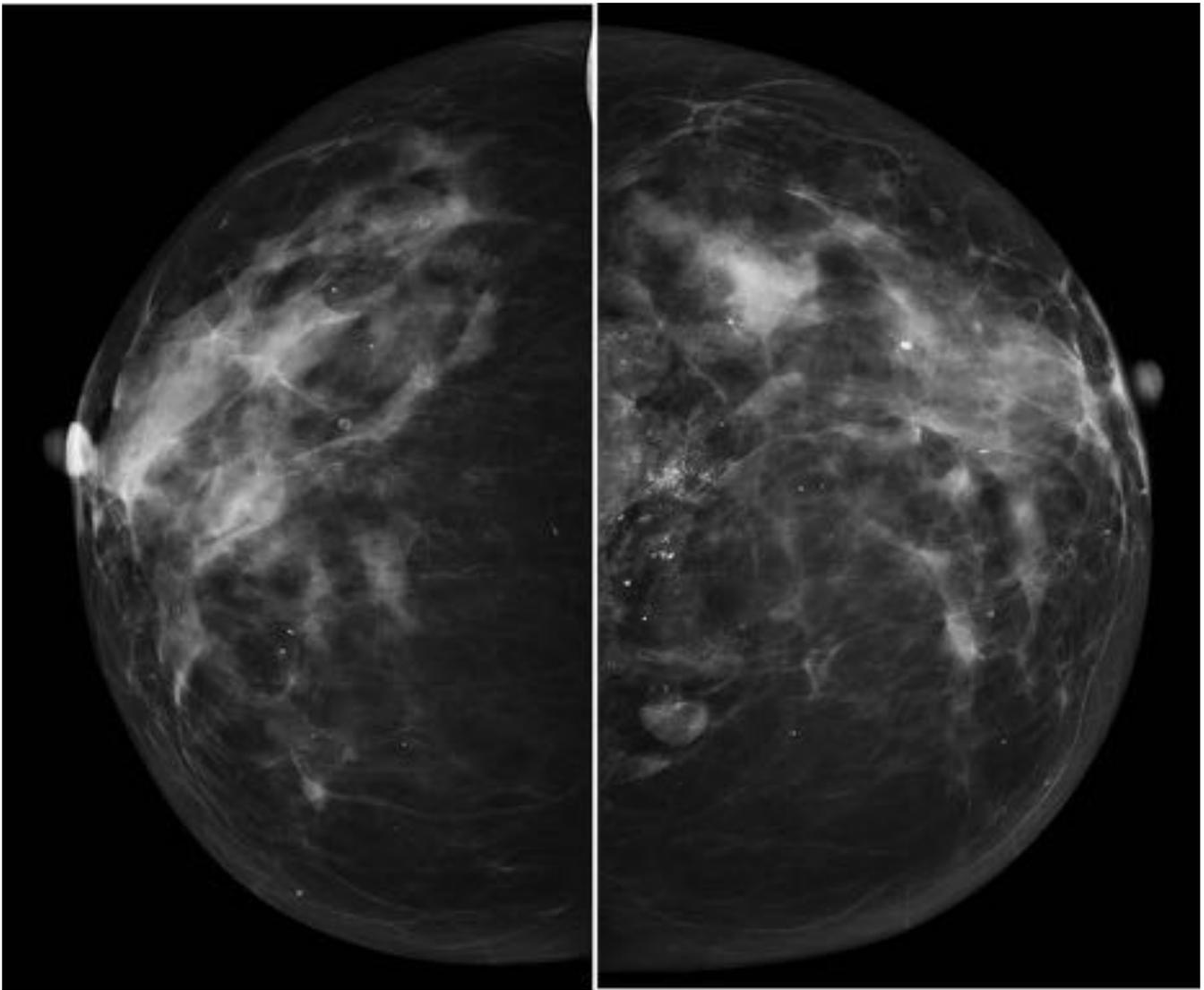


Fig. 7: Mamografía proyecciones CC de ambas mamas

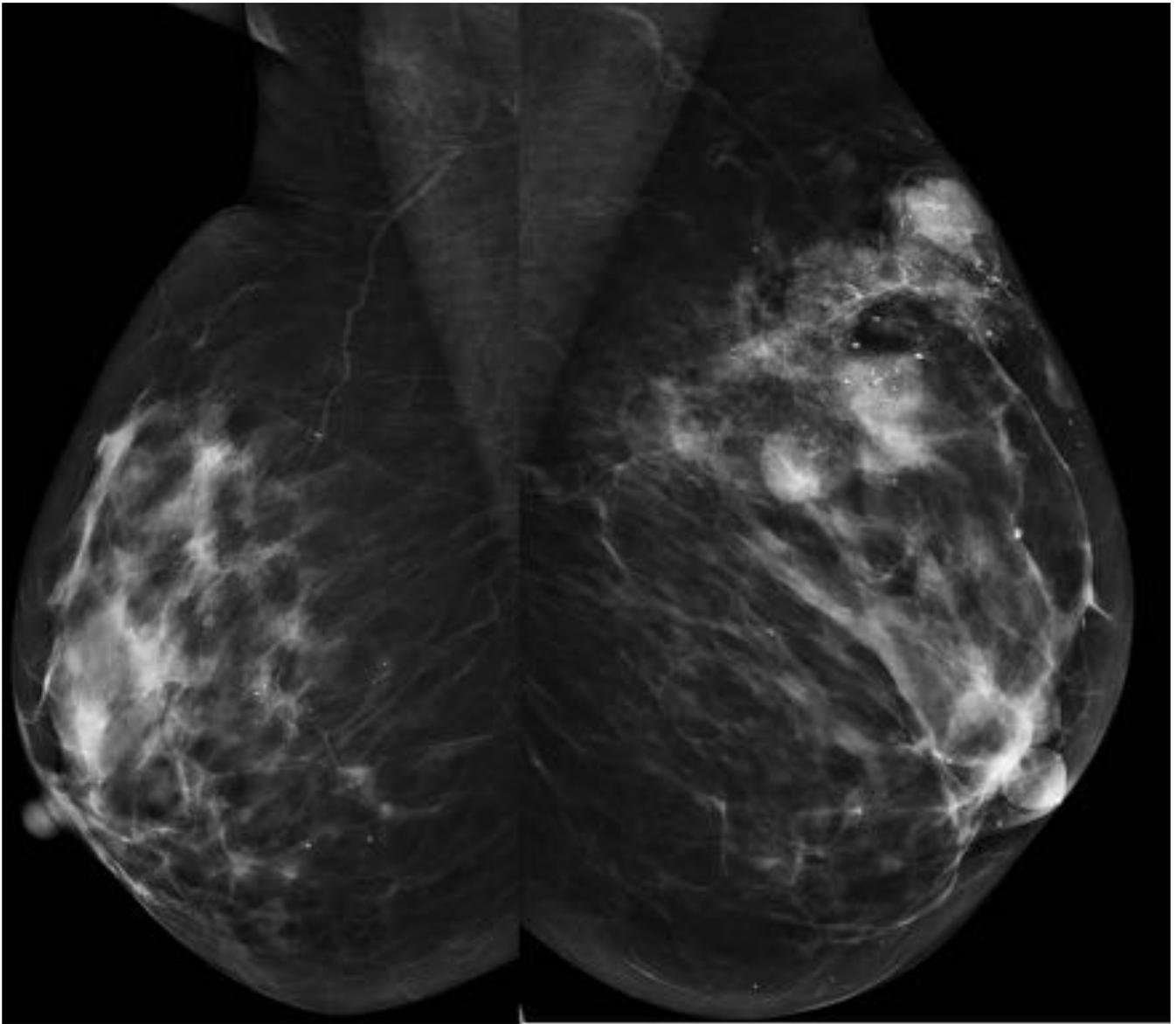


Fig. 8: Mamografía proyecciones OML de ambas mamas

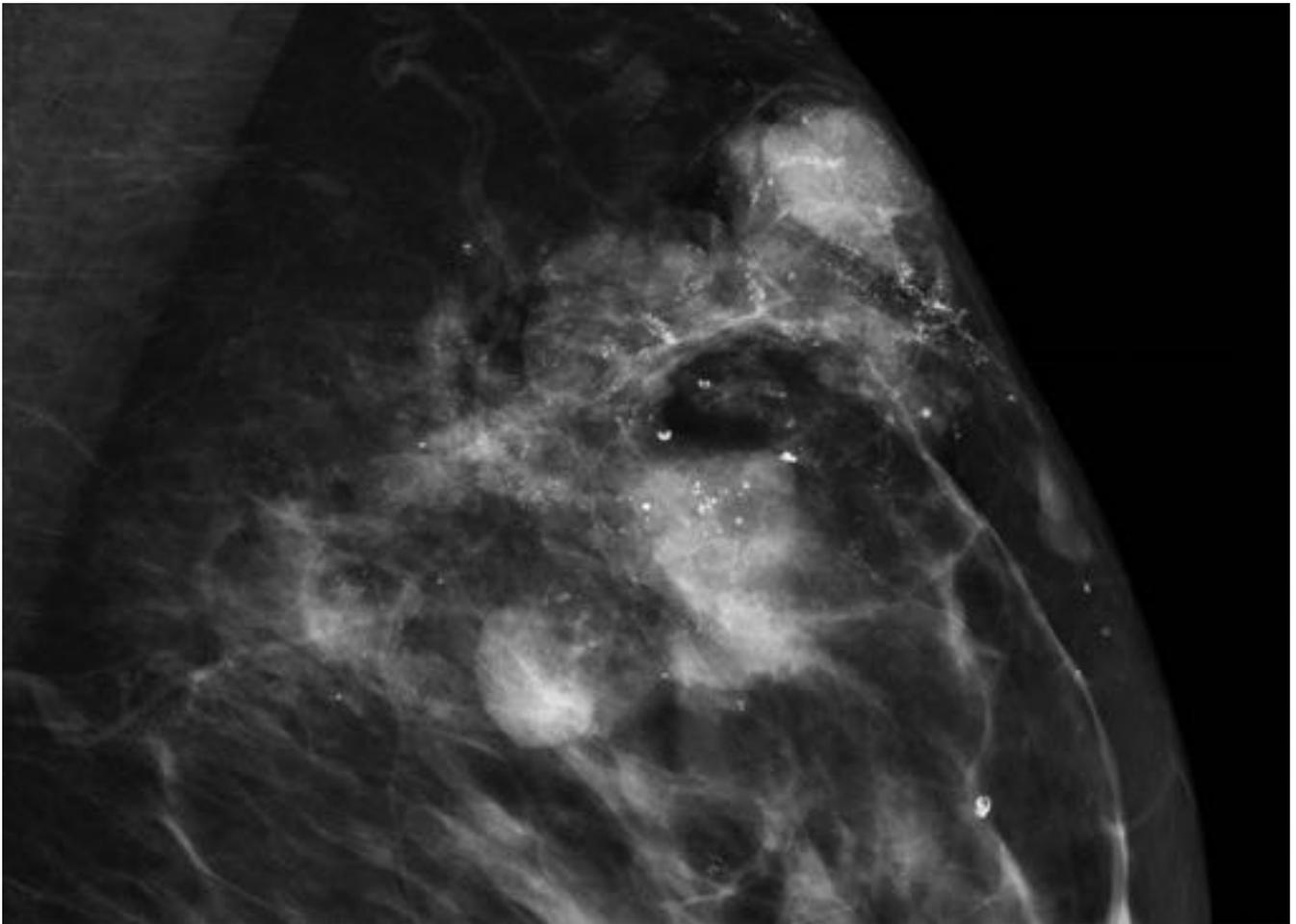


Fig. 9: Proyección mamográfica magnificada en cuadrantes superiores de mama izquierda



Fig. 10: Fotografía de la mama izquierda de la paciente

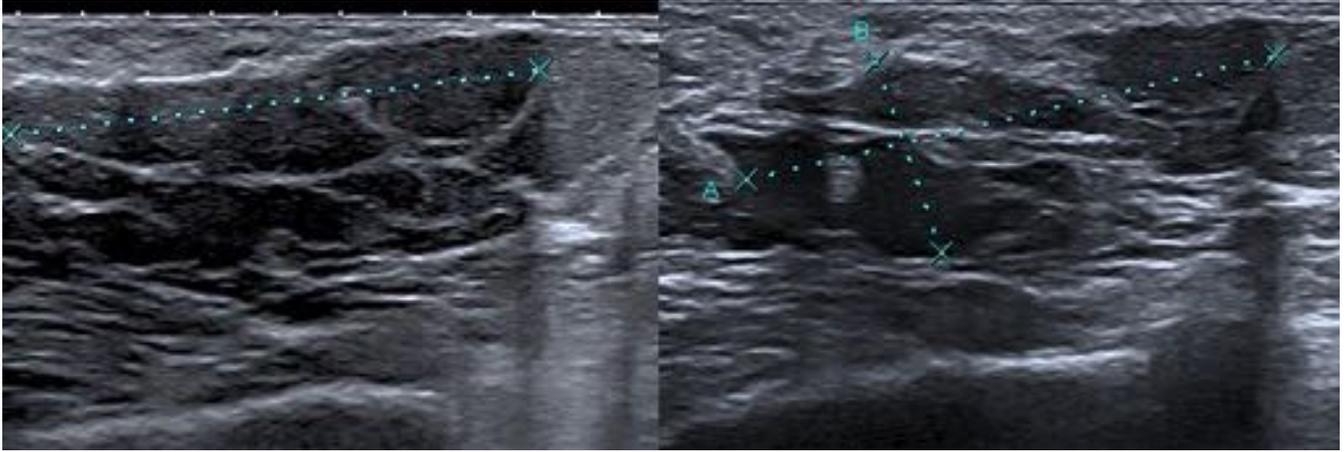


Fig. 11: Ecografía centrada en área palpable en mama izquierda

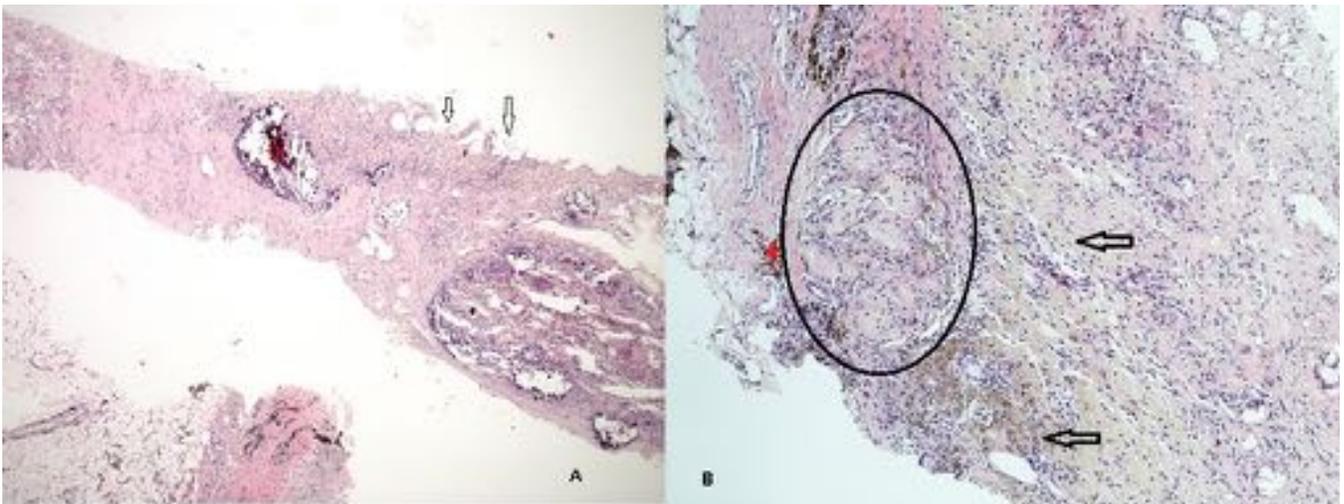


Fig. 12: Imágenes de Anatomía Patológica (AP) de la biopsia realizada

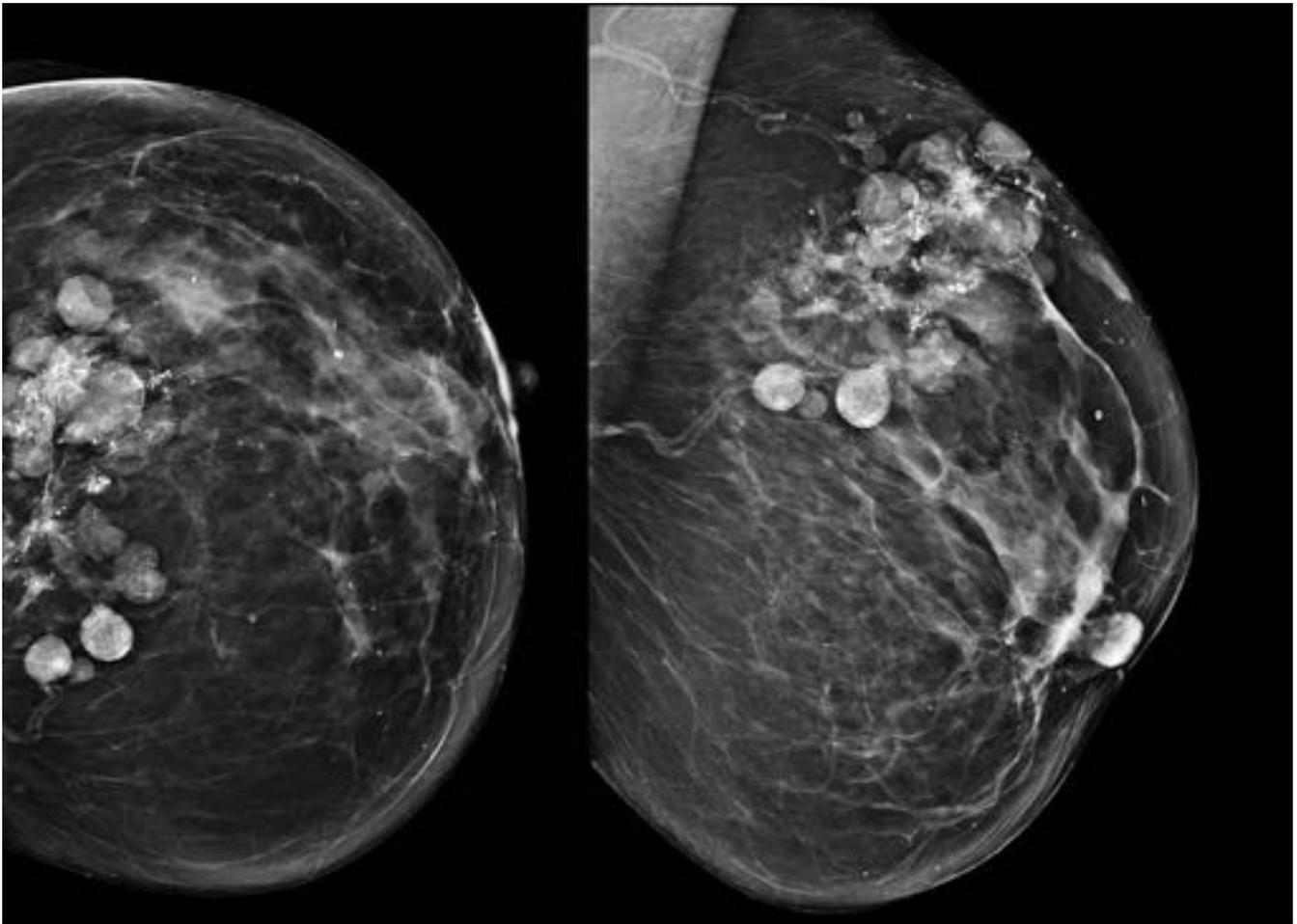


Fig. 13: Mamografía proyecciones CC y OML de mama izquierda



Fig. 14: Fotografías de la paciente en bipedestación y con brazos elevados

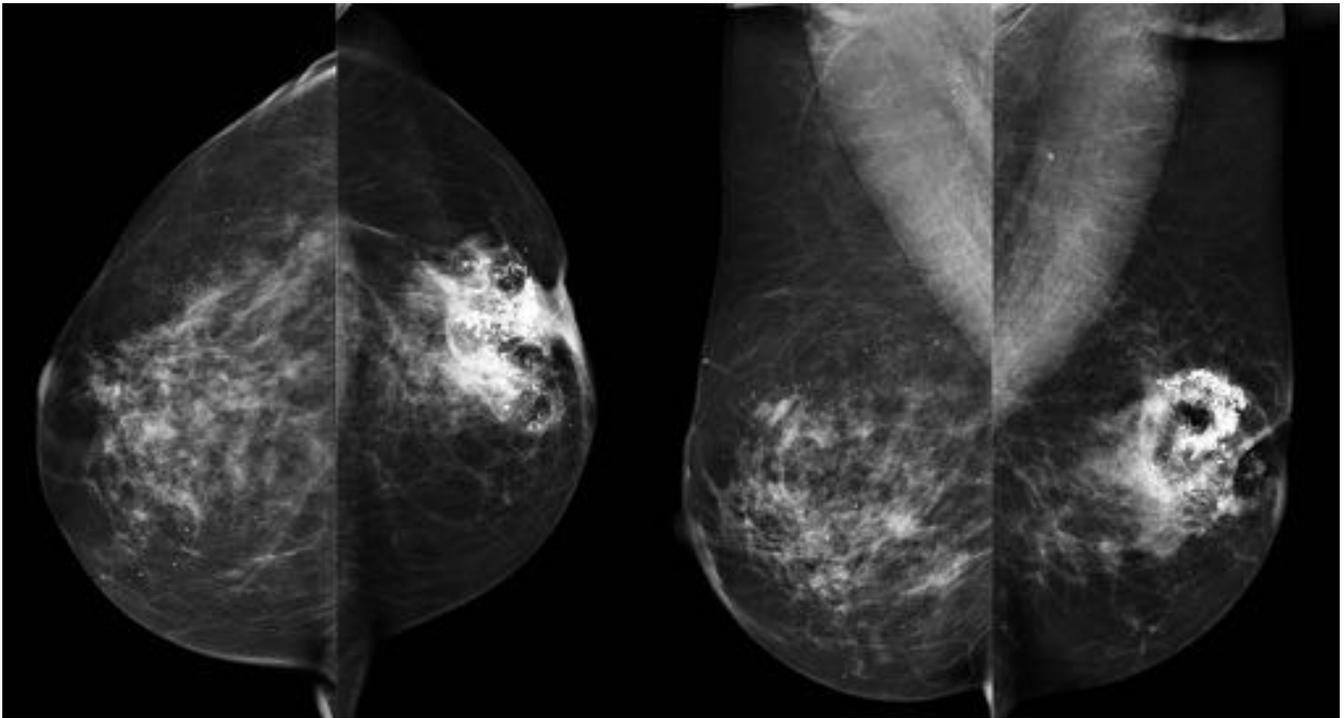


Fig. 15: Mamografía bilateral en proyecciones CC y OML de ambas mamas

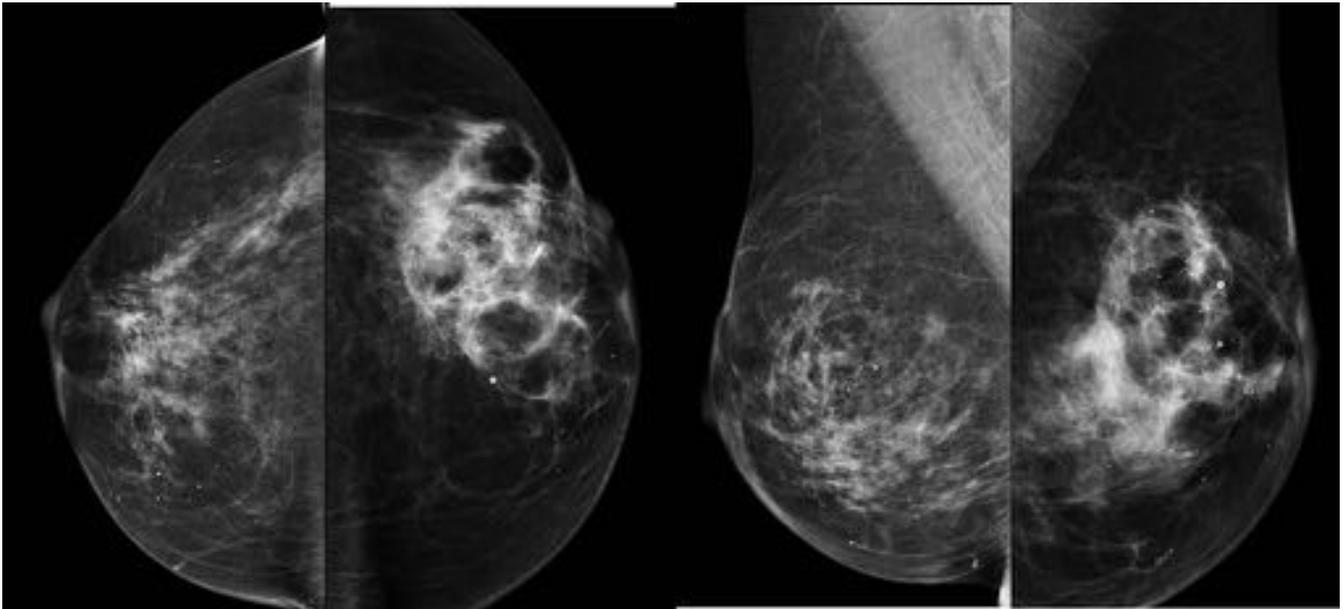


Fig. 16: Mamografía bilateral proyecciones CC y OML de ambas mamas del año 2012

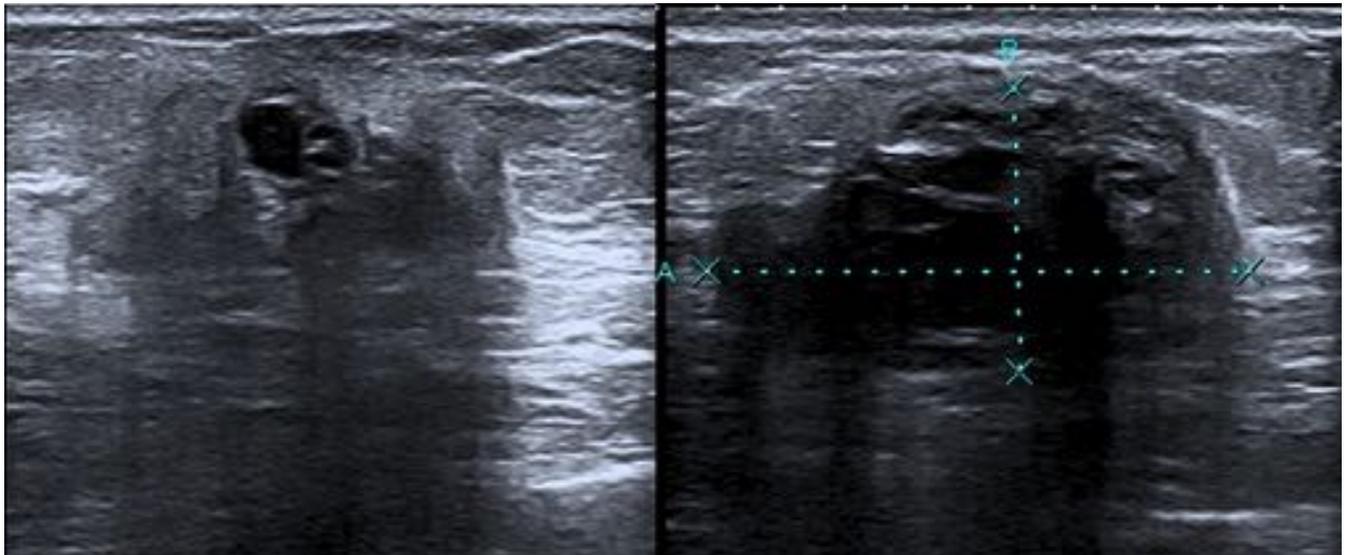


Fig. 17: Ecografía sobre lesión palpable en mama izquierda

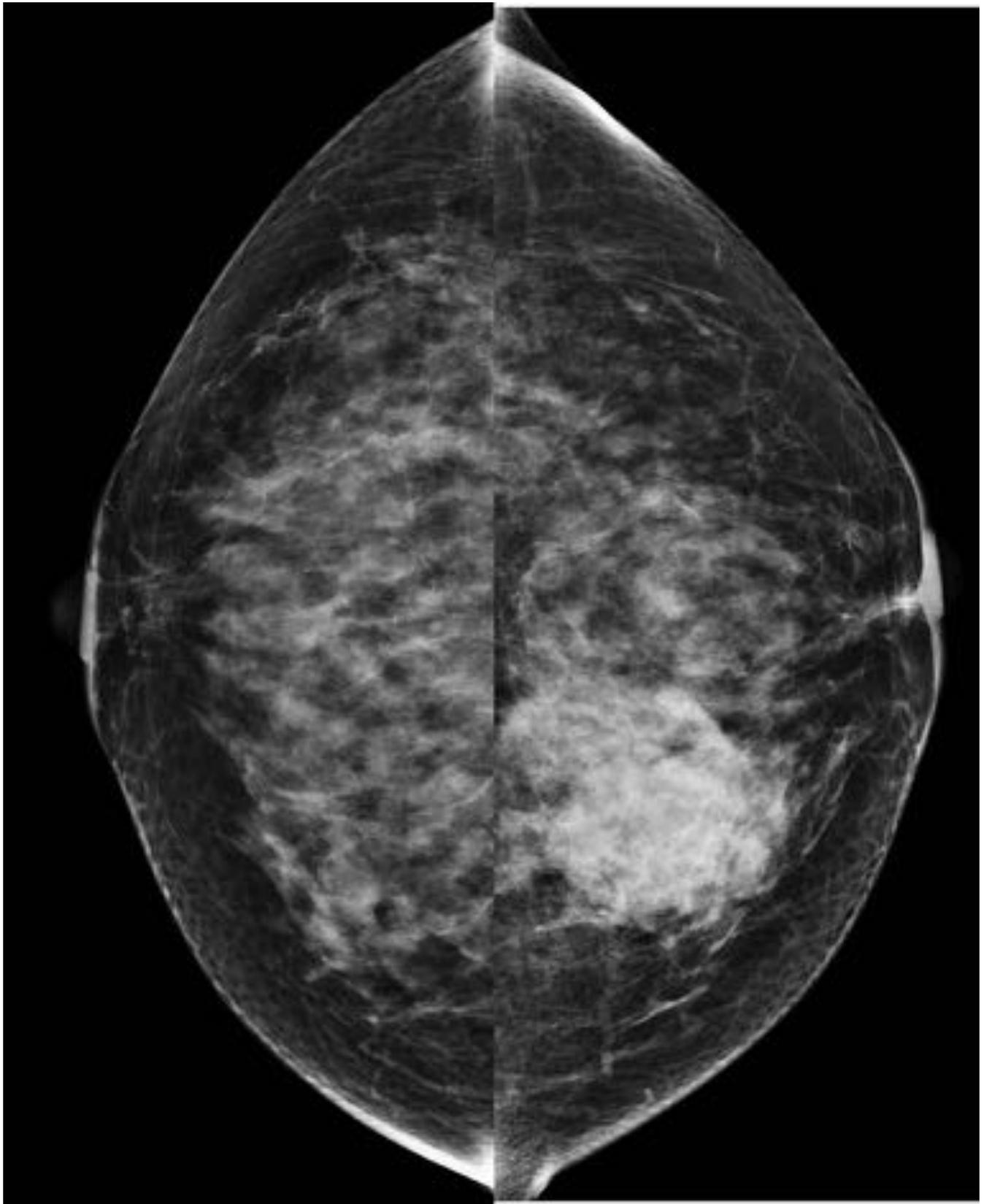


Fig. 18: Mamografía proyecciones CC de ambas mamas



Fig. 19: Mamografía proyecciones OML de ambas mamas

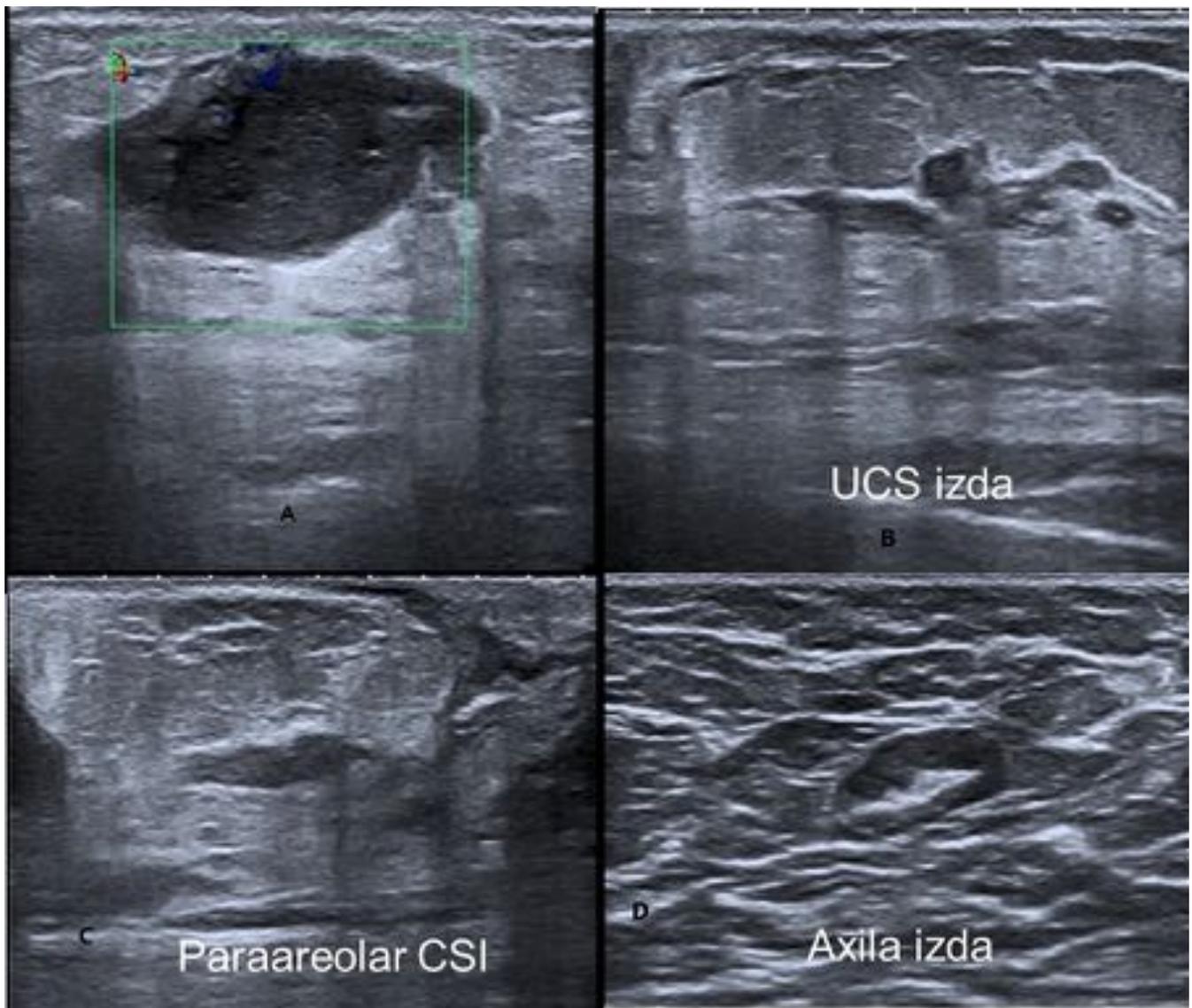


Fig. 20: Ecografía mama izquierda (A, B y C) y axila izquierda (D)



Fig. 21: Fotografía de la mama izquierda de la paciente tras colocación de abocath

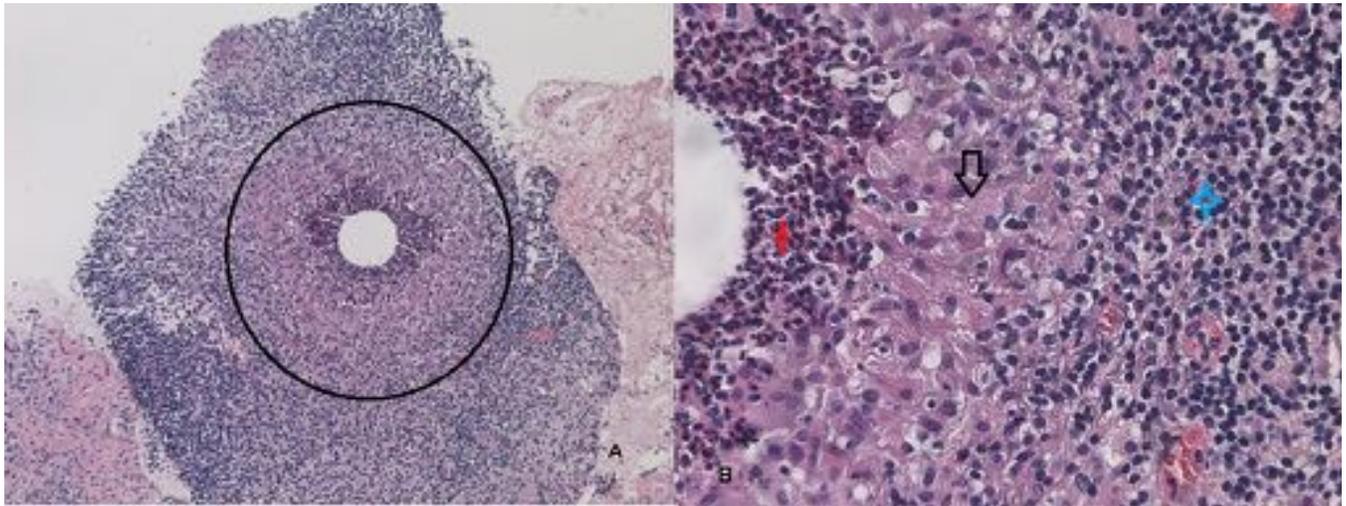


Fig. 22: Imágenes de AP de la biopsia realizada



Fig. 23: Fotografía de la mama derecha de la paciente

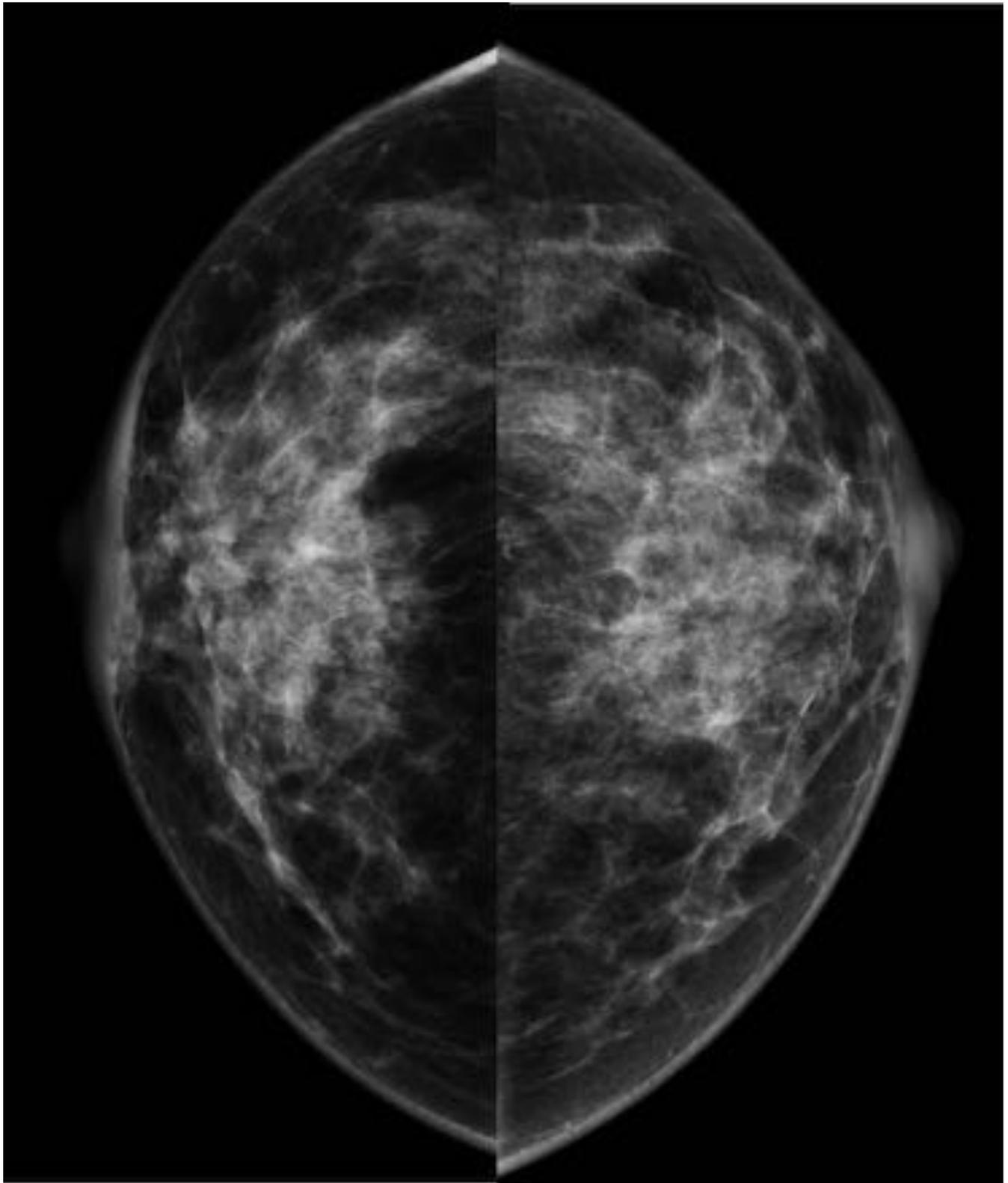


Fig. 24: Mamografía proyecciones CC de ambas mamas

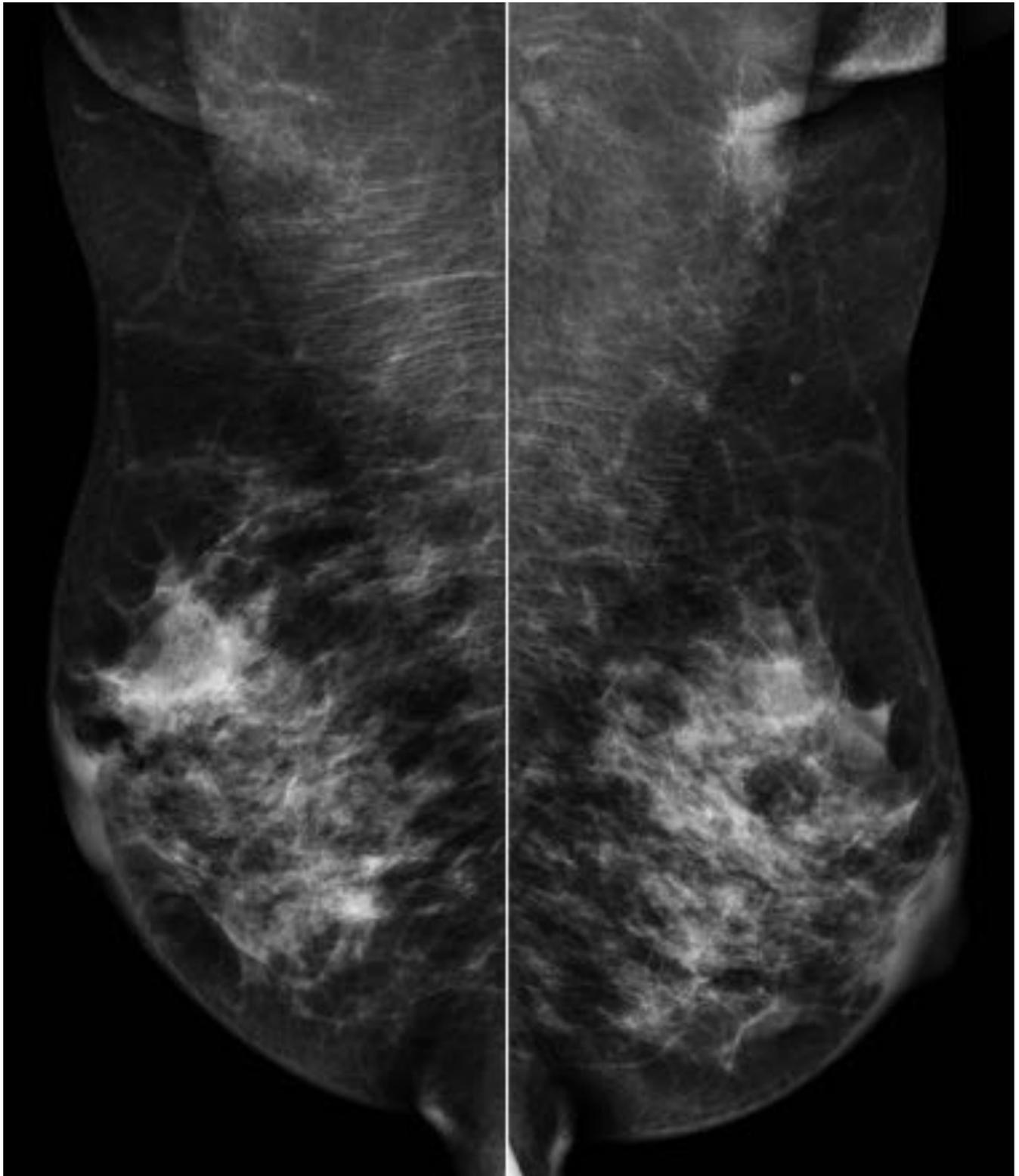


Fig. 25: Mamografía proyecciones OML de ambas mamas

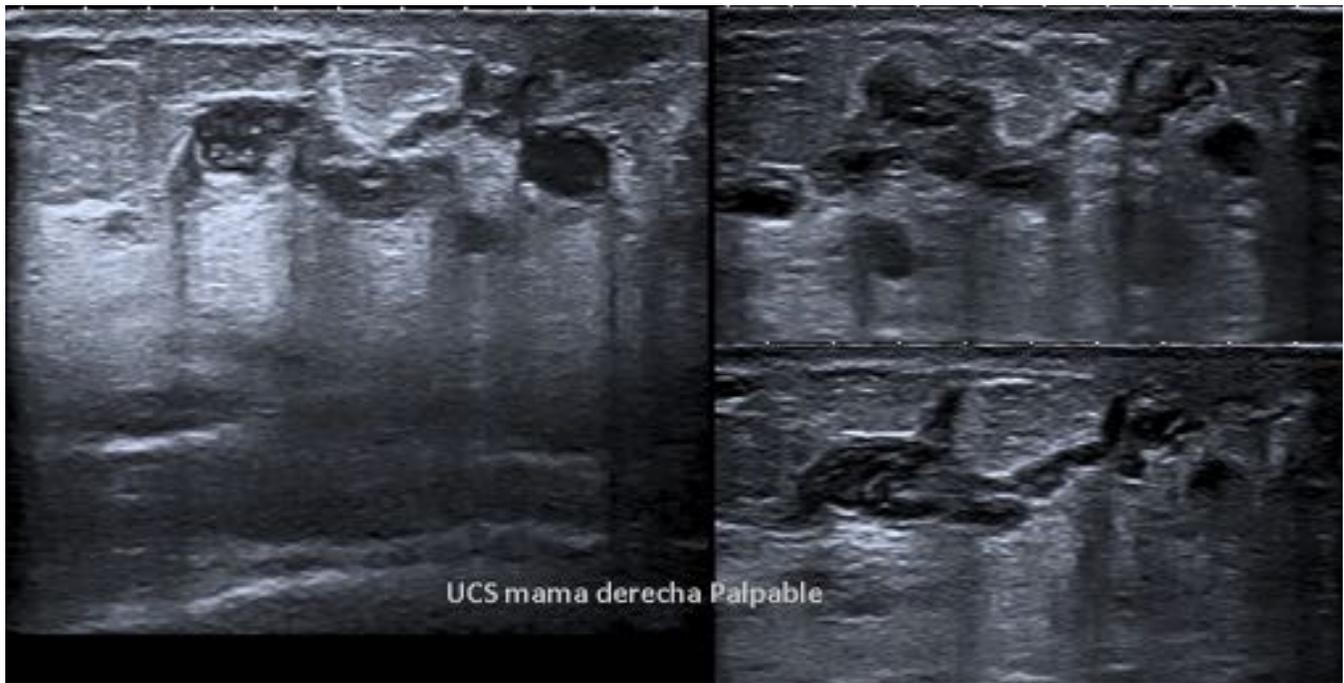


Fig. 26: Ecografía de la mama derecha sobre área palpable en UCS

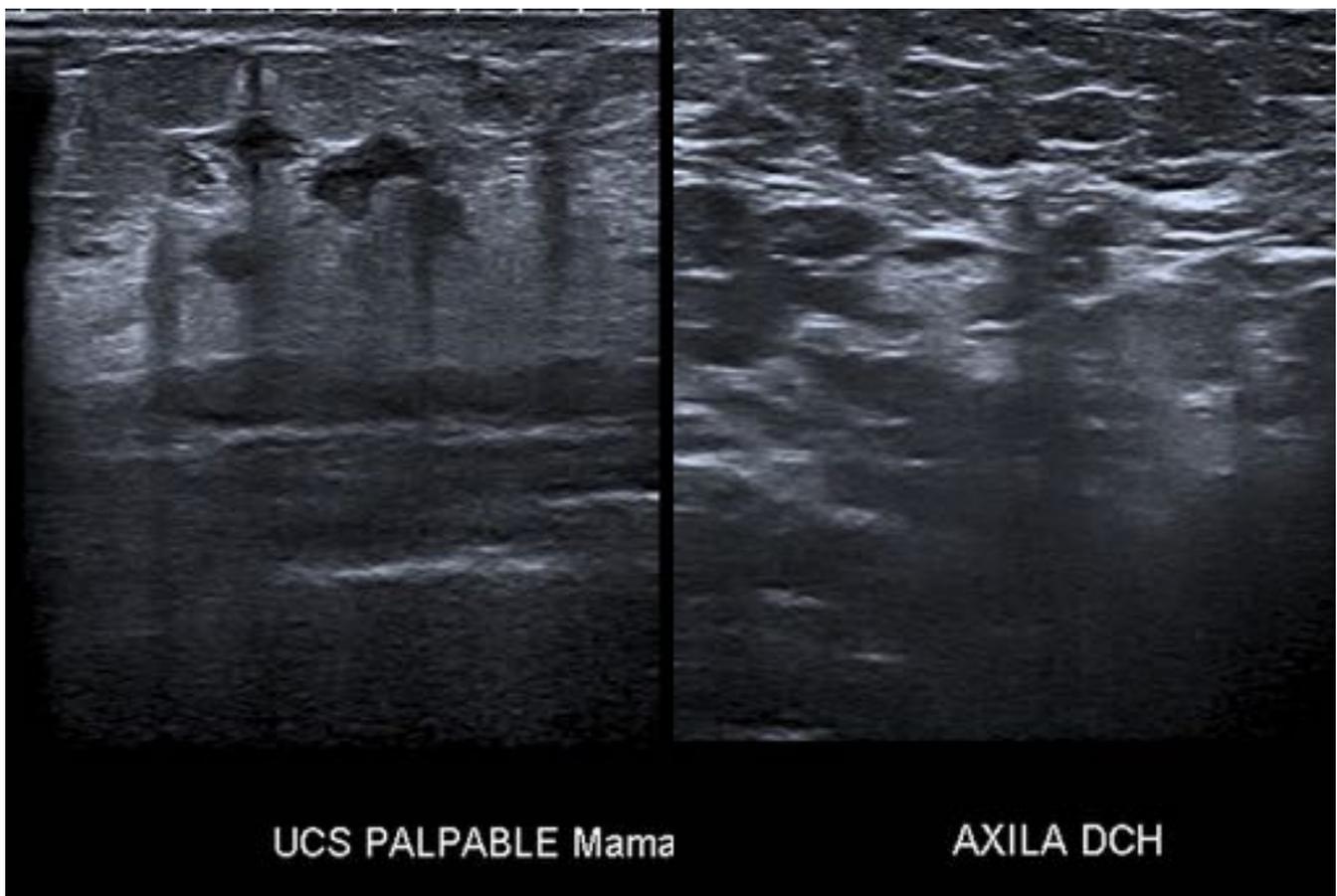


Fig. 27: Ecografía de la mama derecha centrados en UCS y ecografía de axila derecha posttratamiento

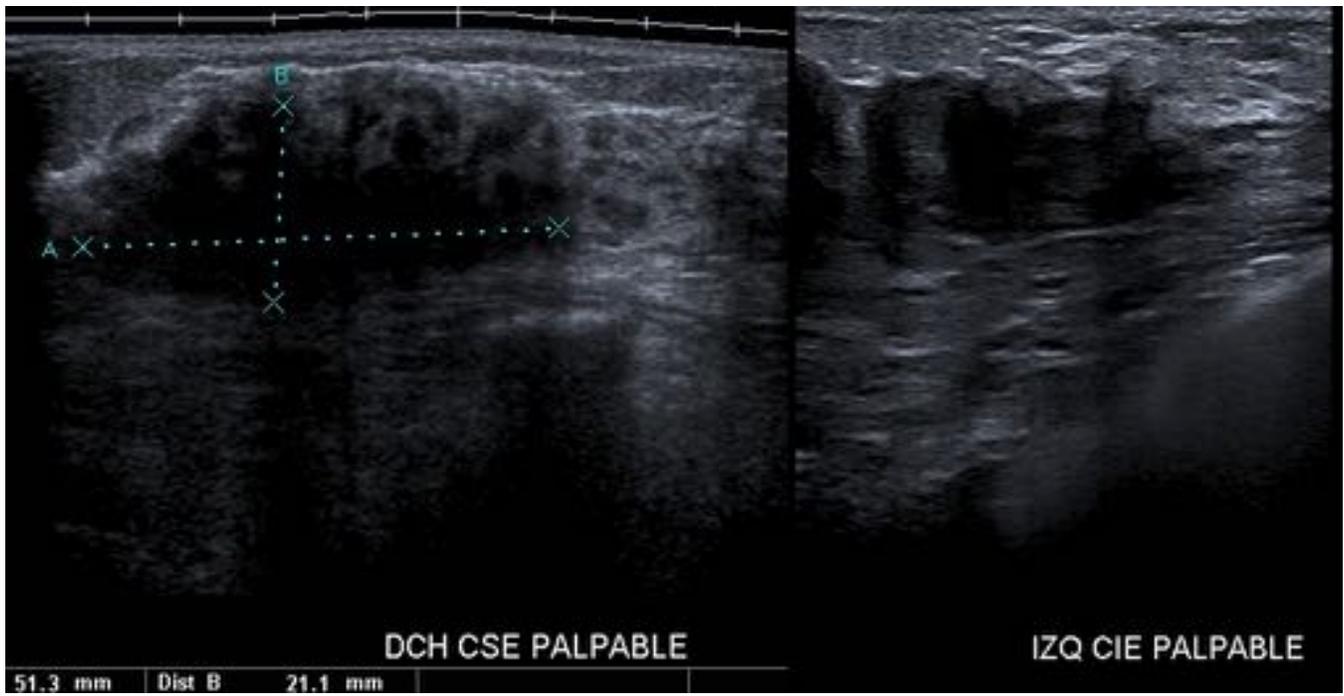


Fig. 28: Ecografía de CSE de mama derecha y CIE de la mama izquierda sobre lesiones palpables

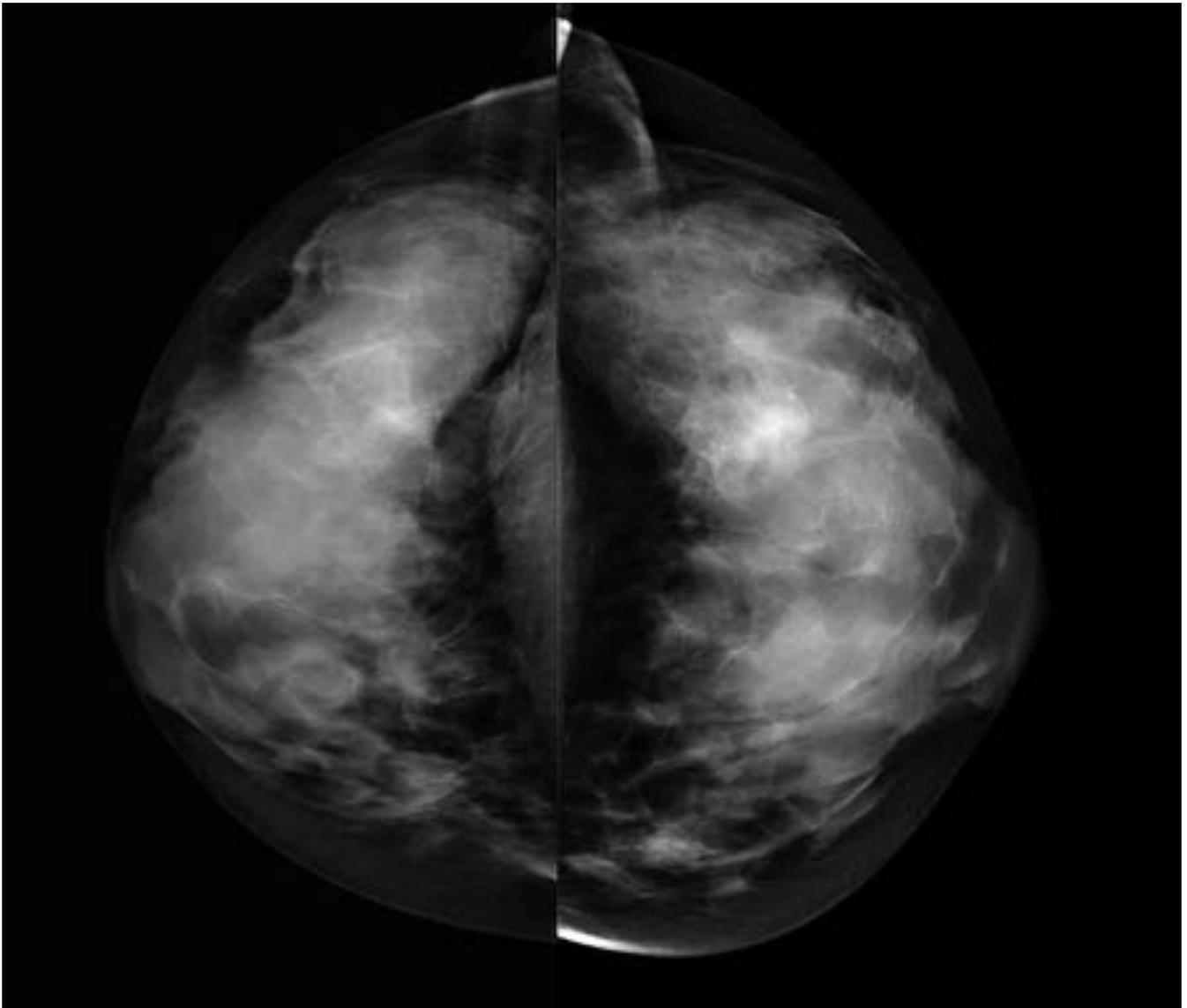


Fig. 29: Mamografía proyecciones CC de ambas mamas

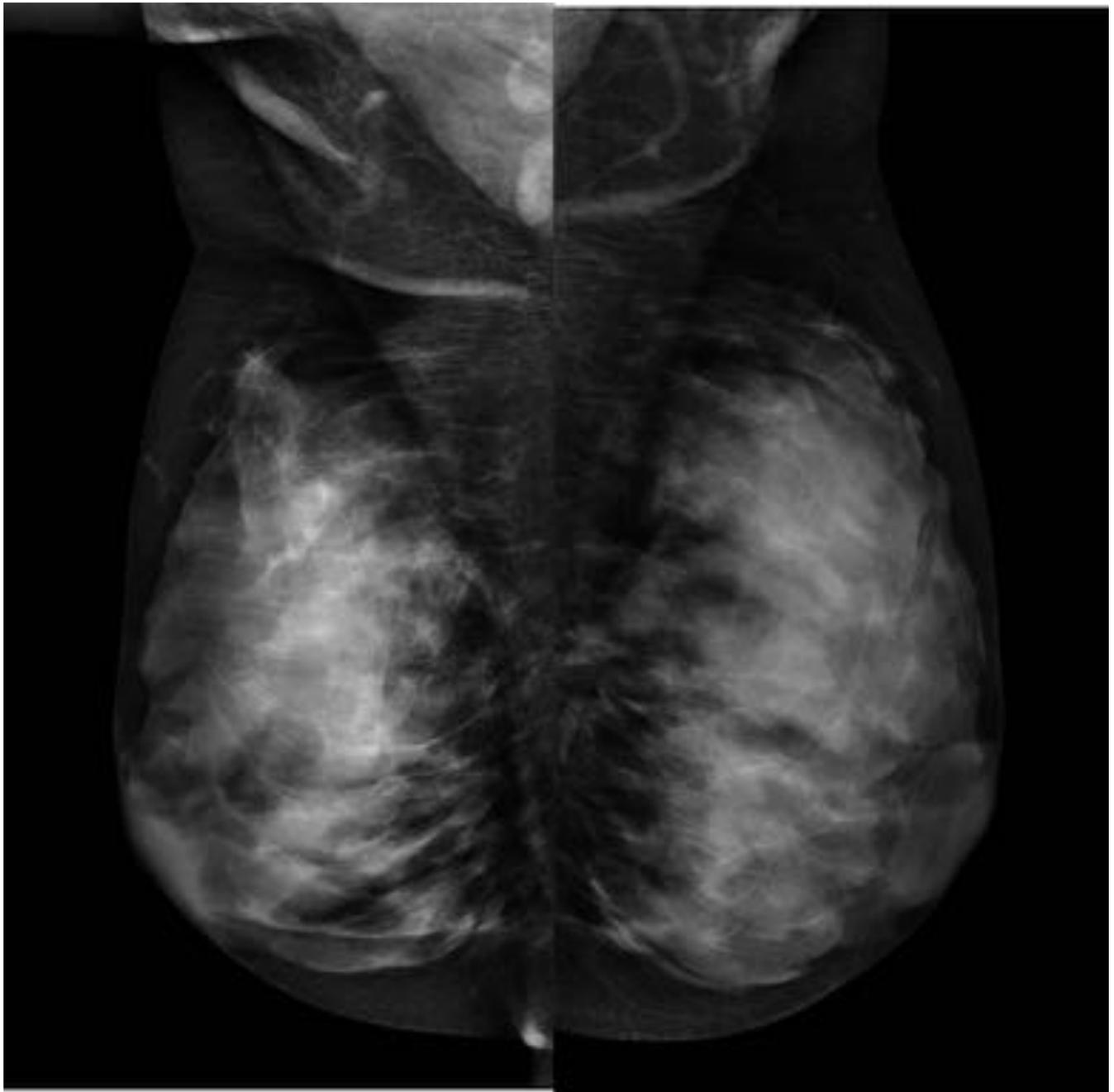


Fig. 30: Mamografía proyecciones OML de ambas mamas

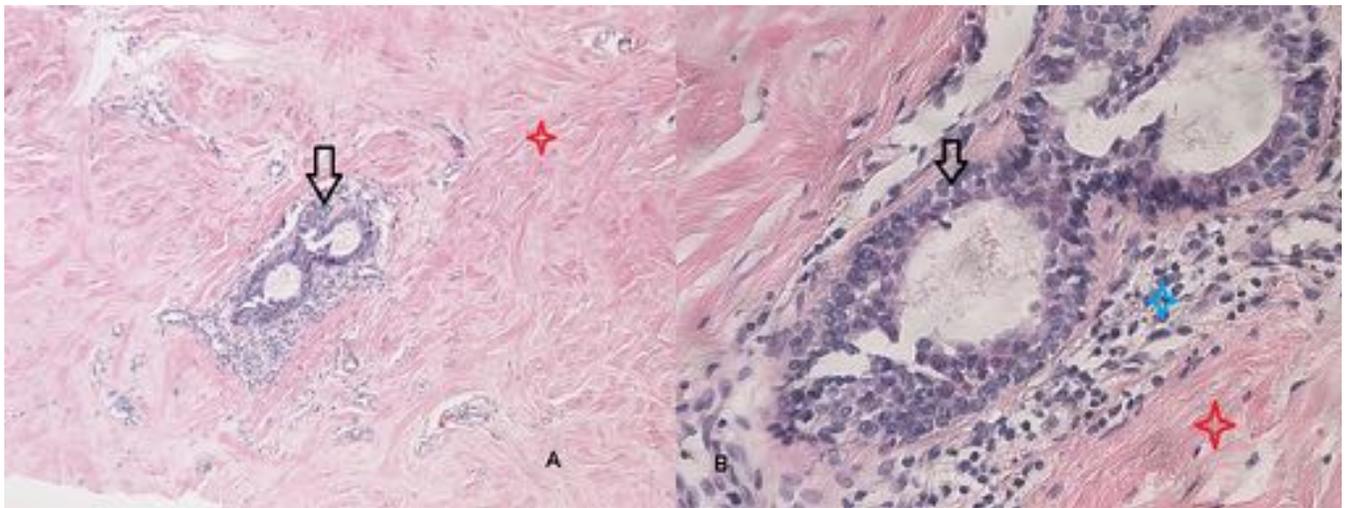


Fig. 31: Imágenes de AP de la biopsia realizada

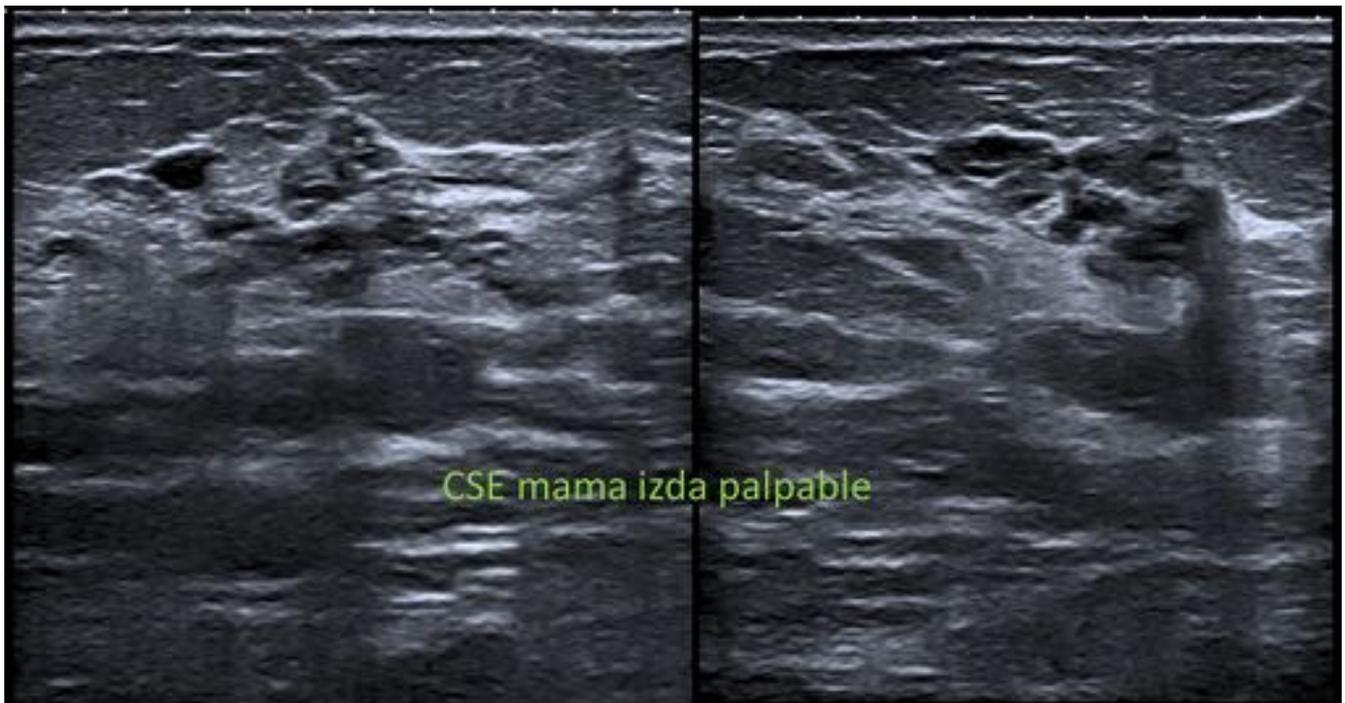


Fig. 32: Ecografía de CSE de la mama izquierda sobre área palpable

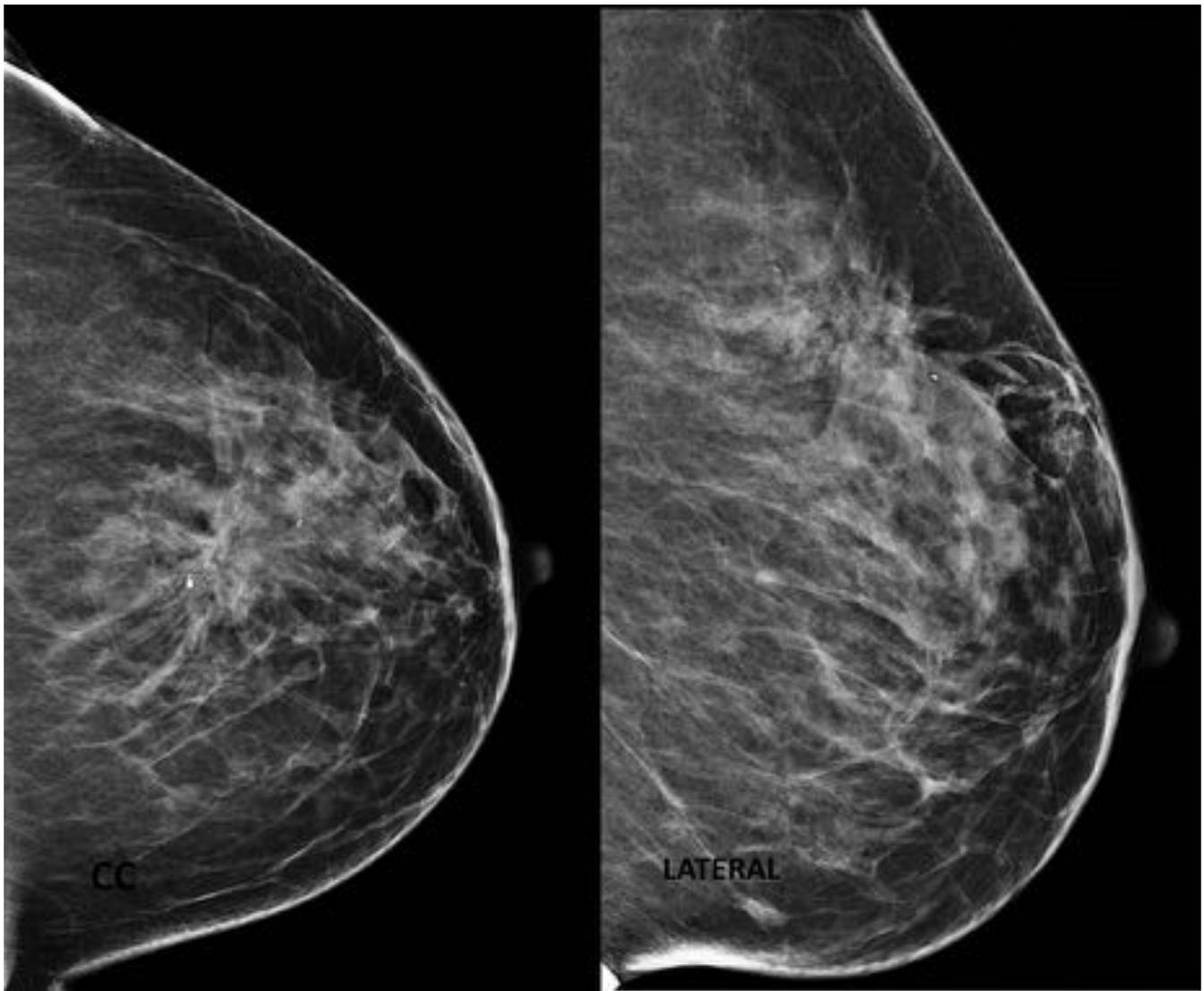


Fig. 33: Proyecciones mamográficas CC y lateral de la mama izquierda tras colocación del clip postbiopsia con guía ecográfica



Fig. 34: Pieza quirúrgica tras marcaje ecográfico de la distorsión

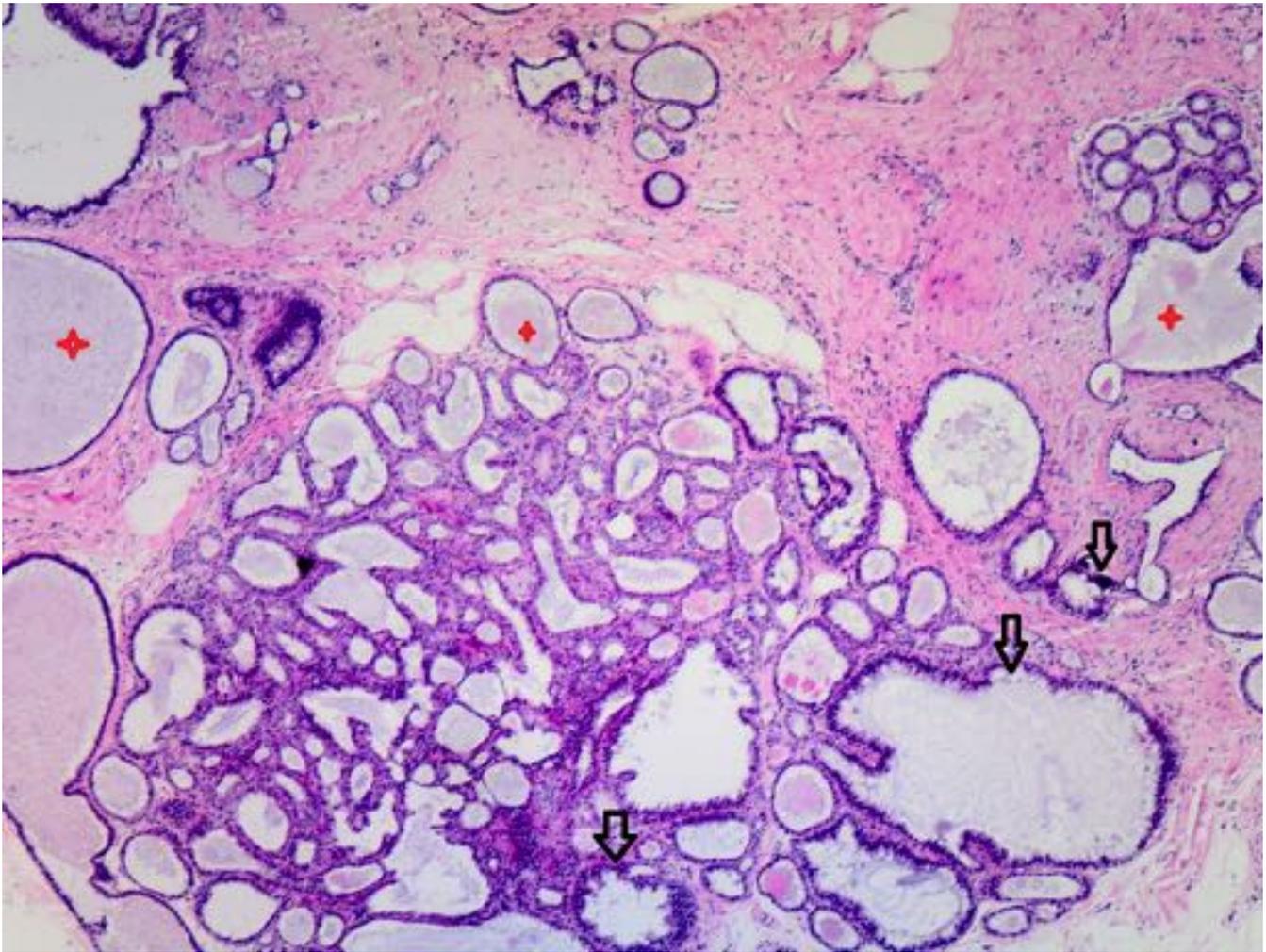


Fig. 35: Imagen de AP de la pieza quirúrgica

Conclusiones

- Existen lesiones mamarias benignas que pueden ser indistinguibles clínica y radiológicamente de lesiones malignas. Resulta necesario, por tanto, conocer las diferentes patologías benignas de la mama y tenerlas siempre presentes en el diagnóstico diferencial.
- Es fundamental conocer los antecedentes y la sintomatología de cada una de las pacientes, ya que es imprescindible la correlación clínica con los hallazgos en imagen, con el fin de conseguir el diagnóstico correcto y tratamiento adecuado en cada caso.

Bibliografía / Referencias

- 1- Christensen A.F, Al-Suliman N,K, Nielsen R,I Vejborg, Severinsen N, Christensen H, and Nielsen M.B. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. *The British Journal of Radiology*, 78 (2005), 186–188.

2- Trop I, Dugas A, David J, El Khoury M, Boileau JF, Larouche N, Lalonde L. Breast abscesses: Evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up. *RadioGraphics* 2011;31:1683-1699.

3-Taboada JL, Stephens TW, Krishnamurthy S et-al. The many faces of fat necrosis in the breast. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;192 (3): 815-25.

4- Bilgen IG, Ustun EE, Memis A. Fat necrosis of the breast: clinical, mammographic and sonographic features. *Eur J Radiol.* 2001;39 (2): 92-9.

5-Josep M. Sabate, MD, Montse Clotet, MD, Sofia Torrubia, MD, Antonio Gomez, MD, Ruben Guerrero, MD, Pilar de Las Heras, MD, Enrique Lerma, MD. Radiologic Evaluation of Breast Disorders Related to Pregnancy and Lactation. *RadioGraphics* 2007; 27:S101–S124.

6- Josep M. Sabate, MD, Montse Clotet, MD , Antonio Gomez, MD, Pilar De las Heras, MD, Sofia Torrubia, MD, Teresa Salinas, MD. Radiologic Evaluation of Uncommon Inflammatory and Reactive Breast Disorders. *RadioGraphics* 2005; 25: 411-424