

CUÁNDO LAS MASTITIS NO MEJORAN...

¿MASTITIS GRANULOMATOSA LOBULILLAR IDIOPÁTICA?

Rocío González Tovar, Sara Jiménez Arranz,
M.Teresa Fernández Taranilla, Leisy
Sotolongo Diaz, Javier Torrens Martínez,
Manuel Delgado Márquez, Silvia Álvarez Díaz.

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

OBJETIVOS DOCENTES

- La mastitis granulomatosa lobulillar idiopática (MGLI) es una enfermedad inflamatoria crónica benigna poco frecuente, de origen desconocido, caracterizado por la presencia de granulomas no caseificantes.
- Debemos sospechar esta entidad en aquellas pacientes que tras un proceso infeccioso reciben tratamiento antibiótico con una escasa o nula respuesta.
- Es un diagnóstico de exclusión, planteándose como diagnósticos diferenciales las enfermedades infecciosas agudas o crónicas y no infecciosas que cursen con formación de granulomas.
- Por sus características de imagen debemos descartar el cáncer de mama.

REVISIÓN DEL TEMA

- Afecta a mujeres en edad fértil, encontrándose asociación con el embarazo, lactancia, toma de anticonceptivos orales, enfermedades autoinmunes.
- CLÍNICA:
 - Masa unilateral firme en cualquier localización de la mama; suele extenderse radialmente desde la región retroareolar.
 - Eritema.
 - Dolor.
 - Engrosamiento cutáneo, ulceración/retracción de la piel.
 - Secreción por el pezón.
 - Adenopatías axilares reactivas pueden estar presentes.
 - Afectación bilateral es muy rara.

REVISIÓN DEL TEMA

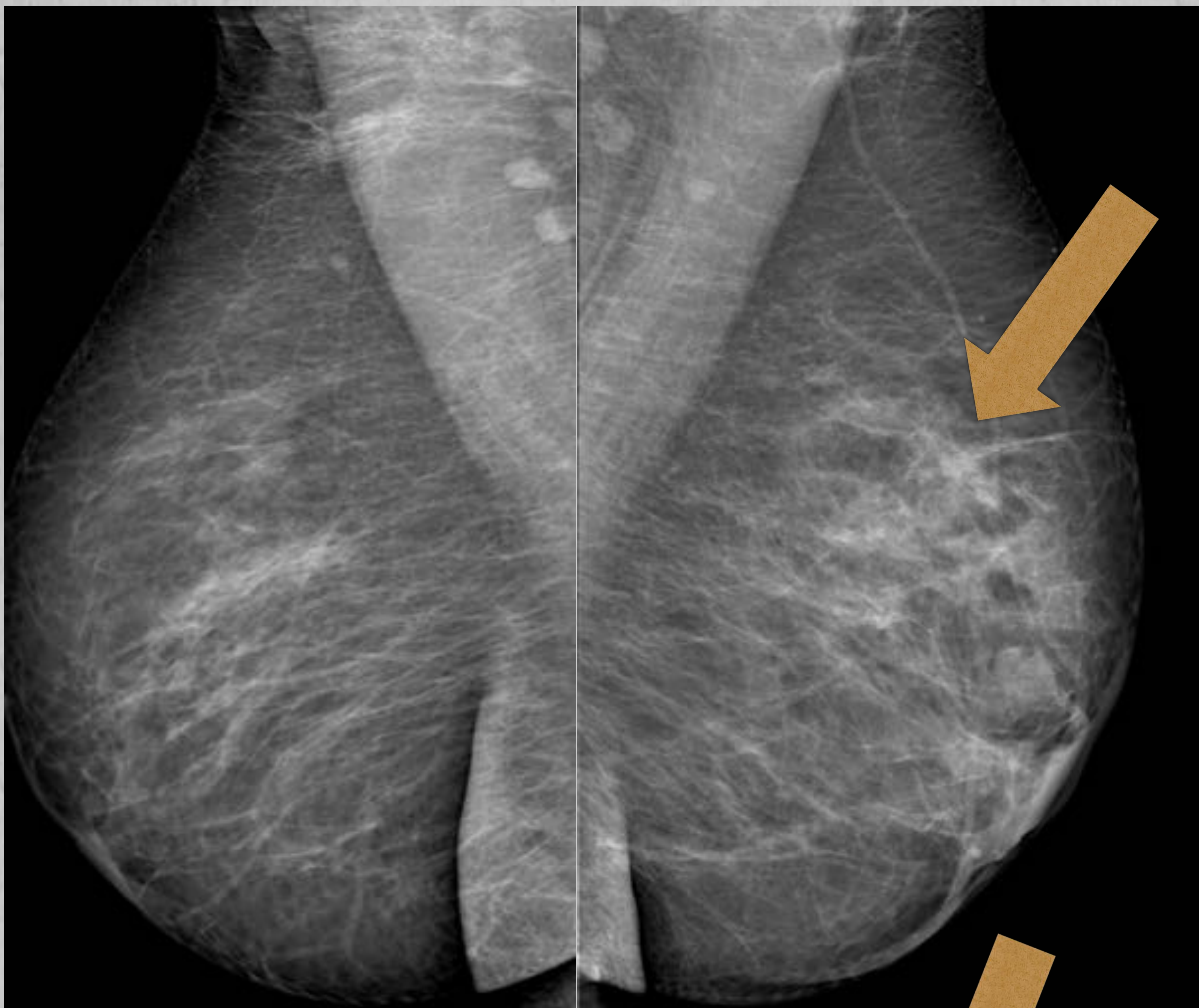
Hallazgos radiológicos

- Los hallazgos radiológicos son inespecíficos.
- **MAMOGRAFÍA**: Los hallazgos varían desde la normalidad (pacientes con elevada densidad mamaria), asimetría focal o regional (Fig. 1), masas con características benignas o malignas.
- **ECOGRAFÍA**: múltiples lesiones tubulares hipoecogénicas agrupadas asociado a masas hipoecogénicas irregulares (Fig.2), son características.

Fig.1: Mujer de 32 años con mastitis izquierda de repetición.

Mamografía bilateral : Asimetría glandular focal en CSE/ICS de mama izquierda (flechas)

OML



CC

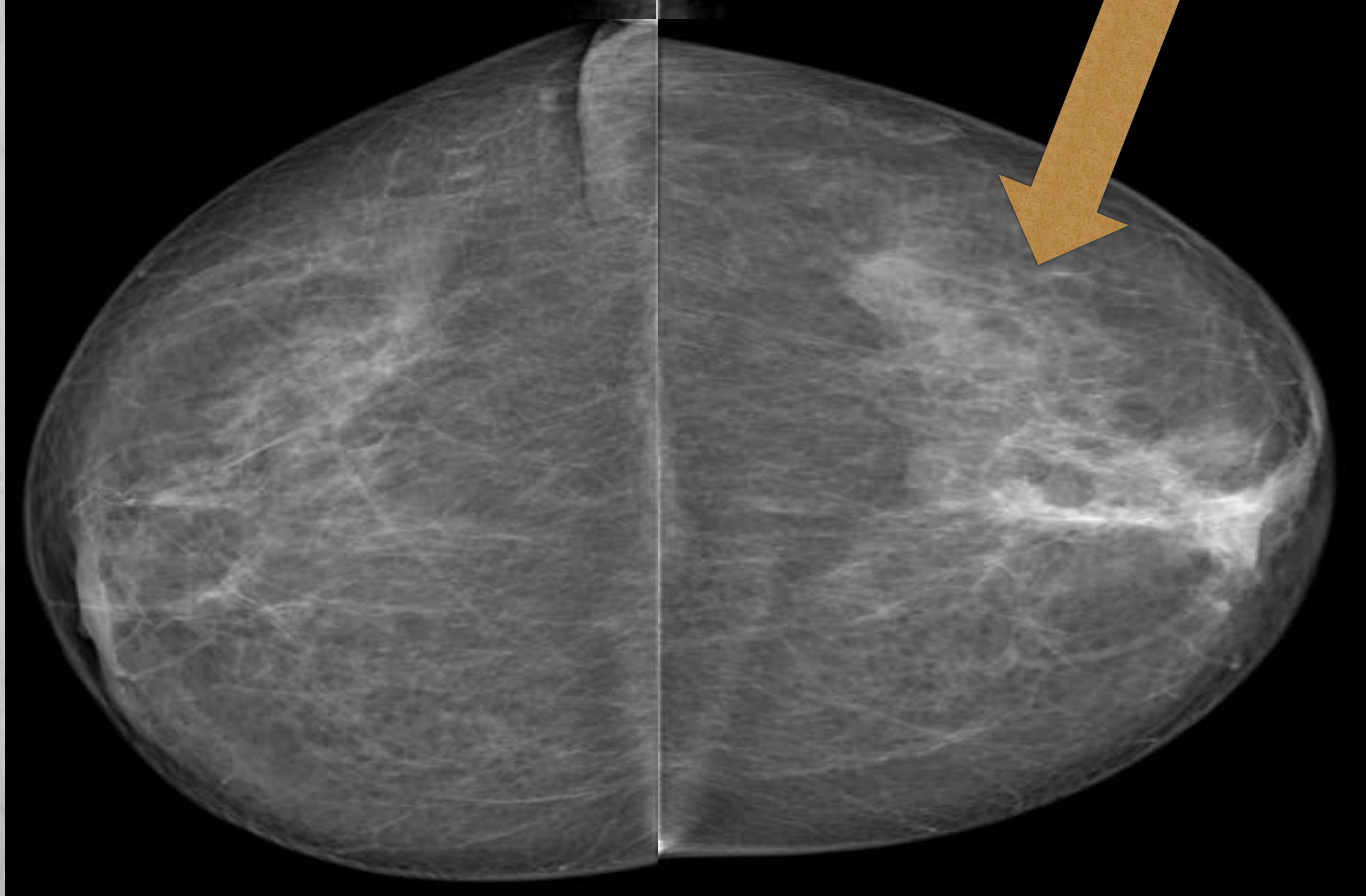
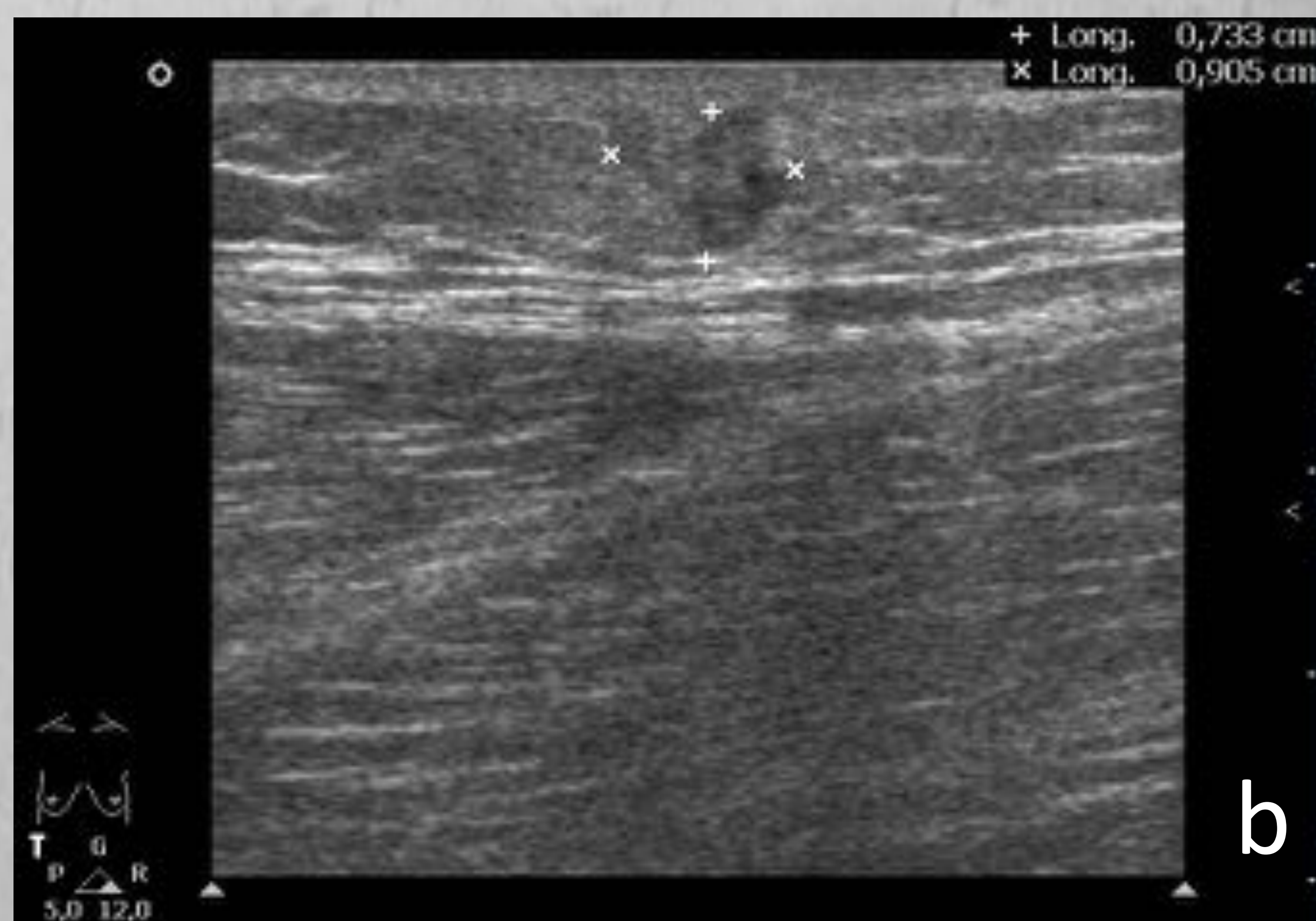


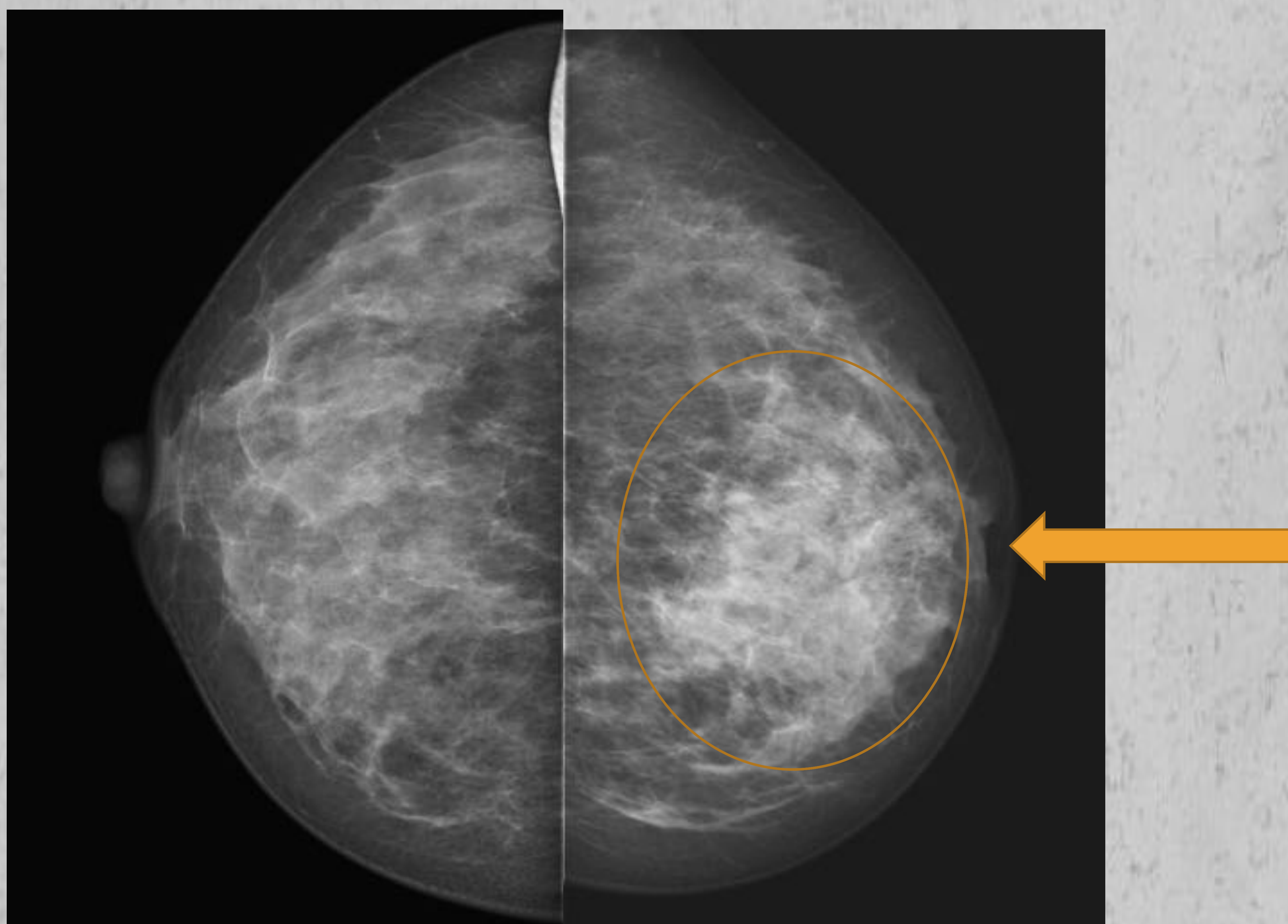
Fig.2: Ecografía: Coincidiendo con la asimetría visible en la mamografía y con el área dolorosa, imagen hipoeecogénica de morfología irregular sugestivo de absceso mamario. Se aprecia un aumento de la ecogenicidad perilesional. La biopsia de mama: Mastitis granulomatosa lobulillar idiopática



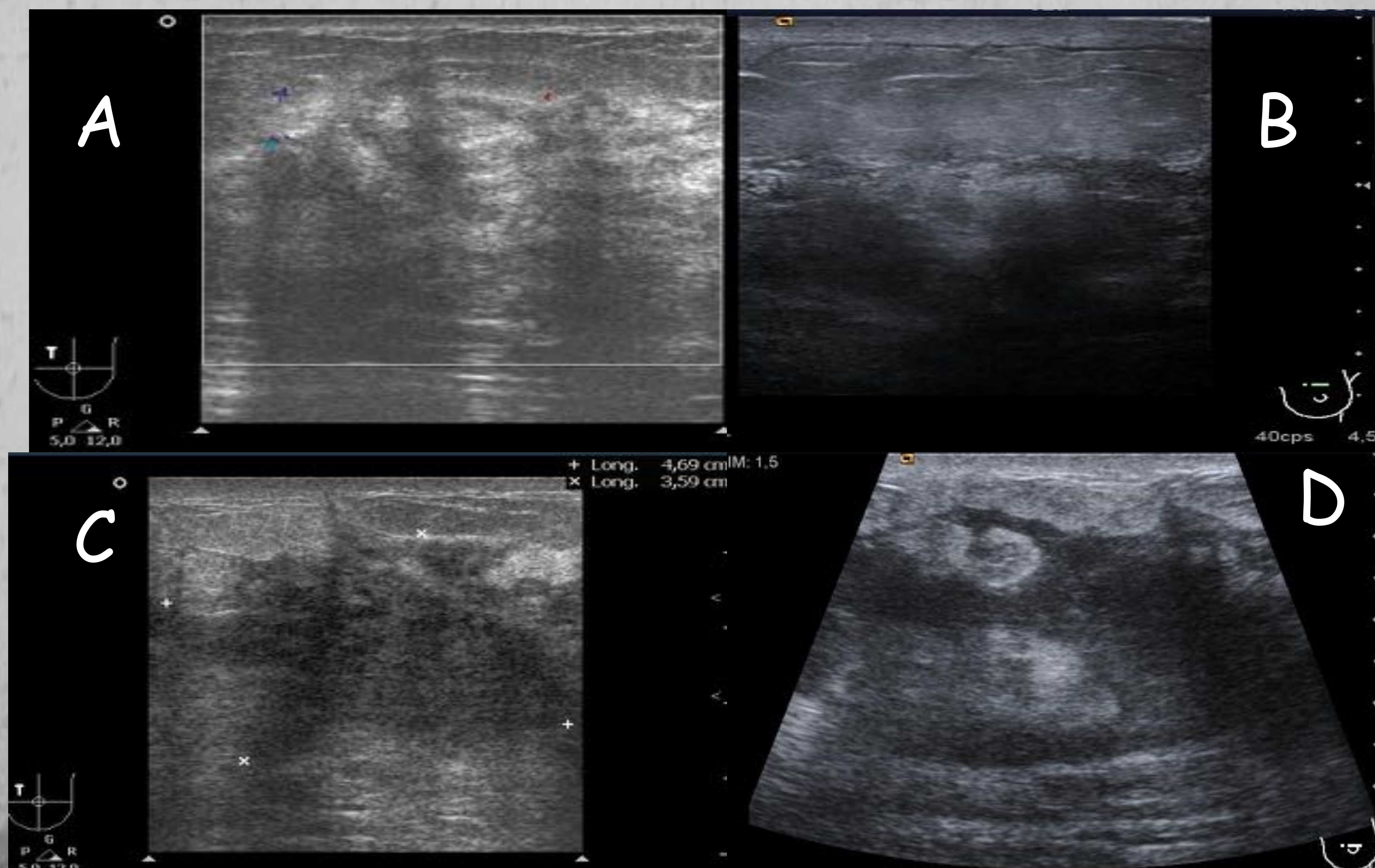
Al mes, aparición de lesiones cutáneas eritematovioláceas dolorosas en el abdomen y muslo que en ecografía se correspondían con colección subcutánea heterogénea (a) y nódulo hipoeecogénico irregular (b) respectivamente. El resultado de la biopsia cutánea fue paniculitis lobulillar.



Caso 1: Mujer de 30 años con dolor y tumefacción en mama izquierda. En la mamografía se visualiza una asimetría glandular en los cuadrantes internos de la mama izquierda (círculo). Se objetiva una retracción del pezón izquierdo (flecha)



Ecografía mamaria de la misma paciente: (A) área mal definida de ecoestructura heterogénea. (B) Engrosamiento cutáneo y aumento de la ecogenicidad del tejido celular subcutáneo en relación con edema/celulitis. A pesar del tratamiento antibiótico, nula mejoría de los síntomas. A los 2-3 meses se visualiza (C, D) colección heterogénea de bordes irregulares que requirió drenaje quirúrgico.



REVISIÓN DEL TEMA

Hallazgos radiológicos

RESONANCIA MAGNÉTICA

- Indicada para evaluar la extensión de la enfermedad y valorar la mama contralateral.
- Se reserva para enfermedades avanzadas, agresivas o refractarias.
- Evaluar la progresión o regresión de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Hallazgos:

- Masas mal definidas heterogéneas.
- Áreas de aumento de señal en T2 en relación con colecciones fluidas.
 - Realce no masa.
 - Marcado realce parenquimatoso con curvas cinéticas progresivas o en meseta (tipo 1 y 2).
 - Estudio difusión: restricción con valores de ADC bajos ($1.0 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{sg}$) respecto al parénquima normal.

REVISIÓN DEL TEMA Diagnóstico

- Es un diagnóstico de exclusión.
- PAAF:
 - útil para el drenaje de abscesos y colecciones.
 - diferencia malignidad de procesos inflamatorios/ infecciosos.
- Análisis MICROBIOLÓGICO: descarta la presencia de microorganismos (bacterias(fig.5), hongos, parásitos).
 - Hay evidencia de asociación de MGLI con infección o colonización por *Corynebacterium kroppenstedtii*.
- El diagnóstico definitivo se hará con BIOPSIA y estudio ANATOMOPATOLÓGICO (Fig. 3-4):
 - *Granulomas no caseificantes* centrada en los lóbulos.
 - Se puede asociar con: linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y células gigantes.

Fig 3. Estudio microscópico con tinción hematoxilina-eosina (40x) donde observamos inflamación granulomatosa (granulomas alrededor de espacios ópticamente vacíos) e infiltración inflamatoria crónica.

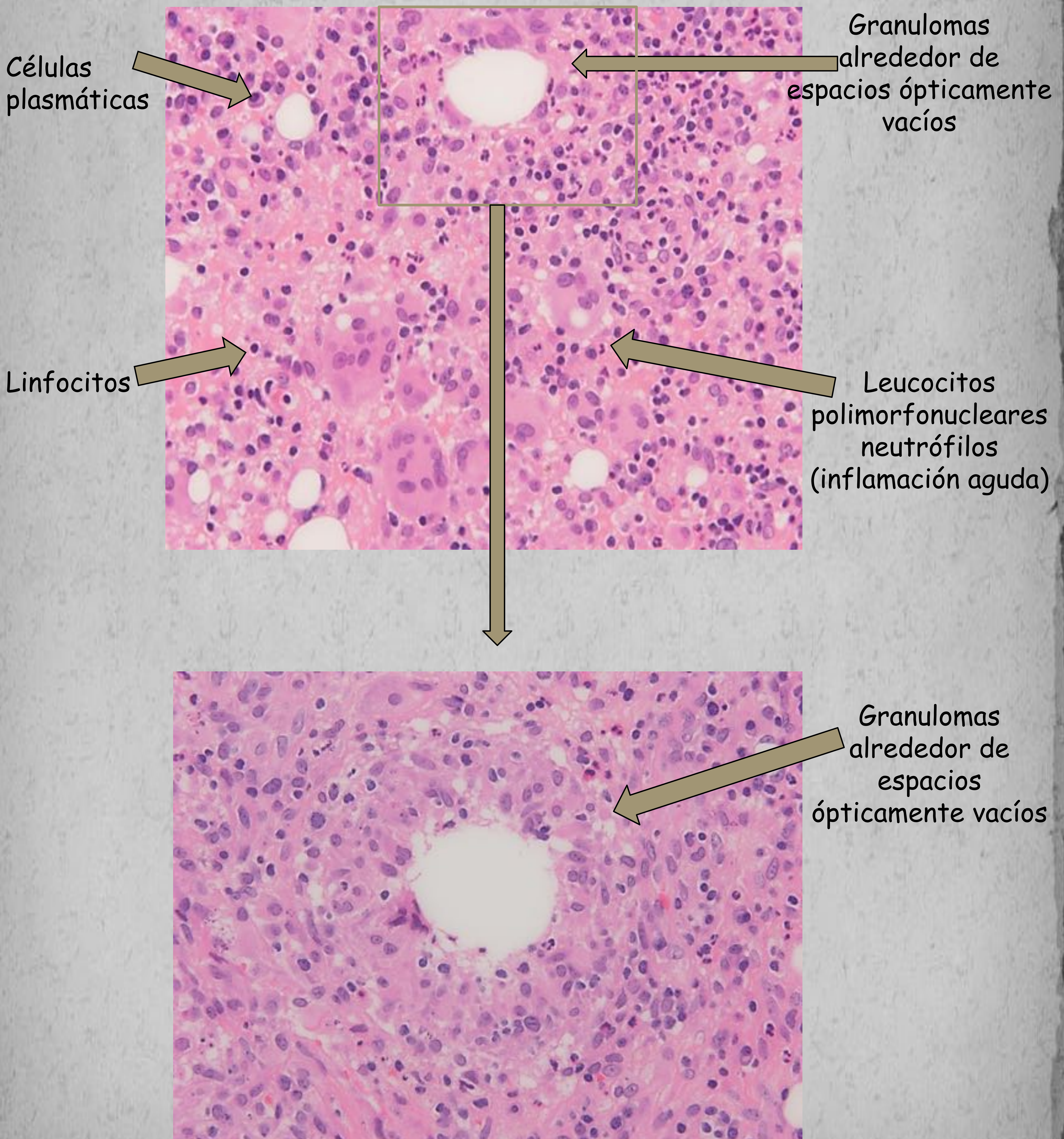
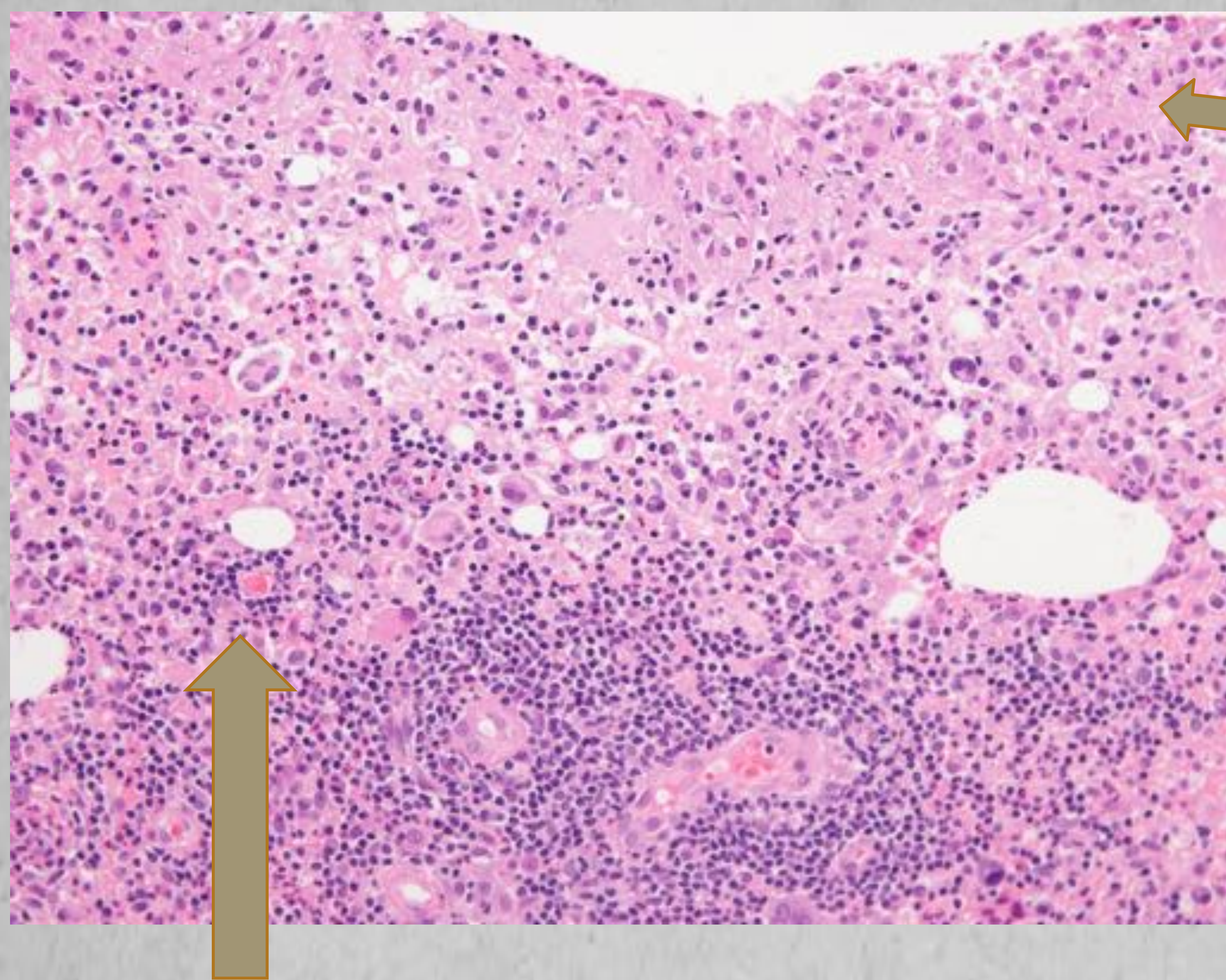


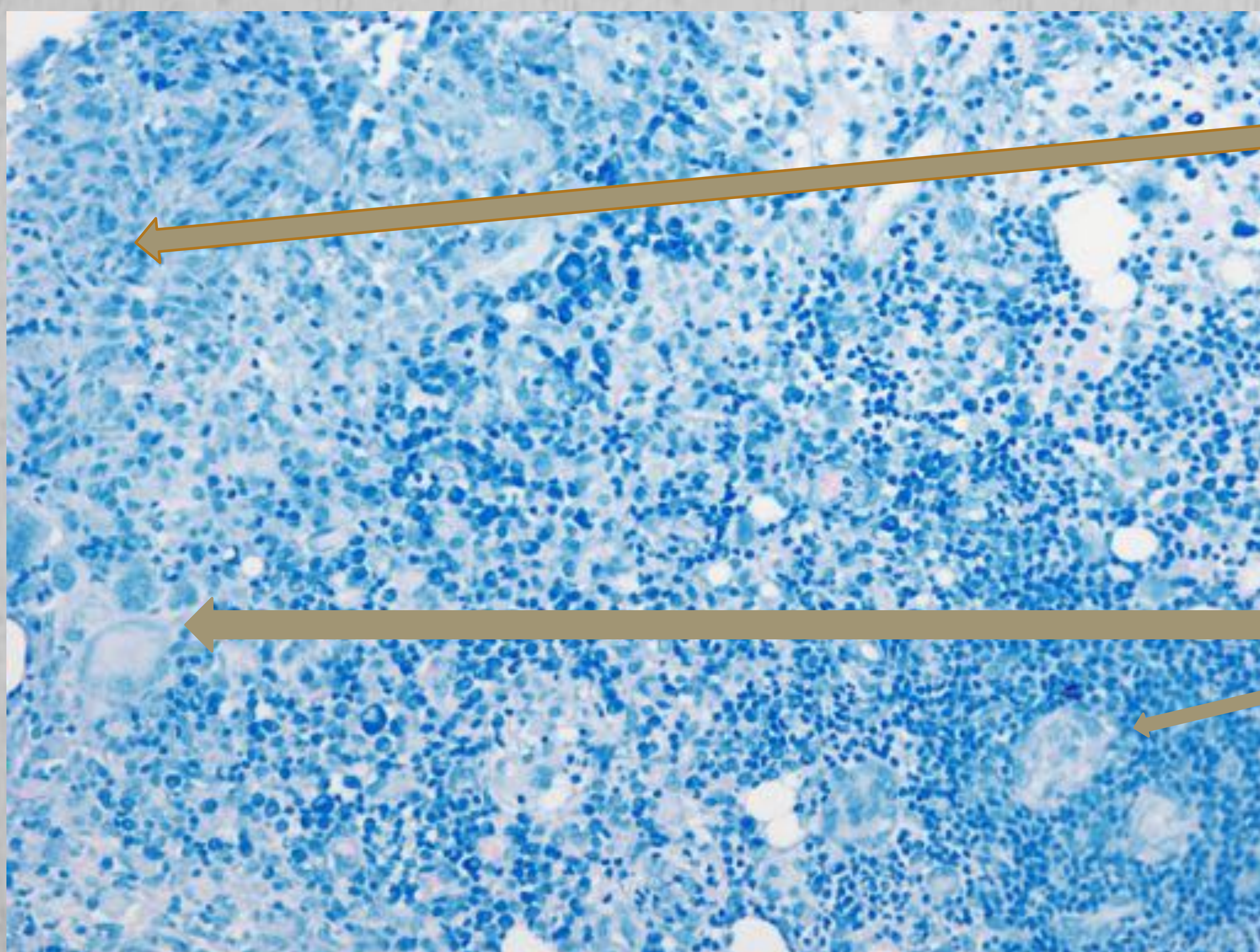
Fig.4. Tinción Hematoxilina-Eosina (20x)



Células histiocitarias
alrededor de una cavidad
vacía

infiltrado inflamatorio linfocitario con células plasmáticas y abundantes
células multinucleadas

Fig. 5. Mismo paciente con Técnica de Ziehl- Neelsen
negativo (descarta bacilos ácido-alcohol resistente)



Granulomas

Células multinucleadas

REVISIÓN DEL TEMA

Tratamiento

- El tratamiento de la MGLI es controvertido.
- Los casos no complicados: OBSERVACIÓN ya que se han descrito resoluciones espontáneas.
- Los ANTIBIÓTICOS no son efectivos en una verdadera MGLI. Recientes estudios documentan que si en cultivo creciera *Corynebacterium Kroppenstedtii*, ciprofloxacino es el antibiótico de elección.
- EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA: en la afectación focal si se sospecha absceso. Recurrencia entre 5-50%.
- CORTICOIDES en afectación focal o difusa.
- METOTREXATO: casos resistentes.

CONCLUSIONES

- La MGLI es una entidad inflamatoria benigna rara de buen pronóstico, con características clínicas y por imagen similares a procesos infecciosos agudos o crónicos, enfermedades inflamatorias crónicas y al cáncer de mama.
- Es aconsejable realizar PAAF para drenaje de las colecciones/abscesos y para estudio microbiológico de la muestra: bacterias (micobacterias), hongos, parásitos.
- El diagnóstico definitivo es anatomopatológico con formación de granulomas no caseificantes.
- El tratamiento es controvertido.
- Debido a su recurrencia, debemos conocer esta enfermedad para realizar un estrecho seguimiento a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robert T. Fazzi et al. Idiopathic granulomatous mastitis: imaging update and review. *Insights Imaging* (2016) 7:531-539.
2. Linda J. Hovanessian Larsen et al. Granulomatous Lobular Mastitis Imaging, Diagnosis, and Treatment. *AJR* 2009; 193:574-581.
3. Rahim Mahmudlou et al. Idiopathic granulomatous mastitis: dilemmas in diagnosis and treatment. *Electronic Physician* (ISSN: 2008-5842) September 2017, Volume: 9, Issue: 9, Pages: 5375-5379.
4. Smiti Sripathi et al. Idiopathic granulomatous mastitis: a diagnostic dilemma for the breast radiologist. *Insights Imaging* (2016) 7:523-529
5. Hasan Calis et al. Follow-up of granulomatous mastitis with monitoring versus surgery. *Breast Disease -1* (2017) 1-4
6. C.M. Freeman et al. Idiopathic granulomatous mastitis: A diagnostic and therapeutic challenge. *The American Journal of Surgery* 214 (2017) 701-706.
7. Jeffery E. Illman et al. Granulomatous diseases of the breast and axilla: radiological findings with pathological correlation. *Insights Imaging* (2018) 9:59-71
8. Tuğçe Özlem Kalaycı et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis Associated with Erythema Nodosum. *Balkan Med J* 2016;33: 228-31.
9. Carmen Zaragoza Zaragoza et al. Mastitis granulomatosa idiopática. Una entidad sin tratamiento definitivo. *Cirugía Española* 2013 ;91:615-6.