

REVISIÓN RADIOLÓGICA DE LA MASTITIS GRANULOMATOSA

Domenech B¹, Pérez E¹, Carbó G¹, Tuca F², Pedraza S¹

1. Servicio de Radiología; Hospital Univ Josep Trueta.

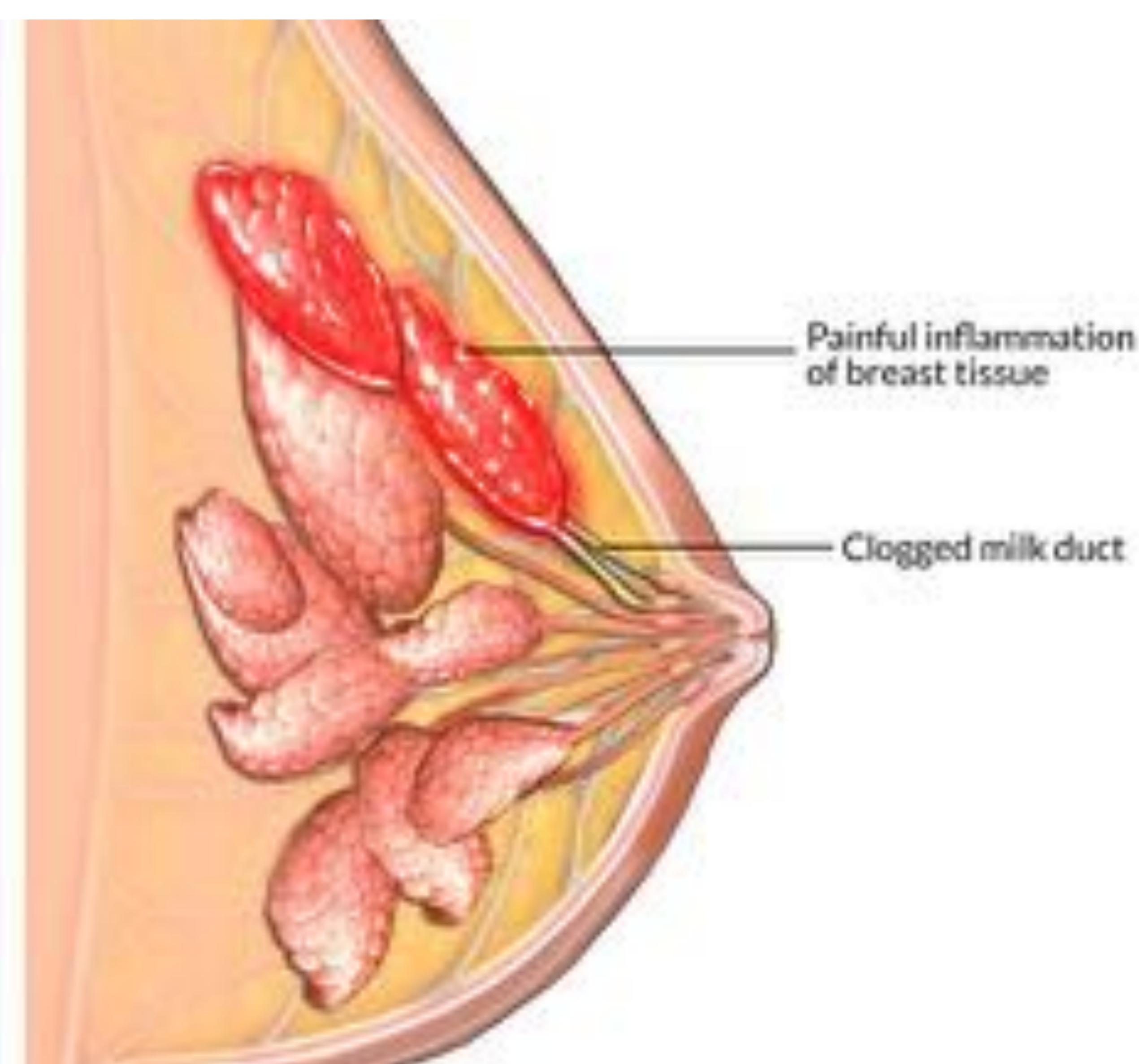
2. Servicio de Cirugía General; Hospital Univ Josep Trueta.

OBJETIVOS DOCENTES:

- La mastitis granulomatosa lobulillar idiopática (MGLI) es entidad infrecuente y benigna, descrita en 1972 por Kessler y Wolloch, sin una clara etiología establecida.
- Dicha entidad es fácilmente confundible con el carcinoma de mama tanto en términos clínicos como radiológicos.
- El objetivo de este trabajo es exponer el papel del radiólogo ante esta patología, describiendo los hallazgos de imagen más comunes, el creciente valor de la resonancia-difusión (RM-DWI), el intervencionismo diagnóstico y terapéutico, así como el seguimiento.

REVISIÓN DEL TEMA:

- La etiología de la MGLI es desconocida, aunque la teoría más plausible sugiere que el daño en el epitelio ductal permitiría la extravasación de secreciones lácteas en el tejido conjuntivo lobulillar y esto conduciría a una respuesta inflamatoria local de tipo granulomatoso.



- Asimismo, se han propuesto como factores asociados los traumatismos, los anticonceptivos orales, la lactancia materna o la infección por *Corynebacterium*.

REVISIÓN DEL TEMA:

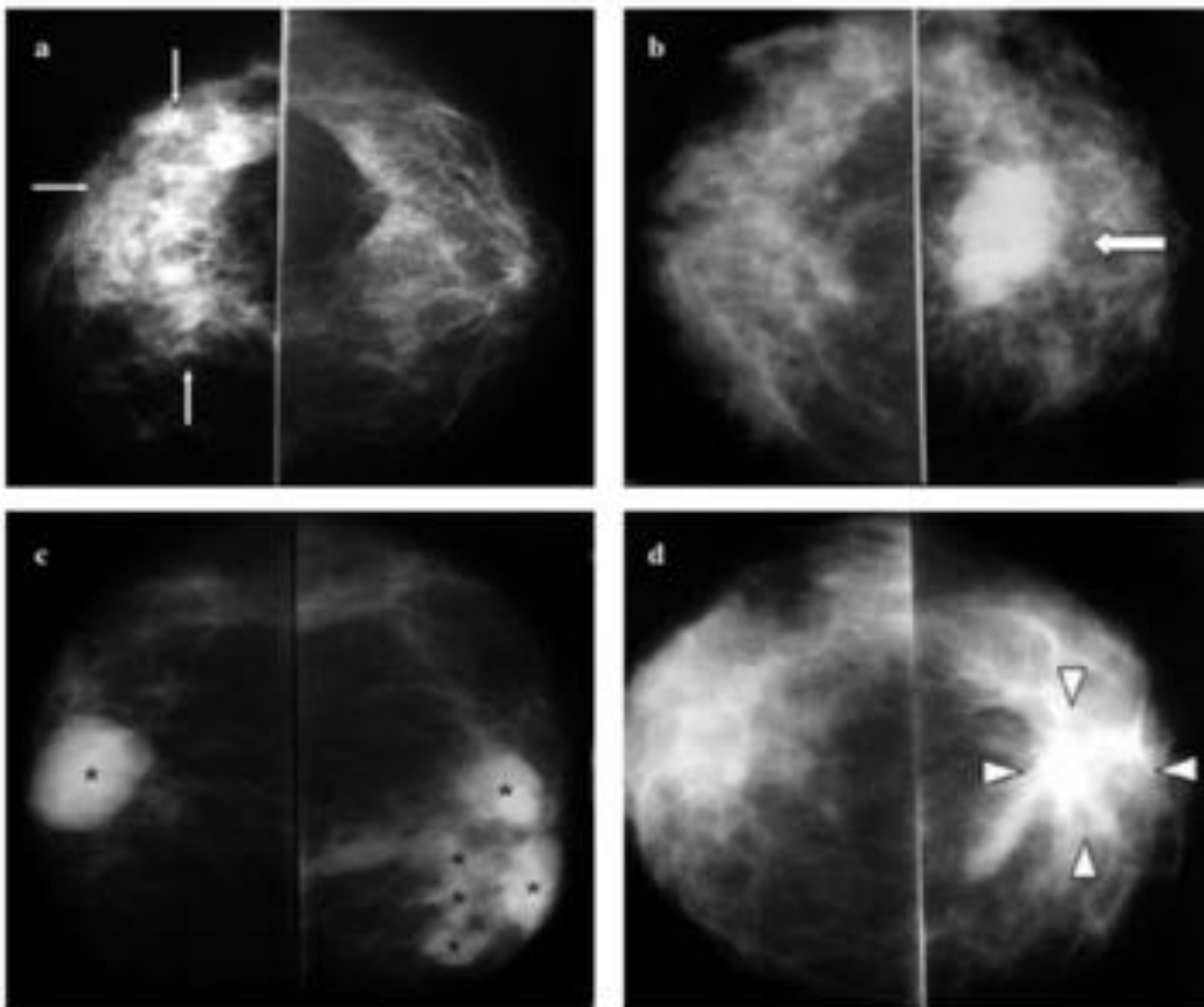
- En la mayoría de las pacientes con MGLI, la forma de presentación consiste en una tumoración mamaria dolorosa unilateral en mujeres jóvenes, de raza hispánica y asiática, con historia reciente de embarazo o lactancia.
- Dicha tumoración suele asociarse a signos inflamatorios cutáneos, encontrándose frecuentemente la zona subareolar respetada y, puede acompañarse de úlceras, abscesos y fístulas. En un 15% se asocia a linfadenopatía reactiva.
- La biopsia resulta imprescindible; se identifican granulomas no caseificantes centrados en el lobulillo mamario, sin características de Wegener, sarcoidosis o TB (diagnóstico de exclusión).
- El tratamiento de la MGLI es multimodal: corticoterapia y/o inmunosupresores, drenaje eco-guiado y a veces resección quirúrgica (tumorectomía o mastectomía). La evolución está vinculada a la recurrencia.



REVISIÓN RADIOLÓGICA: MAMOGRAFIA y ECOGRAFÍA

Los hallazgos mamográficos y ecográficos ayudan a enfocar el diagnóstico, aunque son poco específicos. En la mamografía se puede apreciar un aumento de densidad focal asimétrica; nunca se presenta con microcalcificaciones.

- Asimetría de densidades
- Masa de características malignas
- Múltiples nódulos bien definidos
- Distorsión parenquimatosa



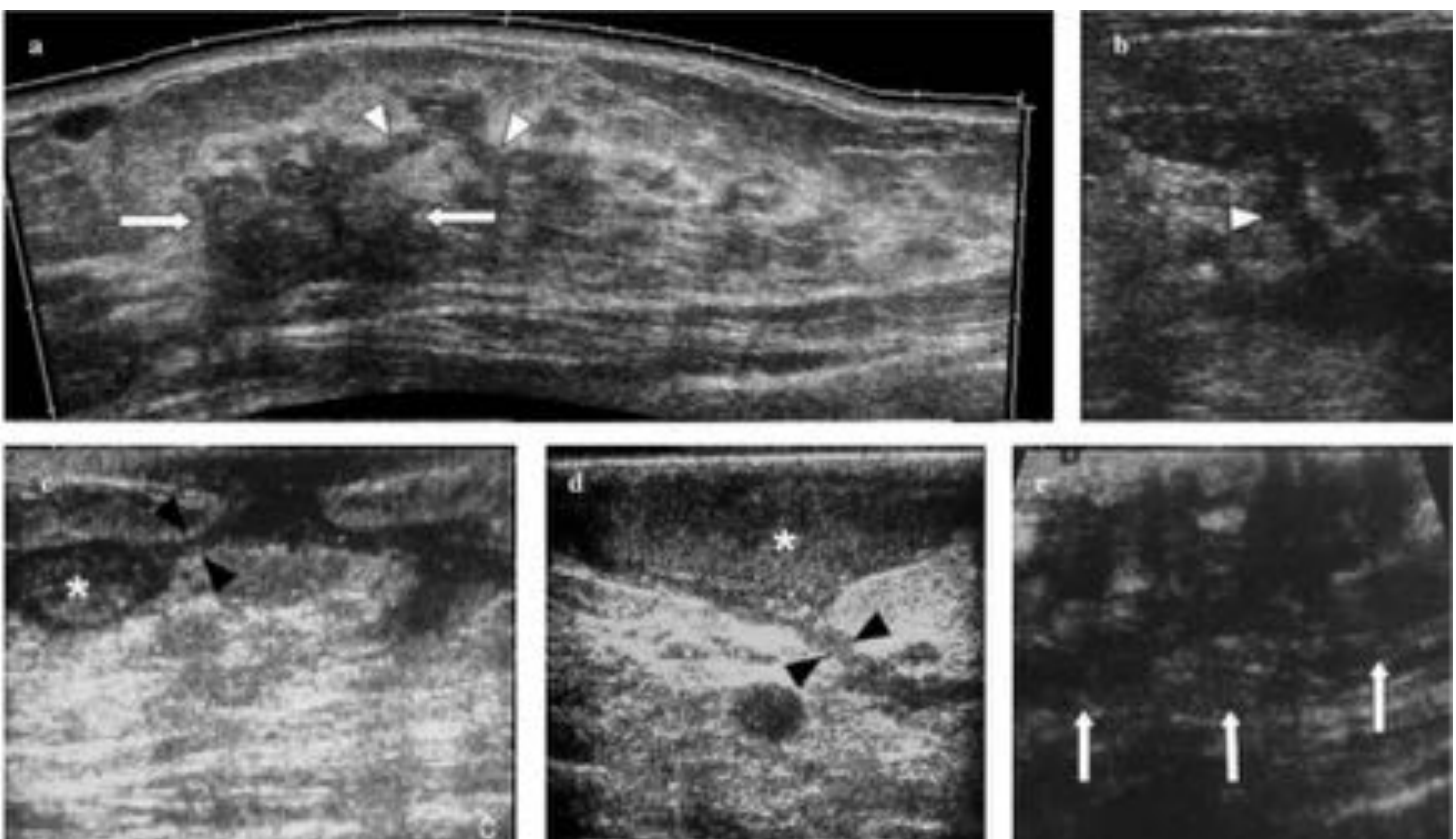
REVISIÓN RADIOLÓGICA: MAMOGRAFIA y ECOGRAFÍA

Las lesiones ecográficamente se visualizan como una lesión nodular hipoecoica y mal delimitada, que a veces es móvil o presenta extensiones digitiformes; hallazgos BI-RADS IV/V.

a/b. Pequeñas regiones tubulares abscesificadas

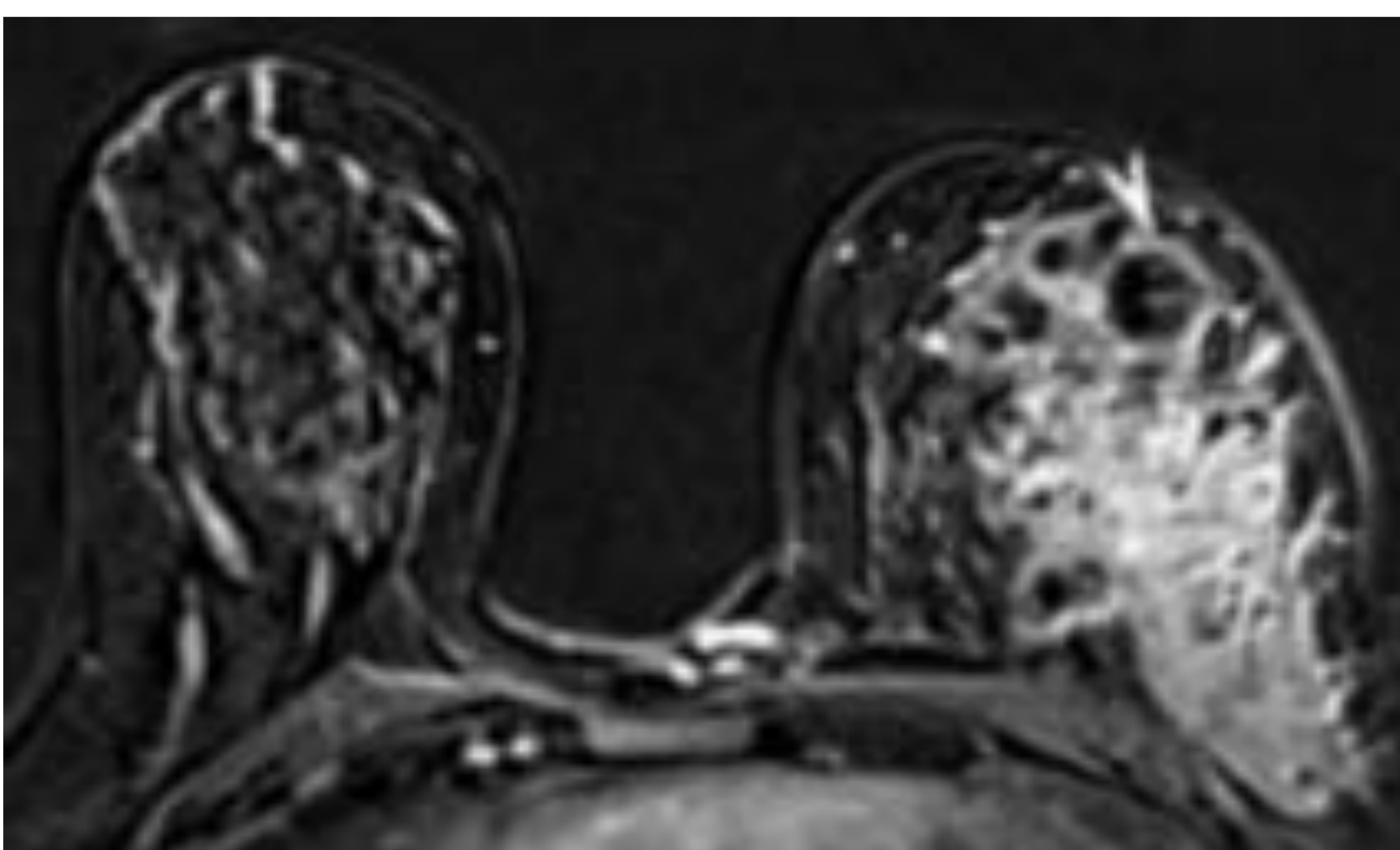
c/d. Trayectos fistulosos

a/e. Masa hipoecogénica de bordes irregulares



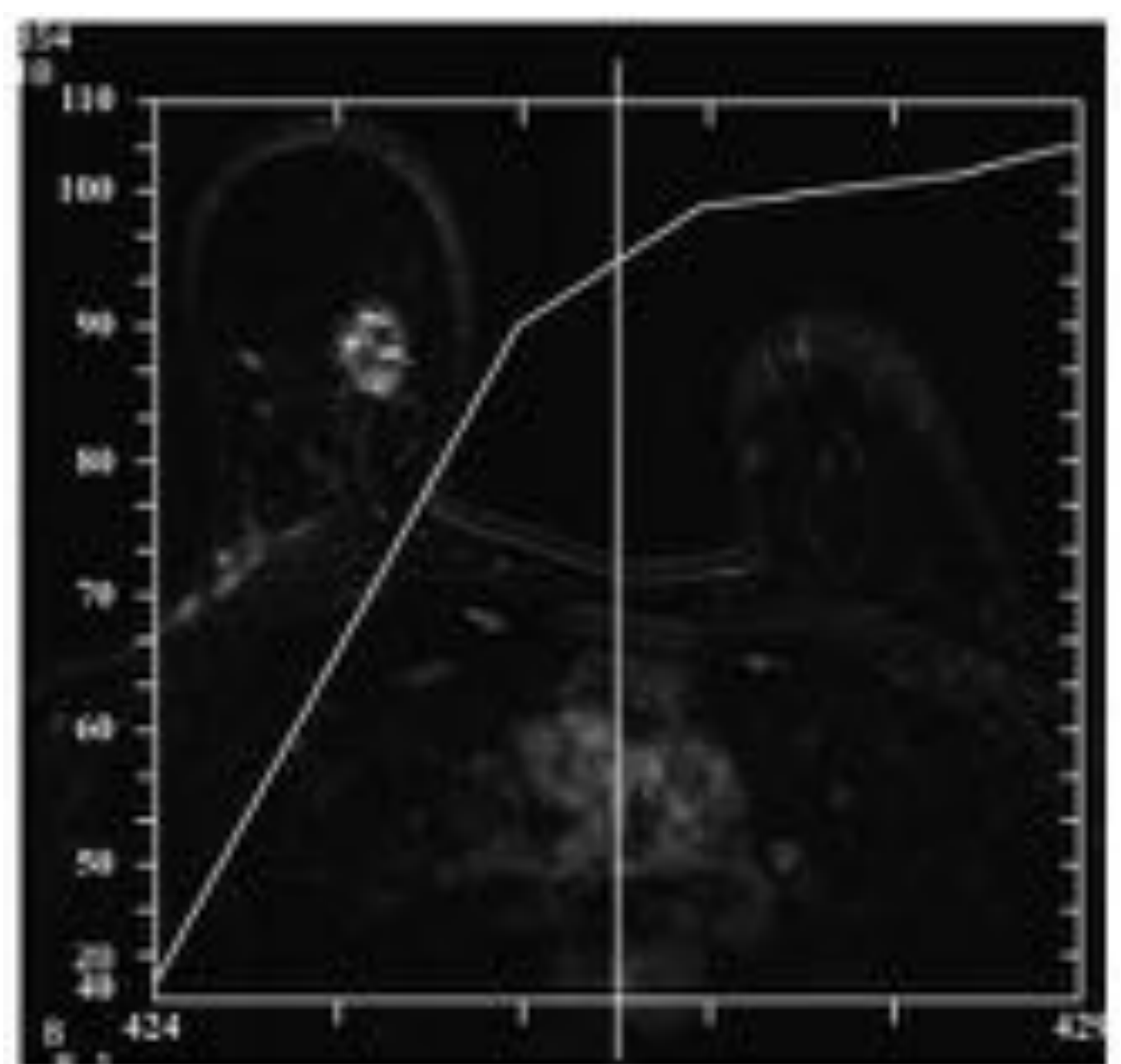
REVISIÓN RADIOLÓGICA: RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

- La RM tampoco presenta ningún marcador de imagen definitivo, pero es útil para delimitar la extensión y controlar la enfermedad residual tras el tratamiento.
- En la RM, la MGLI se puede presentar como áreas con realce *non-mass-like/irregular* (imagen izquierda), similar al de las lesiones malignas, con curvas dinámicas *plateau* (imagen derecha).



En la sustracción de contraste, se aprecia un realce irregular de todo el parénquima mamario, con presencia de una lesión redonda con realce periférico, compatible con absceso.

Aslan H, Pourbagher A, Colakoglu T. Idiopathic granulomatous mastitis: magnetic resonance imaging findings with diffusion MRI. Acta Radiol 2015; (0)1-6.
doi:10.1177/0284185115609804



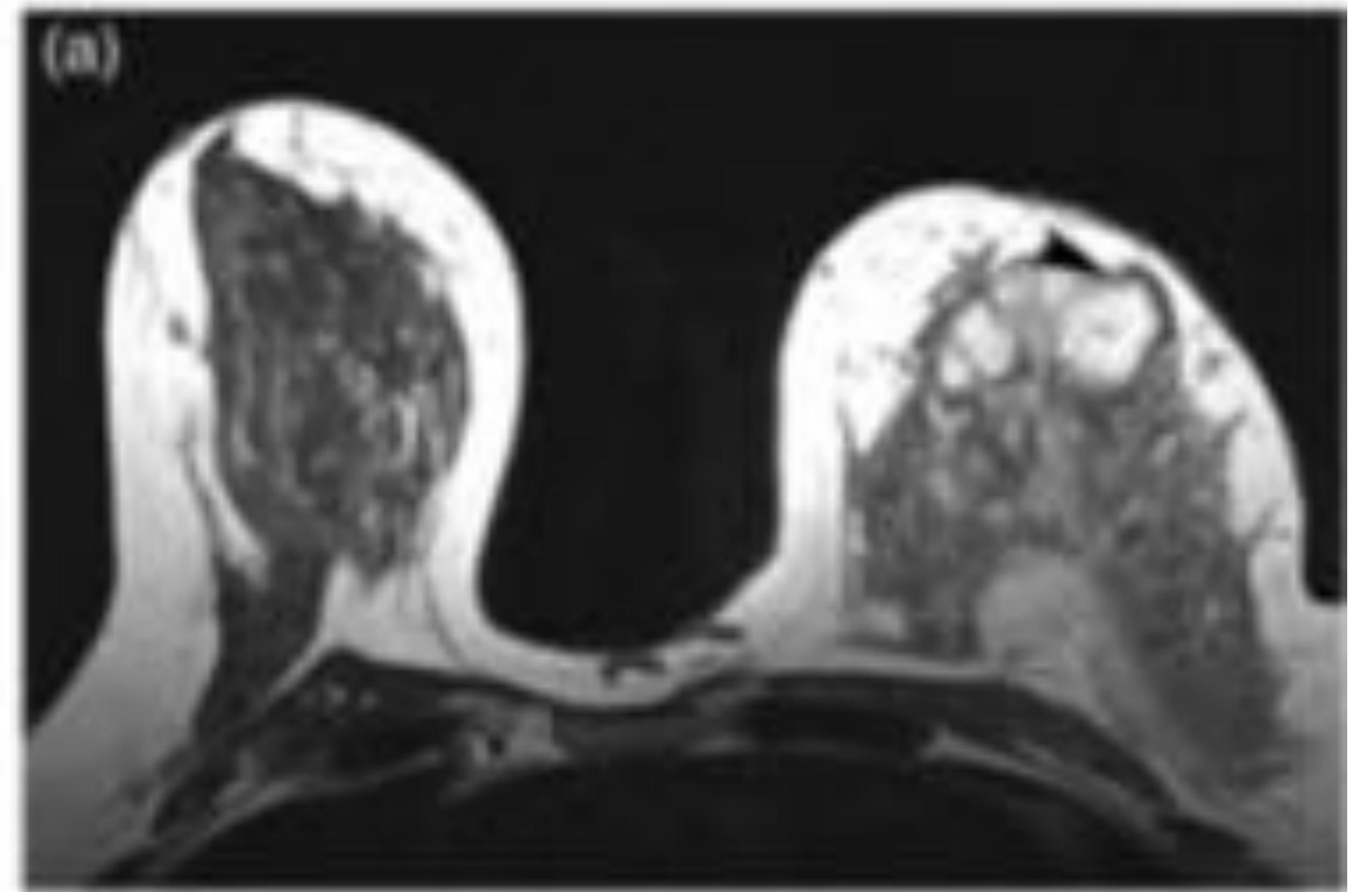
Curva tipo 2 (*plateau*), típica de procesos inflamatorios, en una lesión de MGLI confirmada por AP.

REVISIÓN RADIOLÓGICA: RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

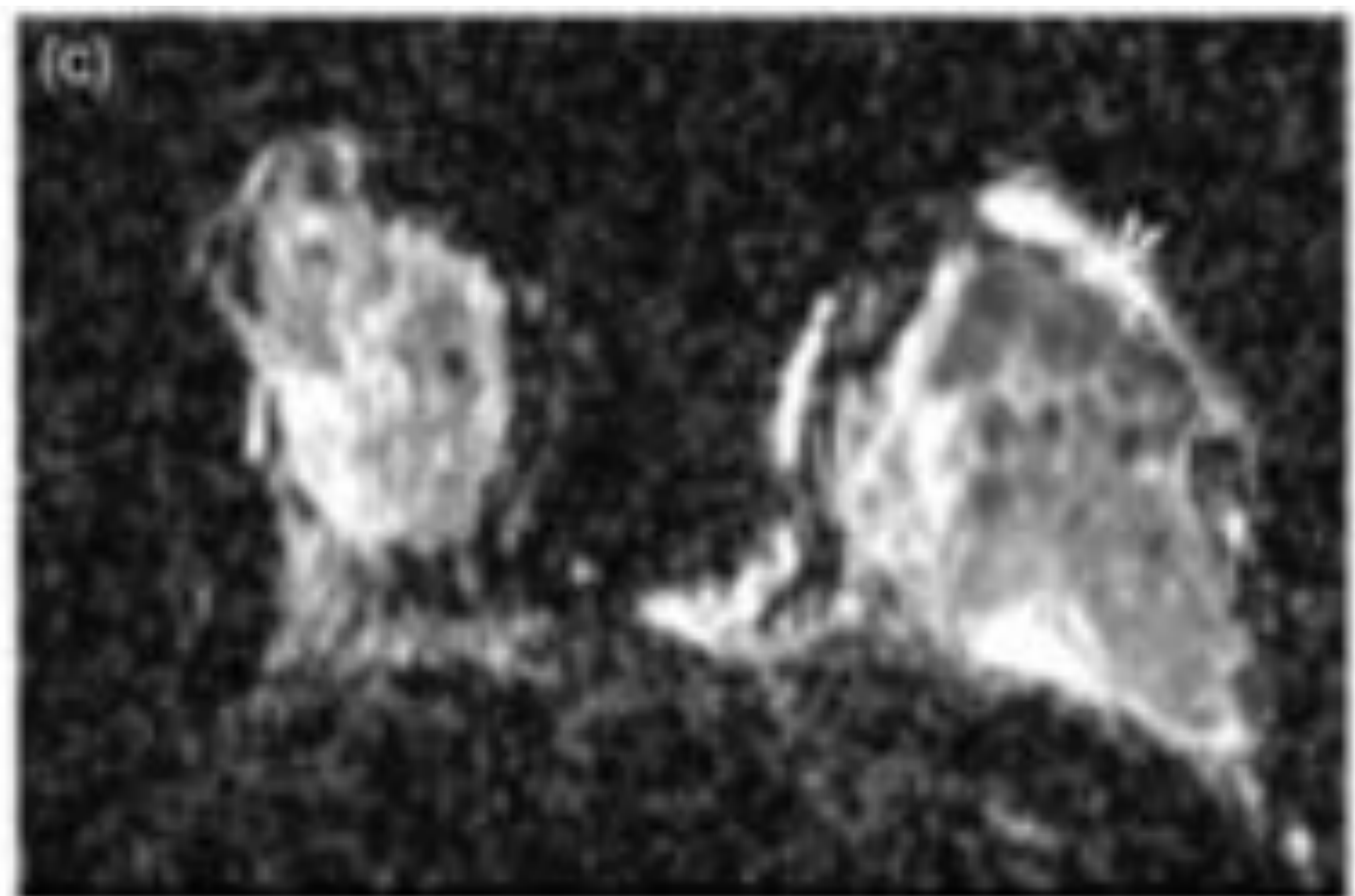
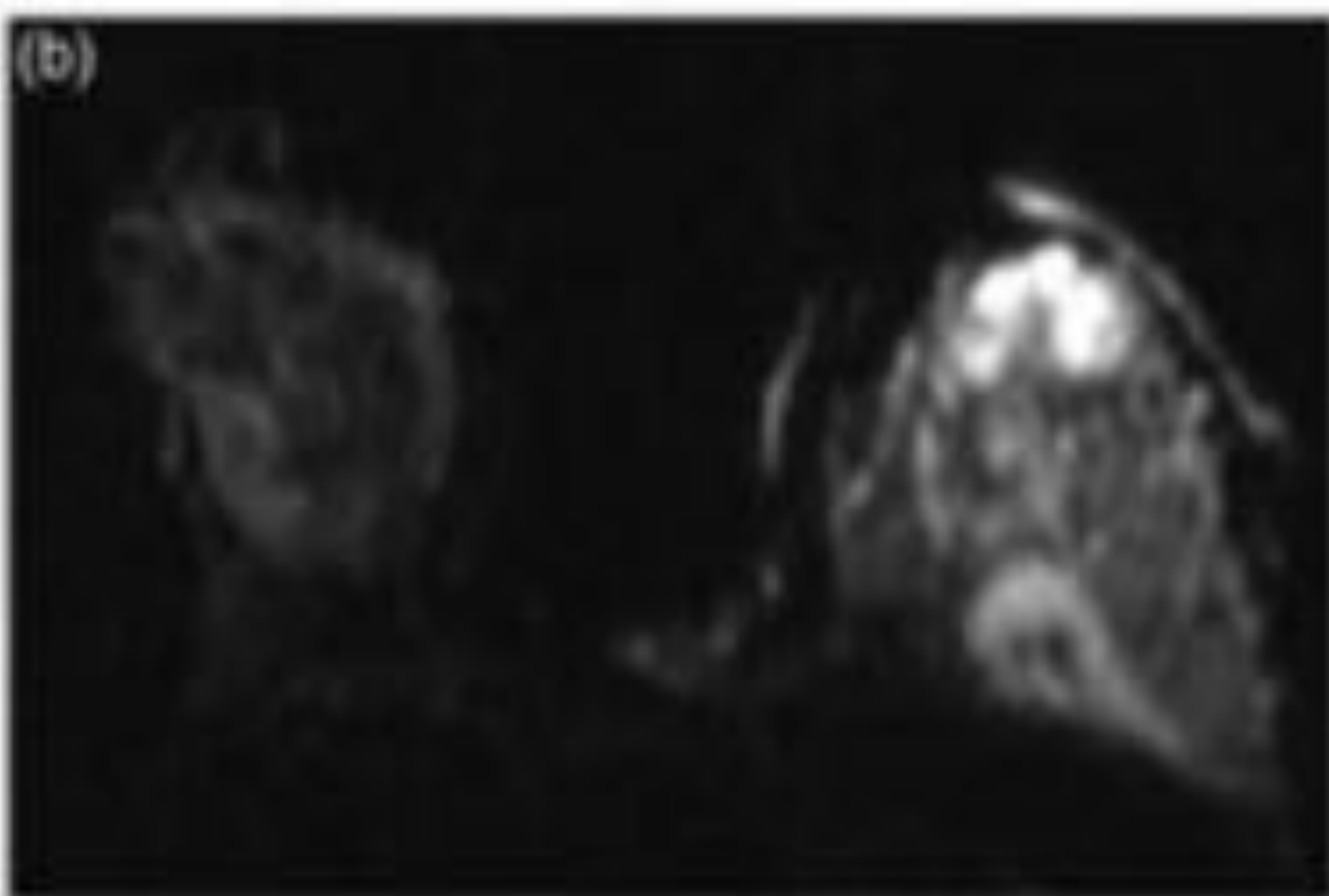
- La MGLI suele ser hiperintensa en T2 (a) y STIR (*short tau inversion recovery*), a diferencia de los carcinomas que suelen mostrarse hipointensos.

Los únicos carcinomas que son hiperintensos en T2 son:

- Carcinoma mucinoso
- Tumor phylloides maligno
- +/- Carcinoma ductal invasivo



- El CDA (coeficiente de difusión aparente) es típicamente bajo respecto el parénquima contralateral; la difusión está restringida (b y c).



b) DWI valor b 800. c) ADC.

MANEJO MULTIMODAL

1. Tratamiento médico: glucocorticoides / metrotrexate
2. Drenaje eco-guiado, si hay colecciones bien definidas
3. Intervención quirúrgica:
 - Si hay fístulas / retraso de la curación de la herida / problemas estéticos
 - Si recurrencia... mastectomía.



PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS:

Dos evoluciones dispares
ying-yang



Chica de 44 años.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- 1 hijo a los 35 años.
- Lactancia materna durante 6 meses.
- No terapia hormonal sustitutiva.
- No antecedentes familiares de cáncer de mama.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

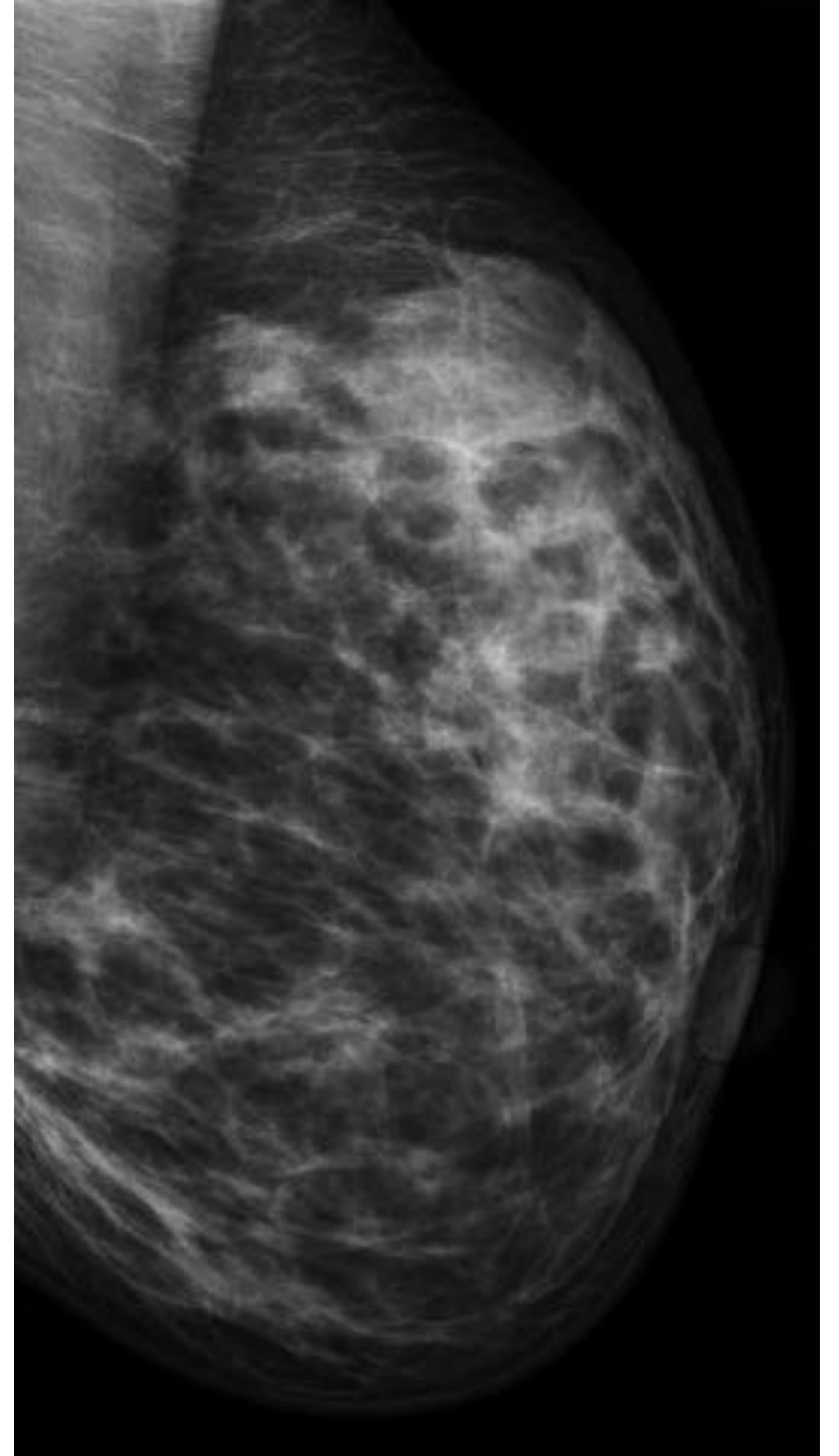
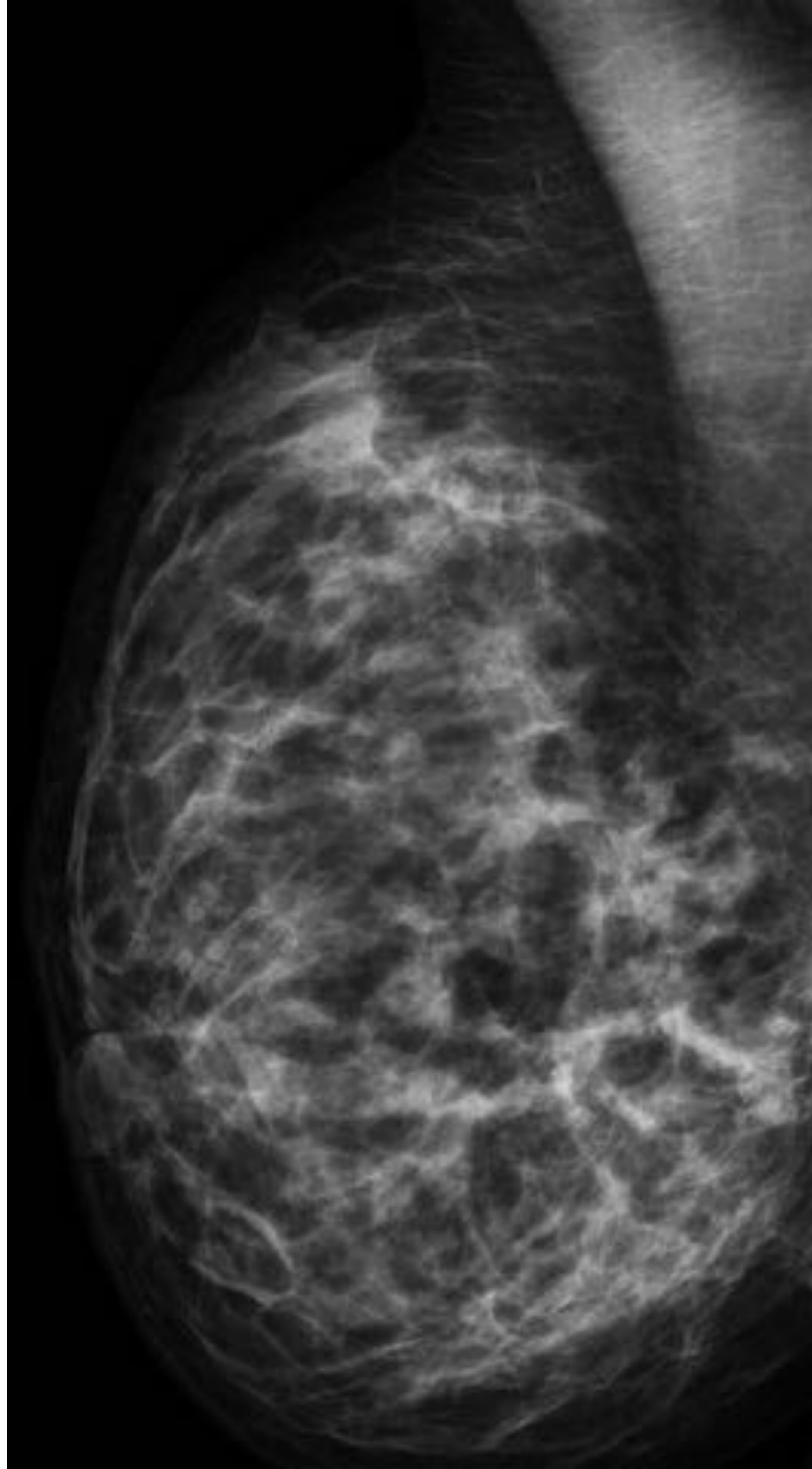
- Déficit proteína S con episodio de TEP en el 2007; en tratamiento con Sintrom.
- Hernia discal L3-L4.

MOTIVO DE CONSULTA (enero 2012):

- Tumoración palpable identificada por auto-exploración en cuadrante supero-interior (CSI) de mama derecha (MD) + retracción pezón ipsilateral.
- Refiere antecedente traumático en MD, 3-4 semanas antes.

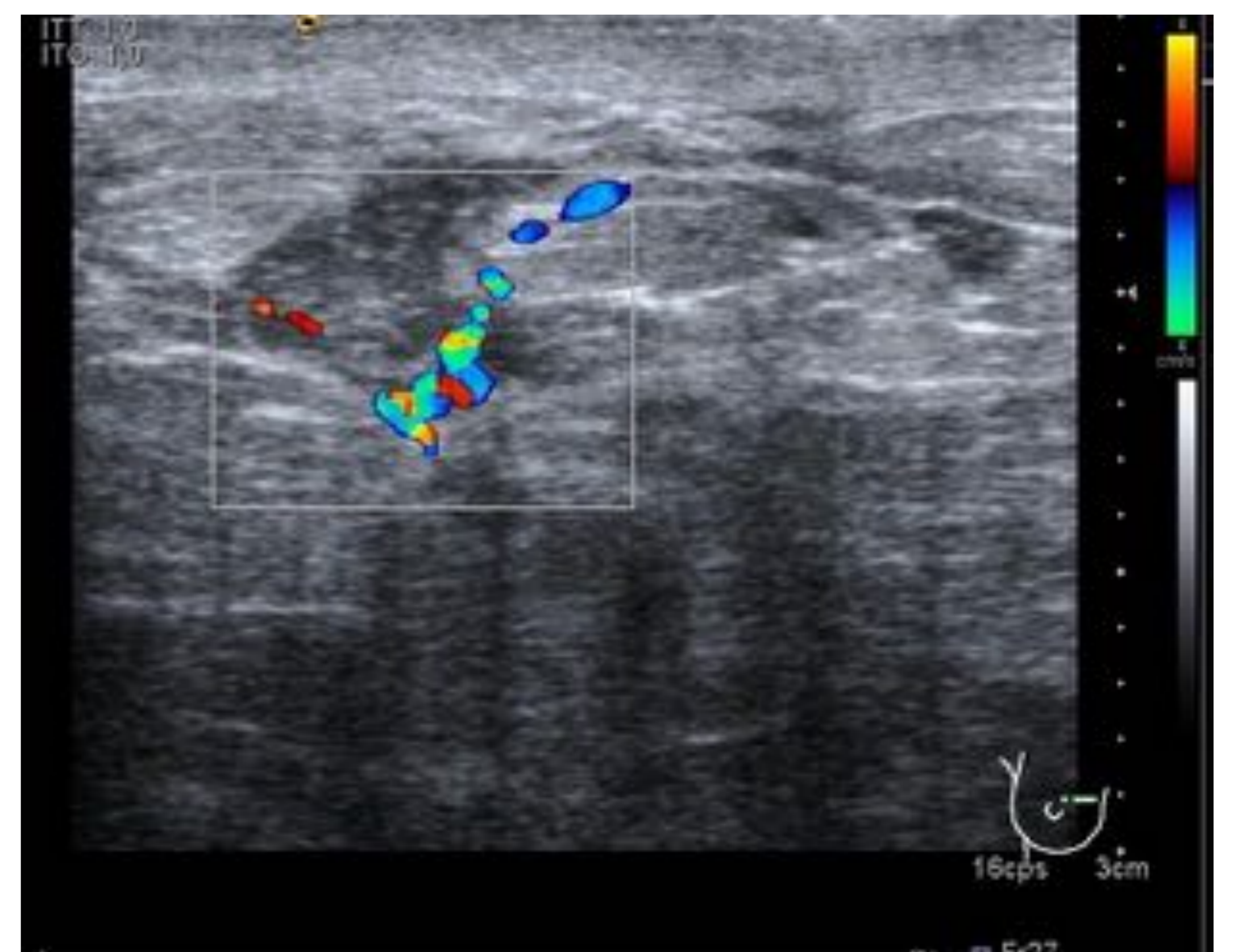
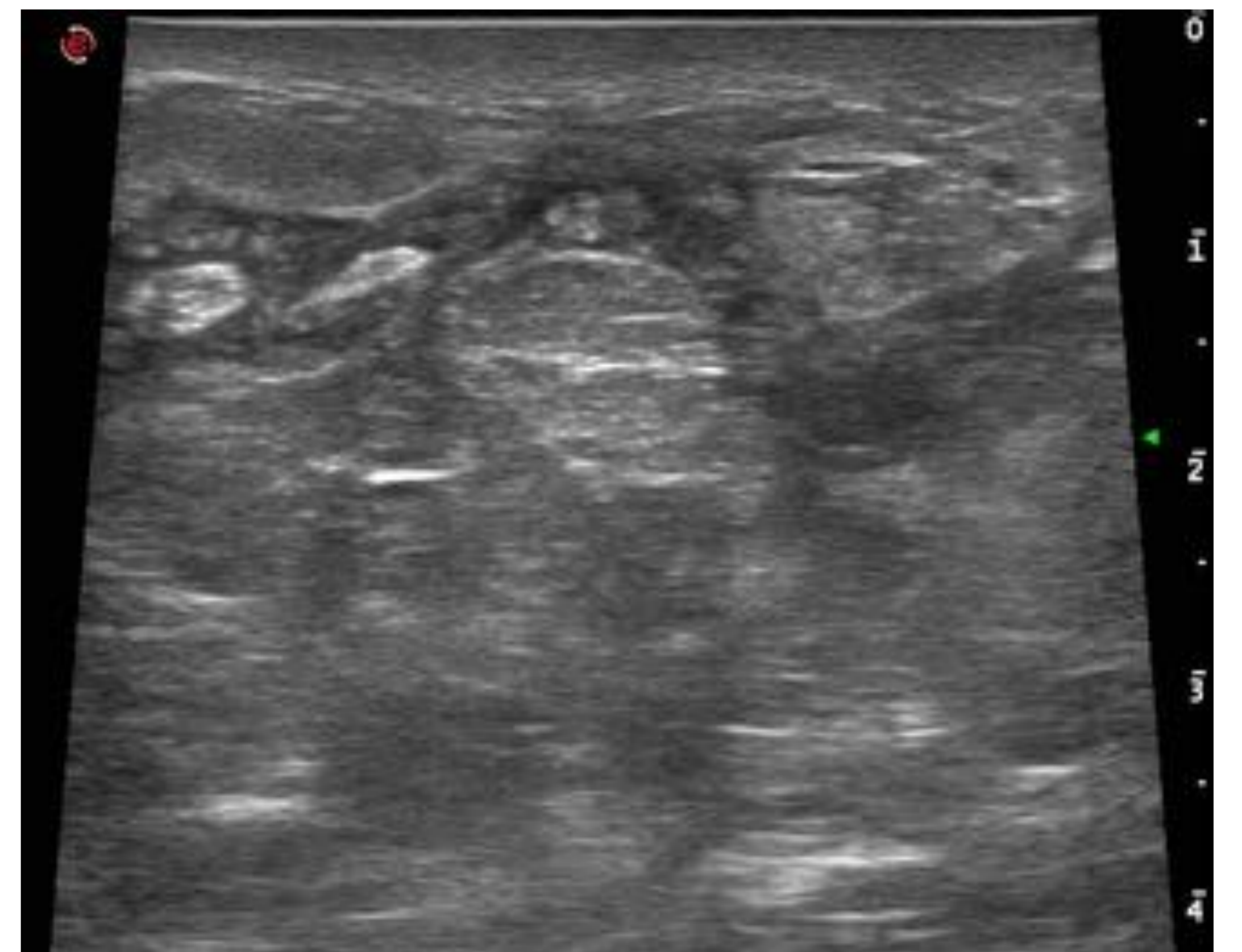
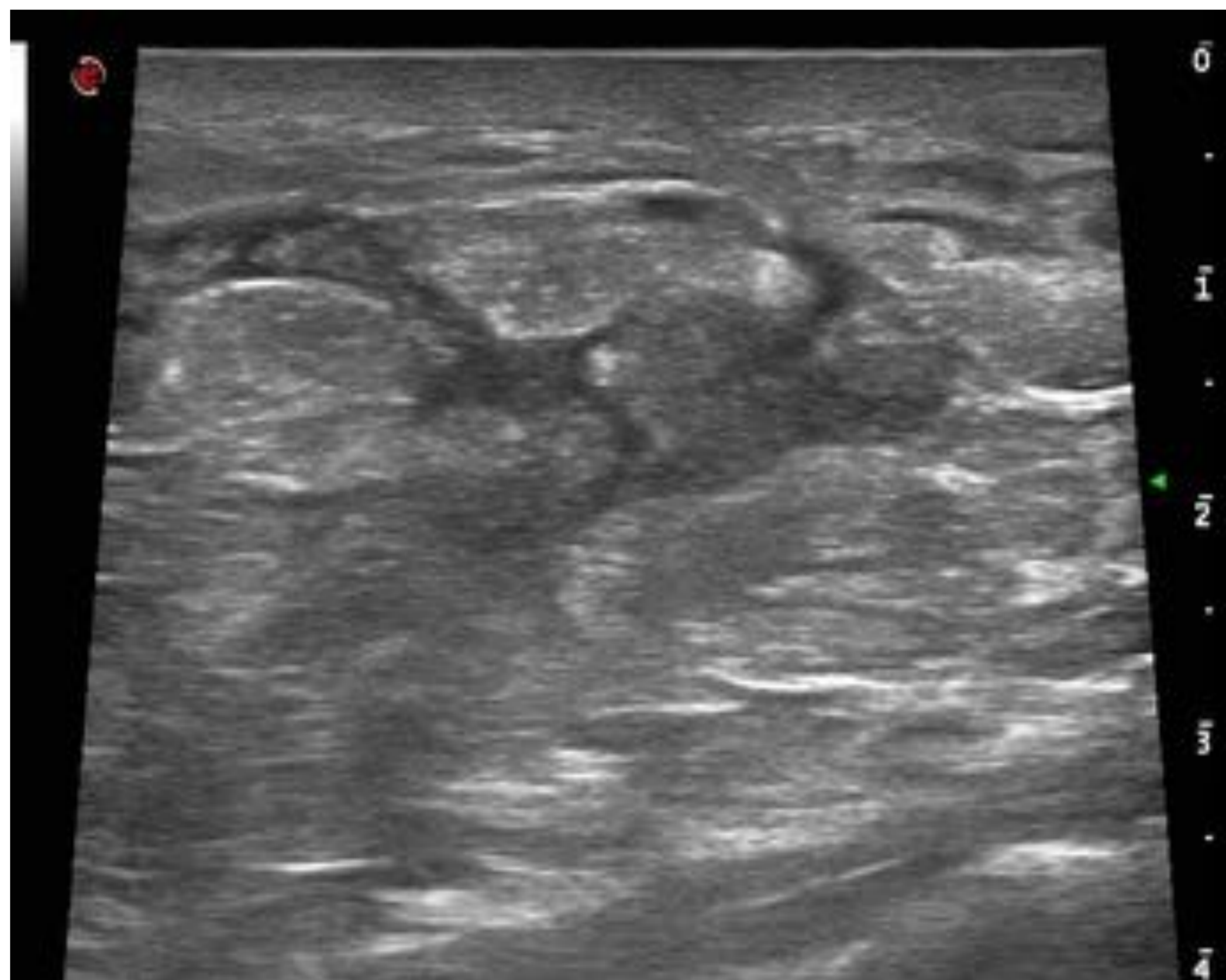
20/01/2012

En la mamografía de la MD, se aprecia un aumento de densidad en el CSI; inespecífico, pero que requiere ampliar el estudio con ecografía.



20/01/2012

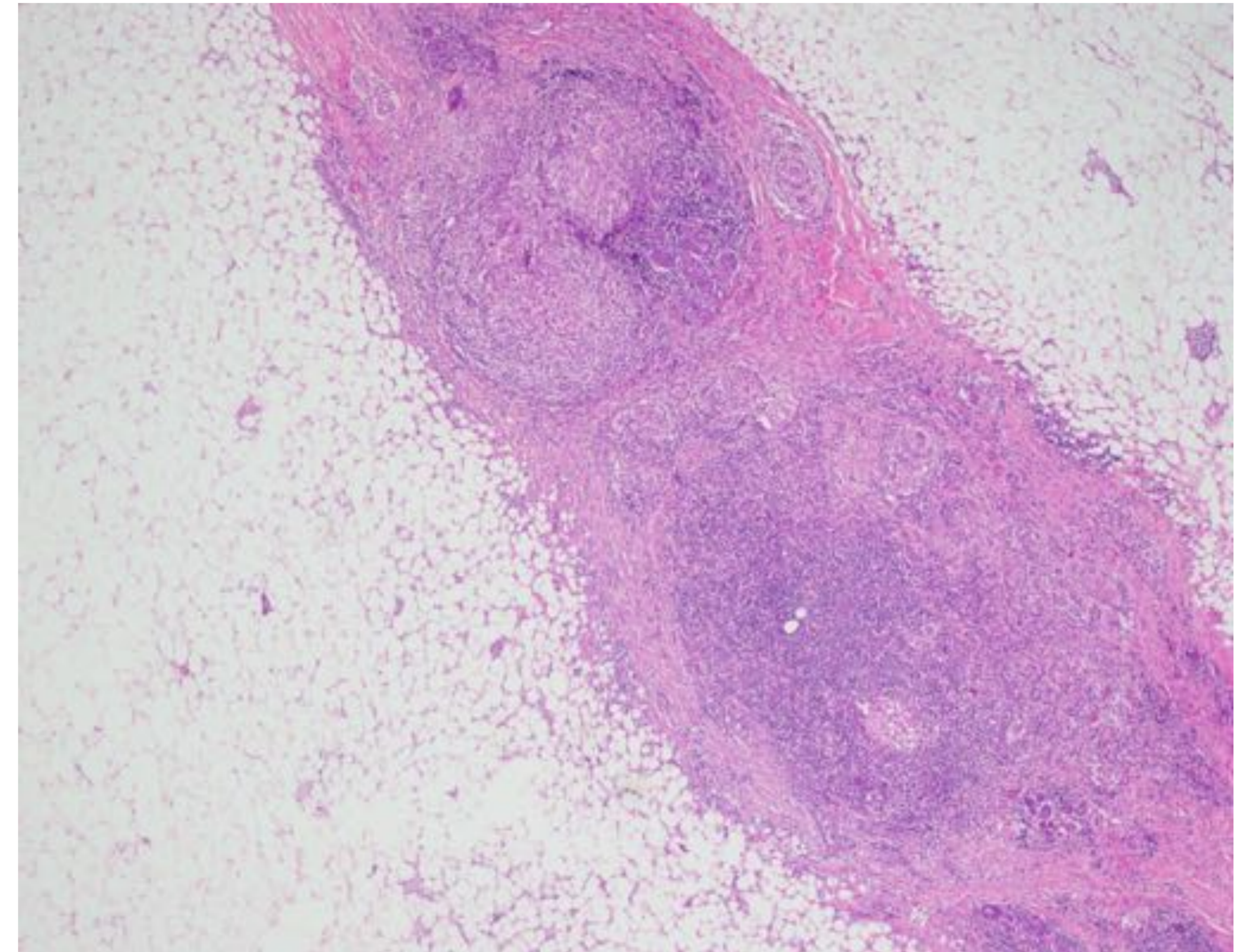
En la ecografía, dicha lesión se traduce como una área infiltrativa y heterogénea de 7 cm (BI-RADS IVb).



Se decide realizar BAG

20/01/2012:

- Ecografía: lesión de 7 cm, BI-RADS IVb.
- Se realiza BAG



AP: tejido inflamatorio benigno constituido por granulomas perilobulillares confluentes y microabscesos rodeados de leucocitos polimorfonucleares.

26/01/2012

- BAG: sin signos de malignidad.
- Se descarta TB (Ziehl-Neelsen negativo, PPD negativo y Rx tórax normal).
- Inicio tratamiento con antibiótico.
- Se plantea posibilidad de cirugía según evolución.

15/02/2012

- La paciente consulta por fistulización periaerolar en unión de cuadrantes internos de MD.

28/02/2012

- IQ: tumorectomía.
- Inicio tratamiento con Prednisona 60 mgs / 24 horas.
- Actualmente, asintomática.

Chica de 28 años.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Natural de Honduras.
- 1 hijo a los 24 años.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Púrpura trombocitopénica idiopática crónica. Episodio de trombocitopenia grave (5000 Pq) en el 2010; finalmente se decidió esplenectomía. Último control Pq 76.500.

MOTIVO DE CONSULTA (mayo 2017):

- Tumoración palpable identificada por auto-exploración en CSI de mama izquierda (MI) + zona eritematosa.

seram

Sociedad Española de Radiología Médica

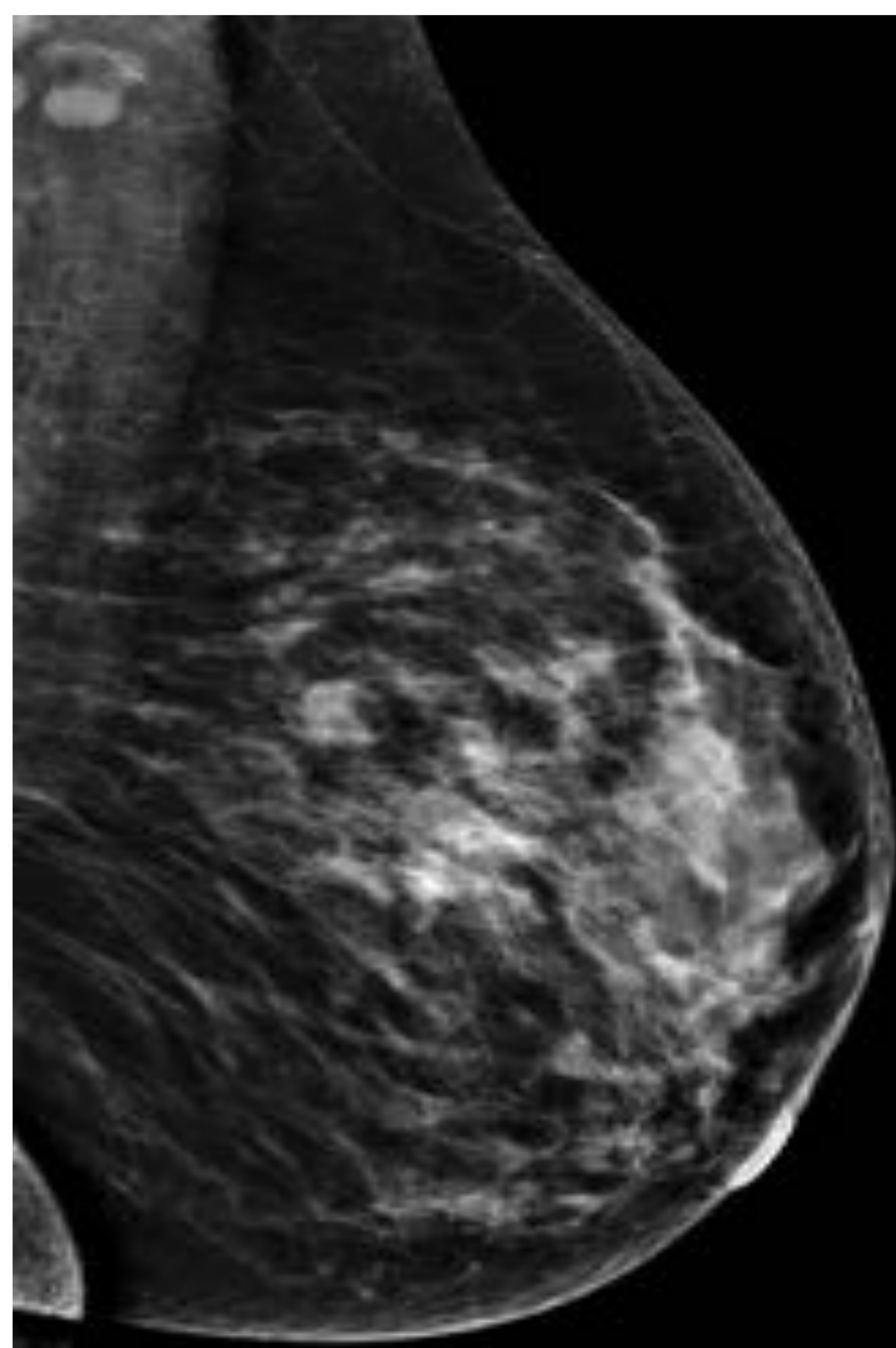
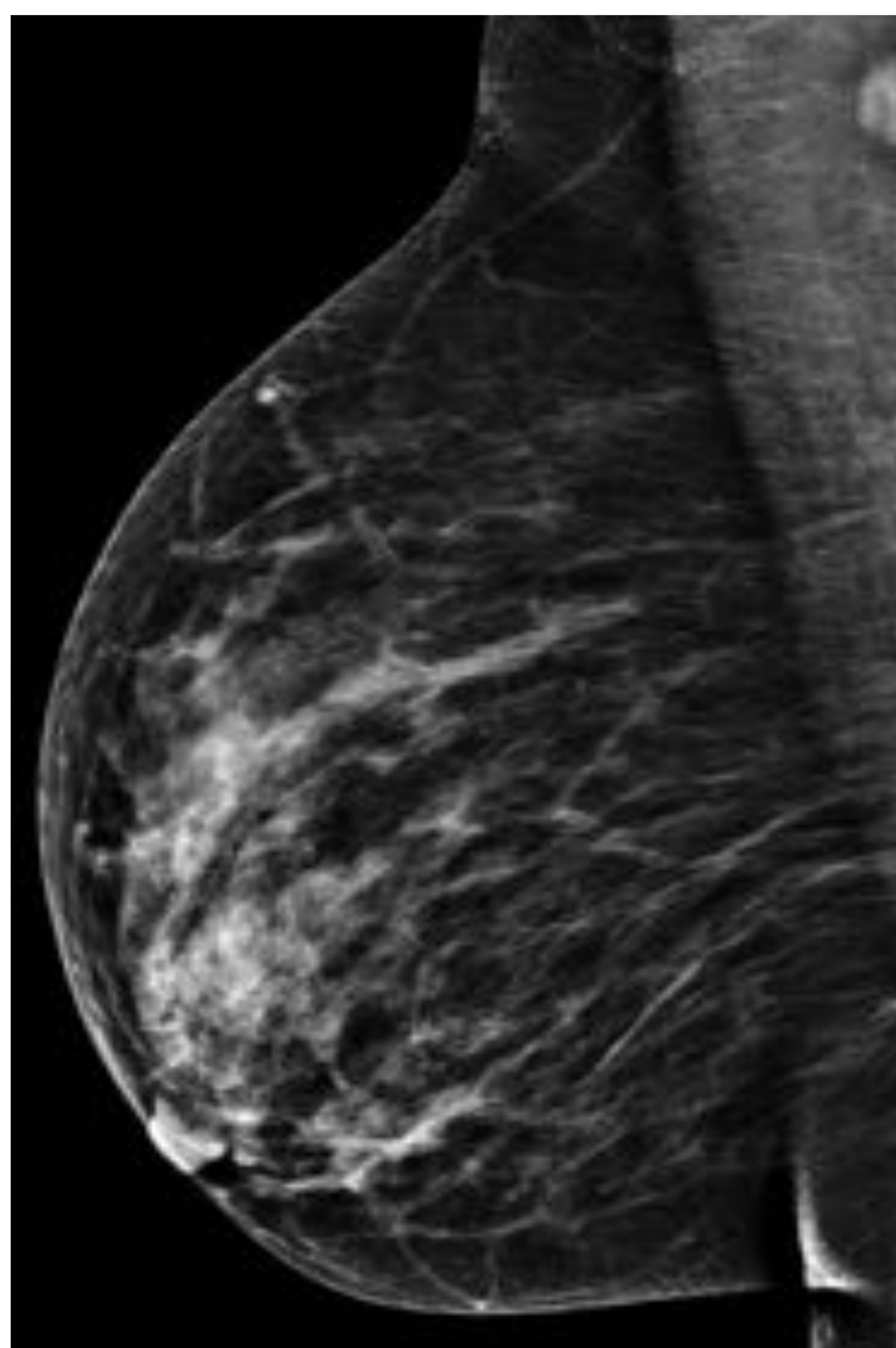
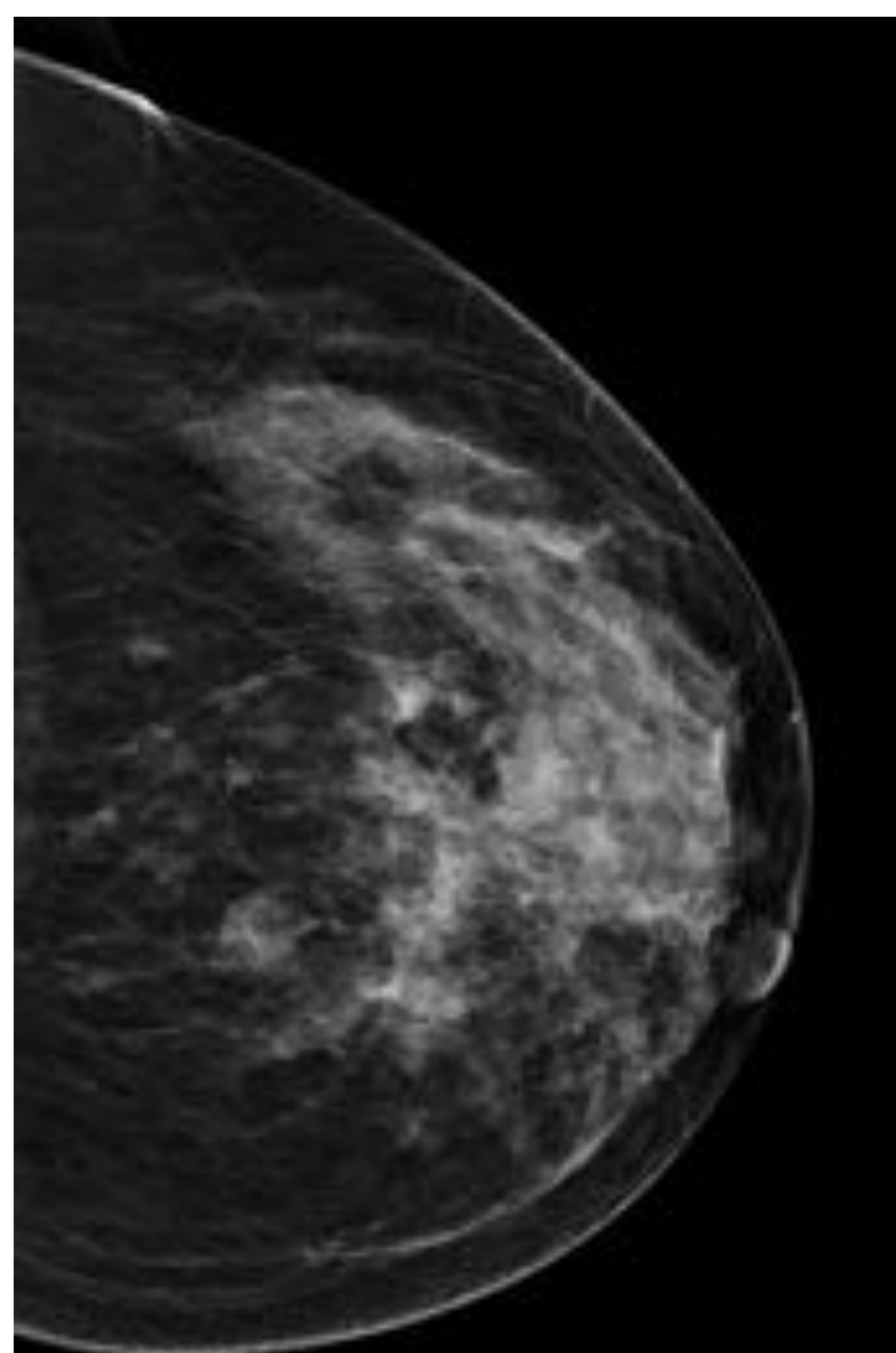
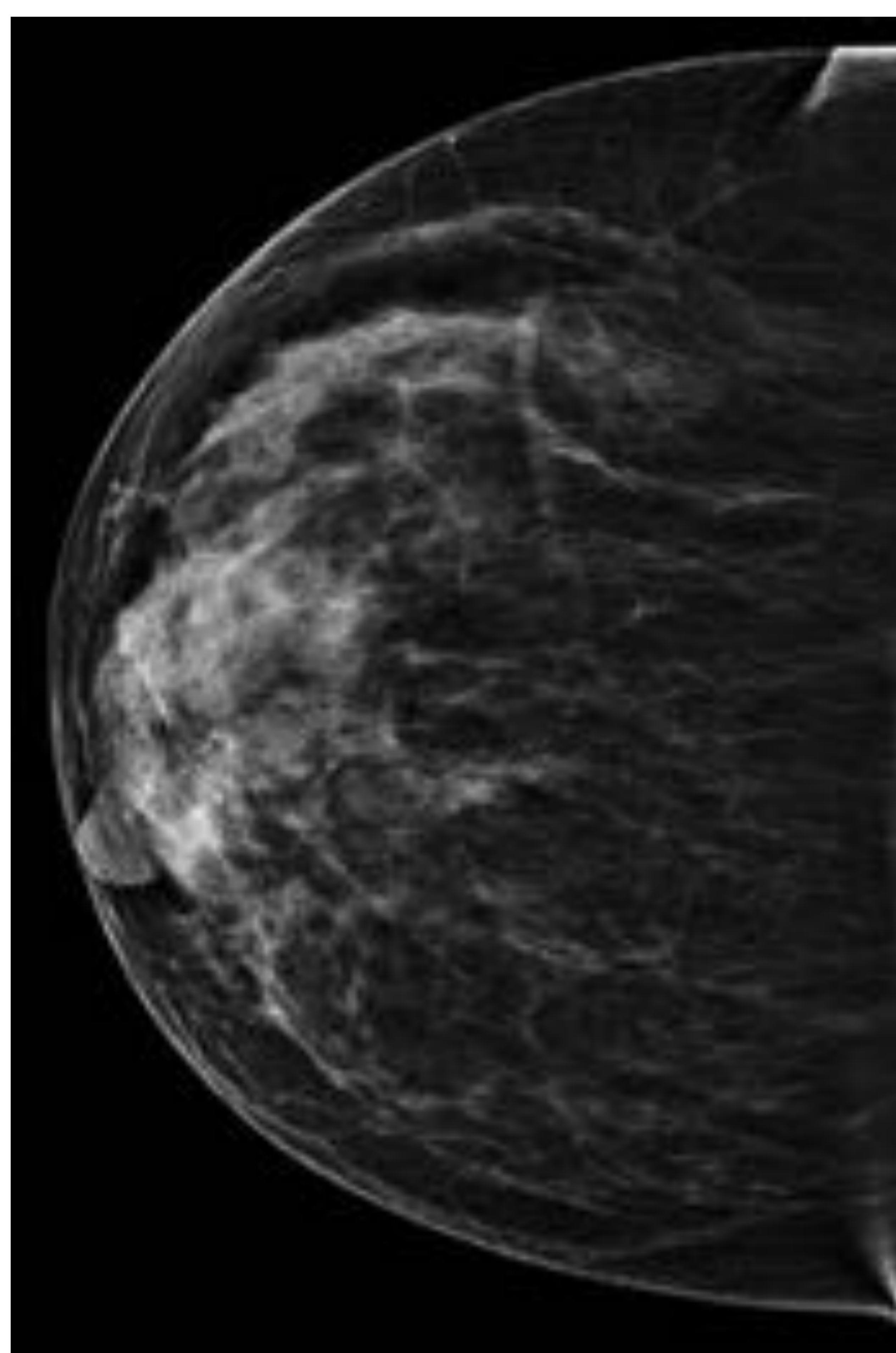
34

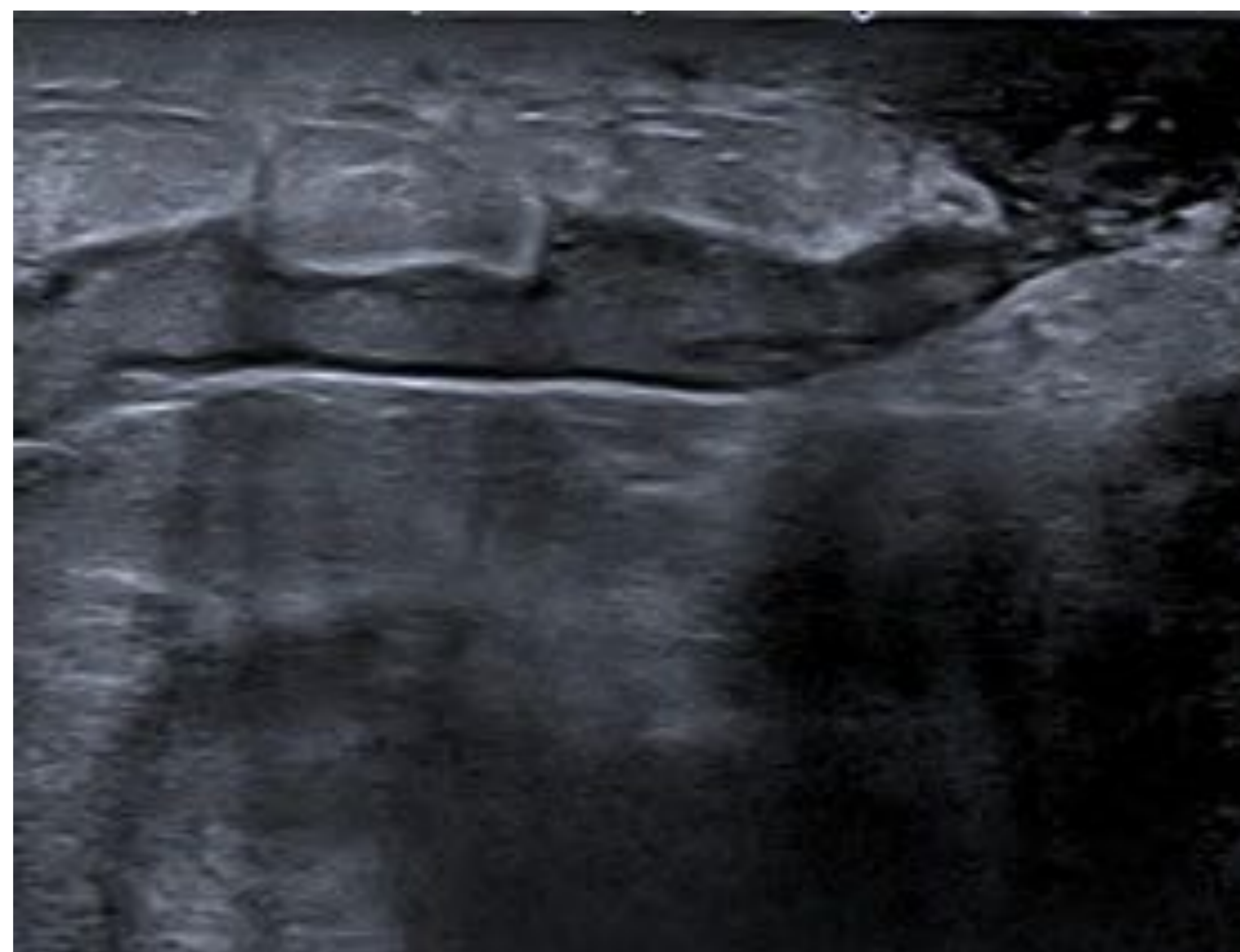
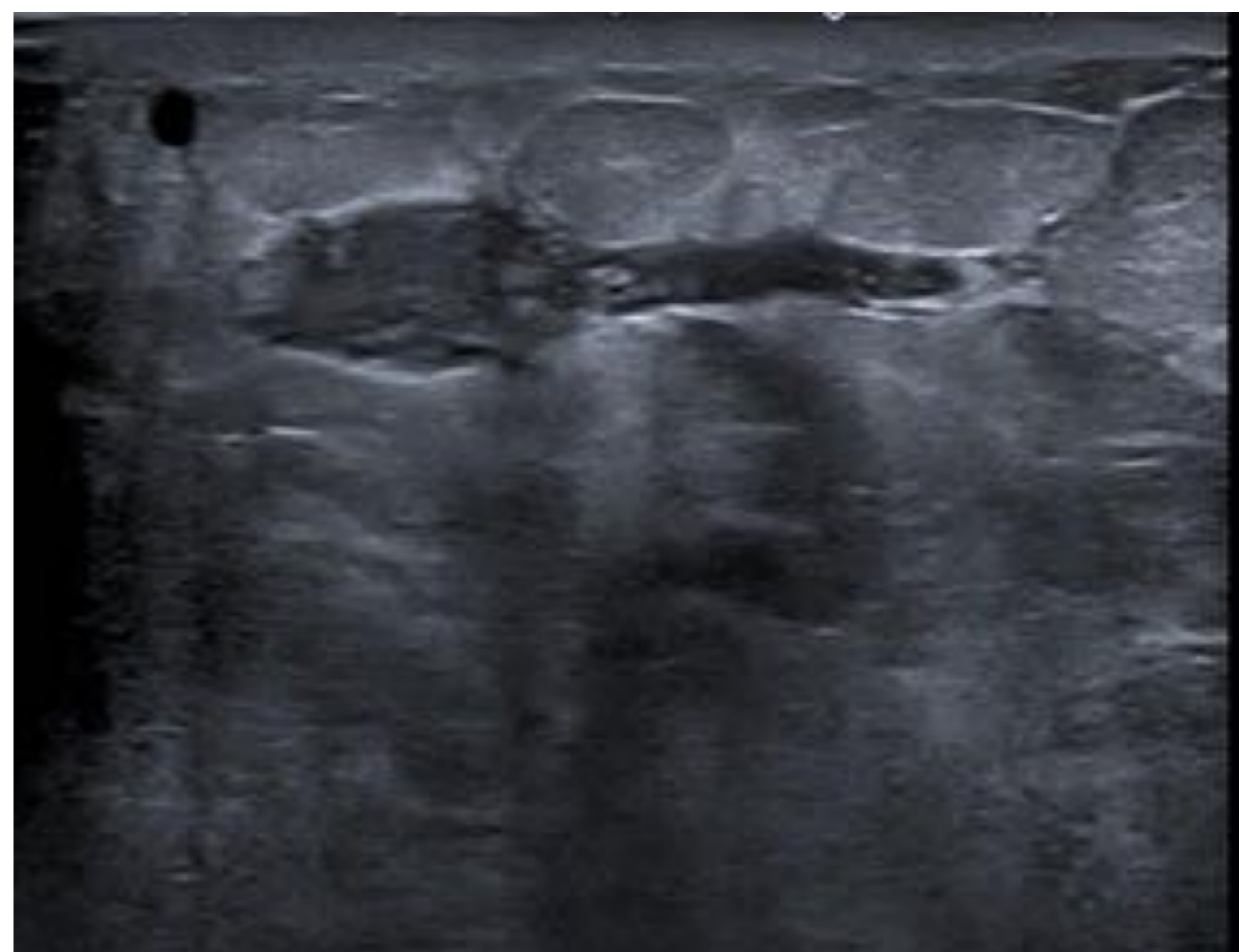
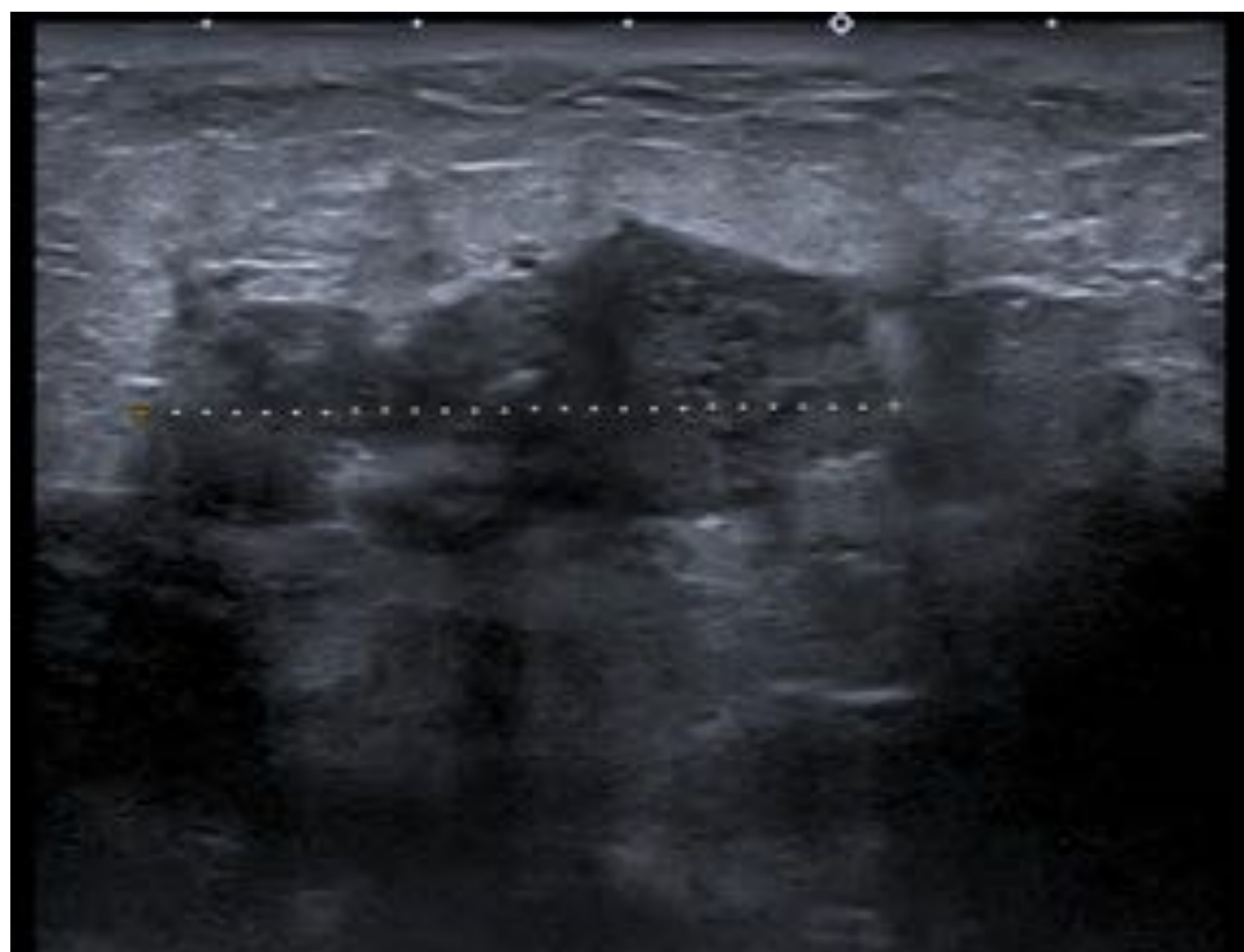
Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

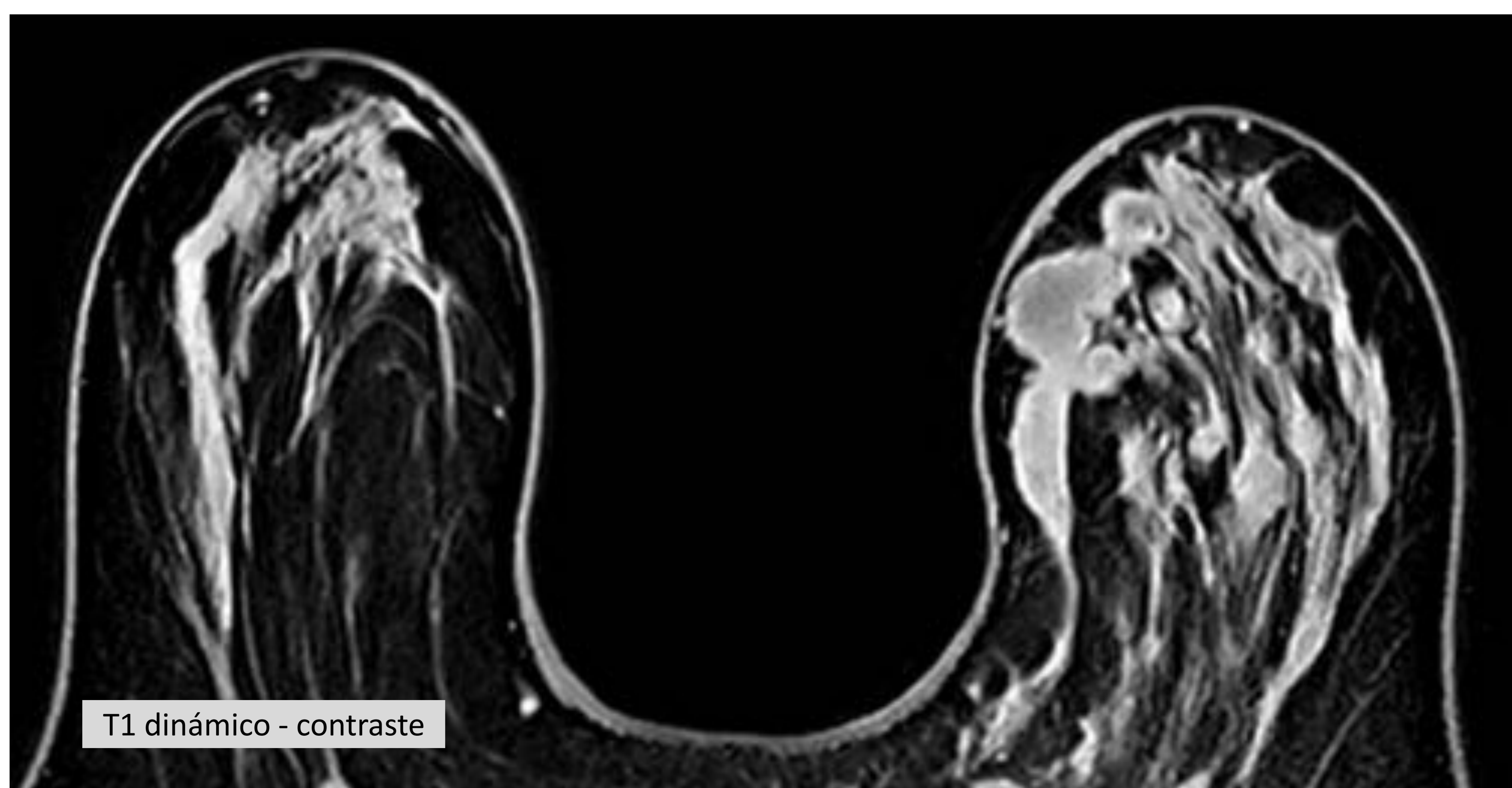
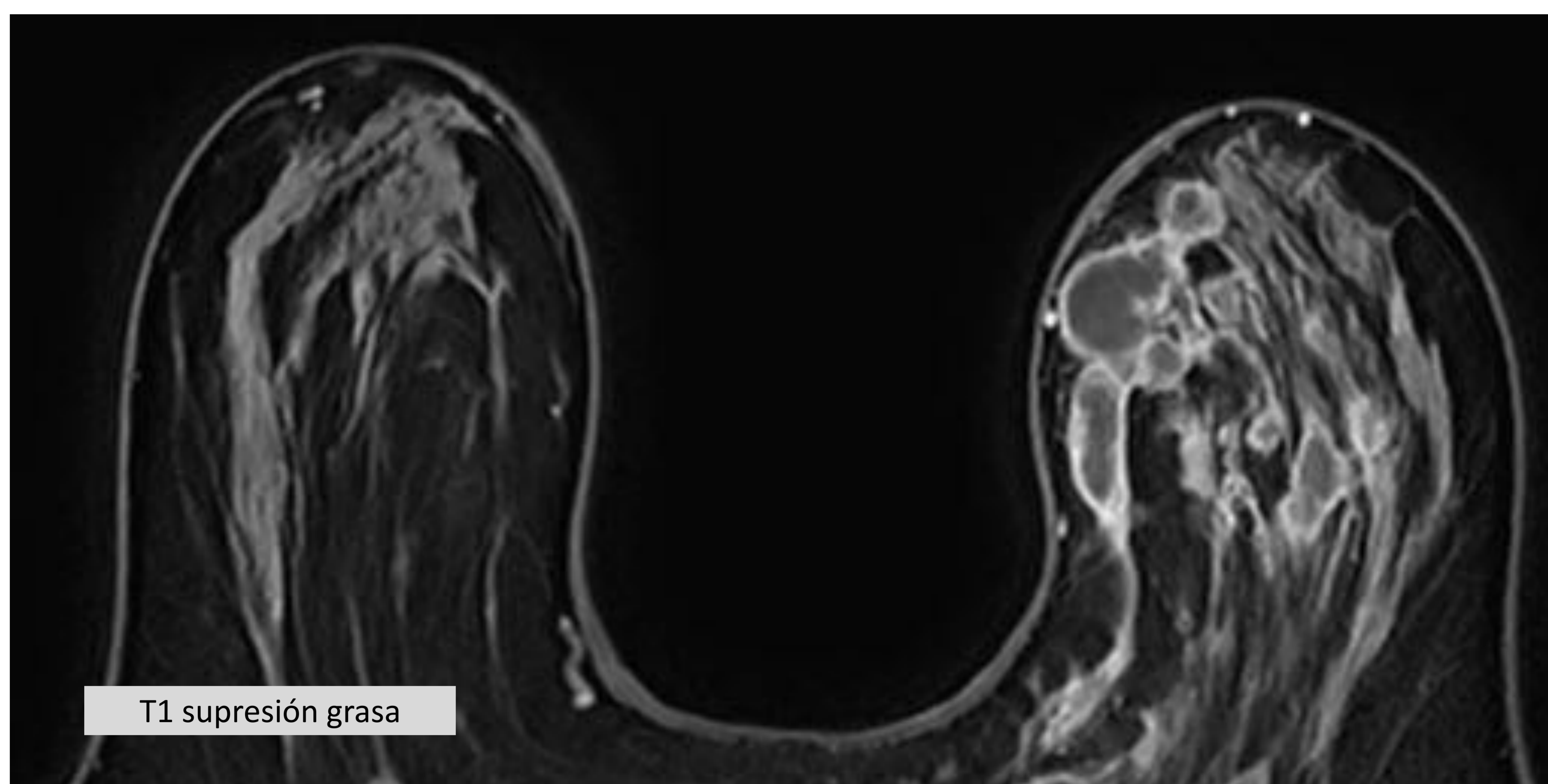
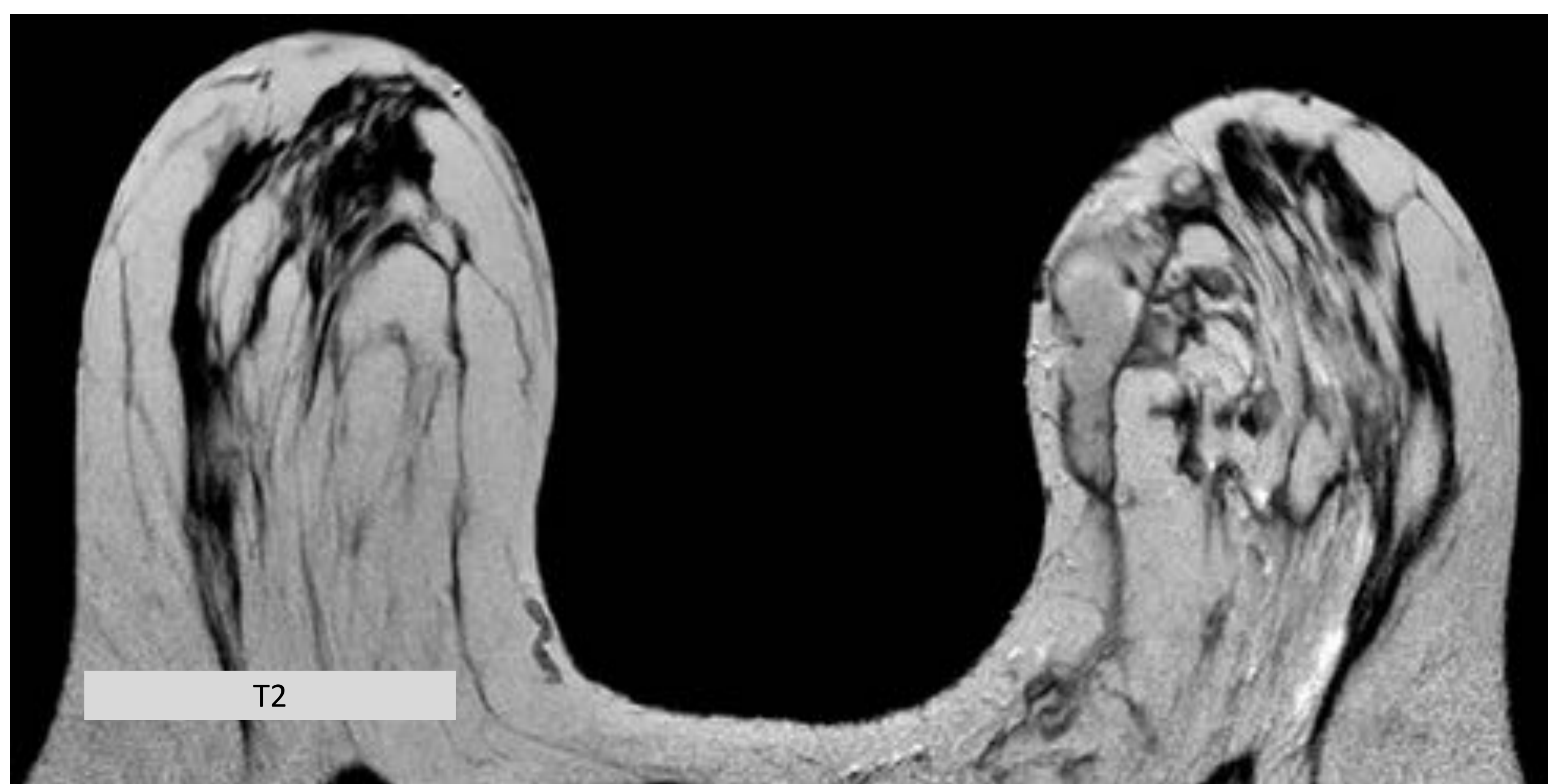
23 mayo Cursos Precongreso





La mamografía mostró asimetría parenquimatosa en unión de cuadrantes, y la ecografía múltiples masas irregulares y varias lesiones tubulares multicéntricas en MI.

09 / 2017



La RM evidenció afectación difusa, fundamentalmente de ambos cuadrantes internos de la MI, apreciándose abscesos confluyentes asociados.

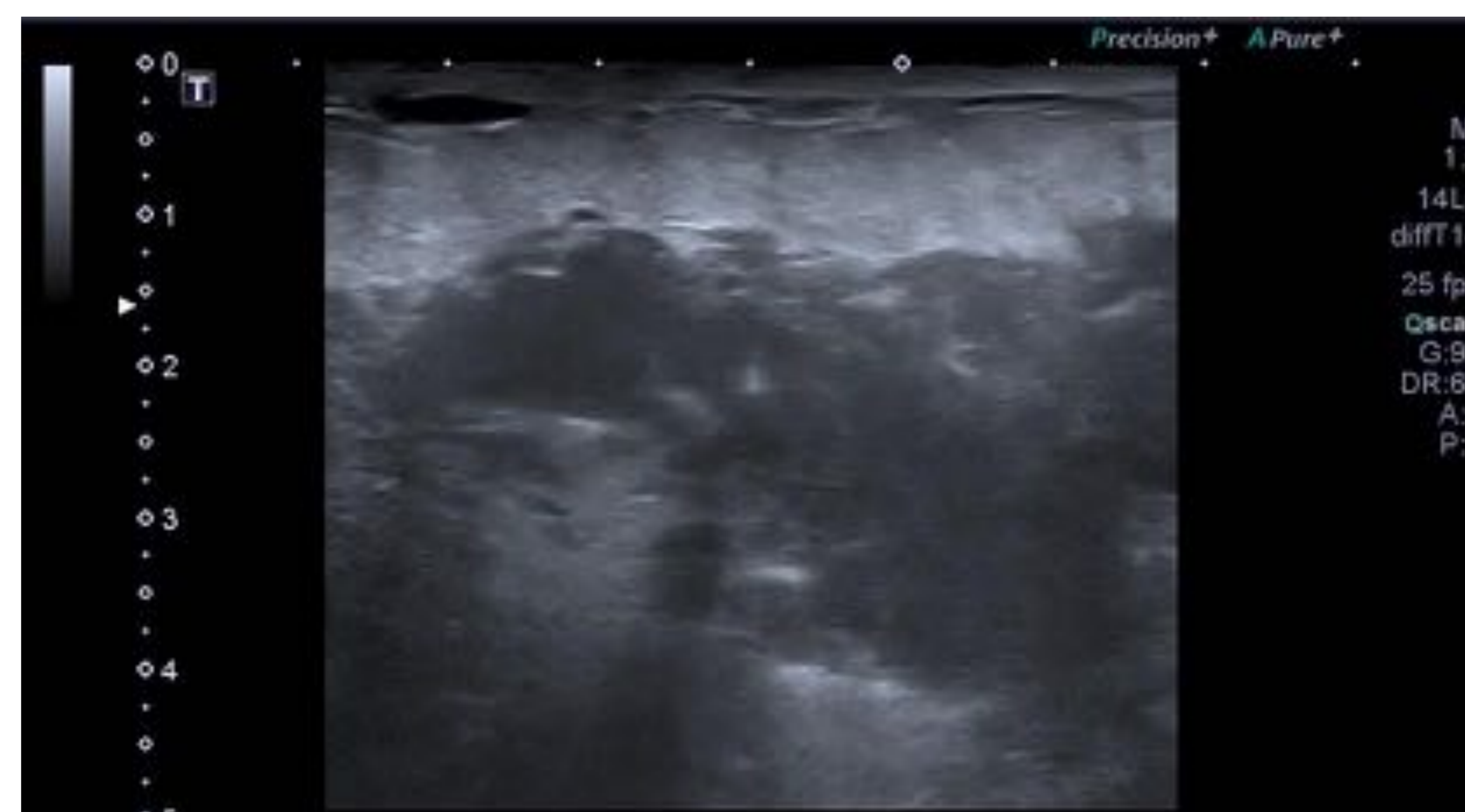
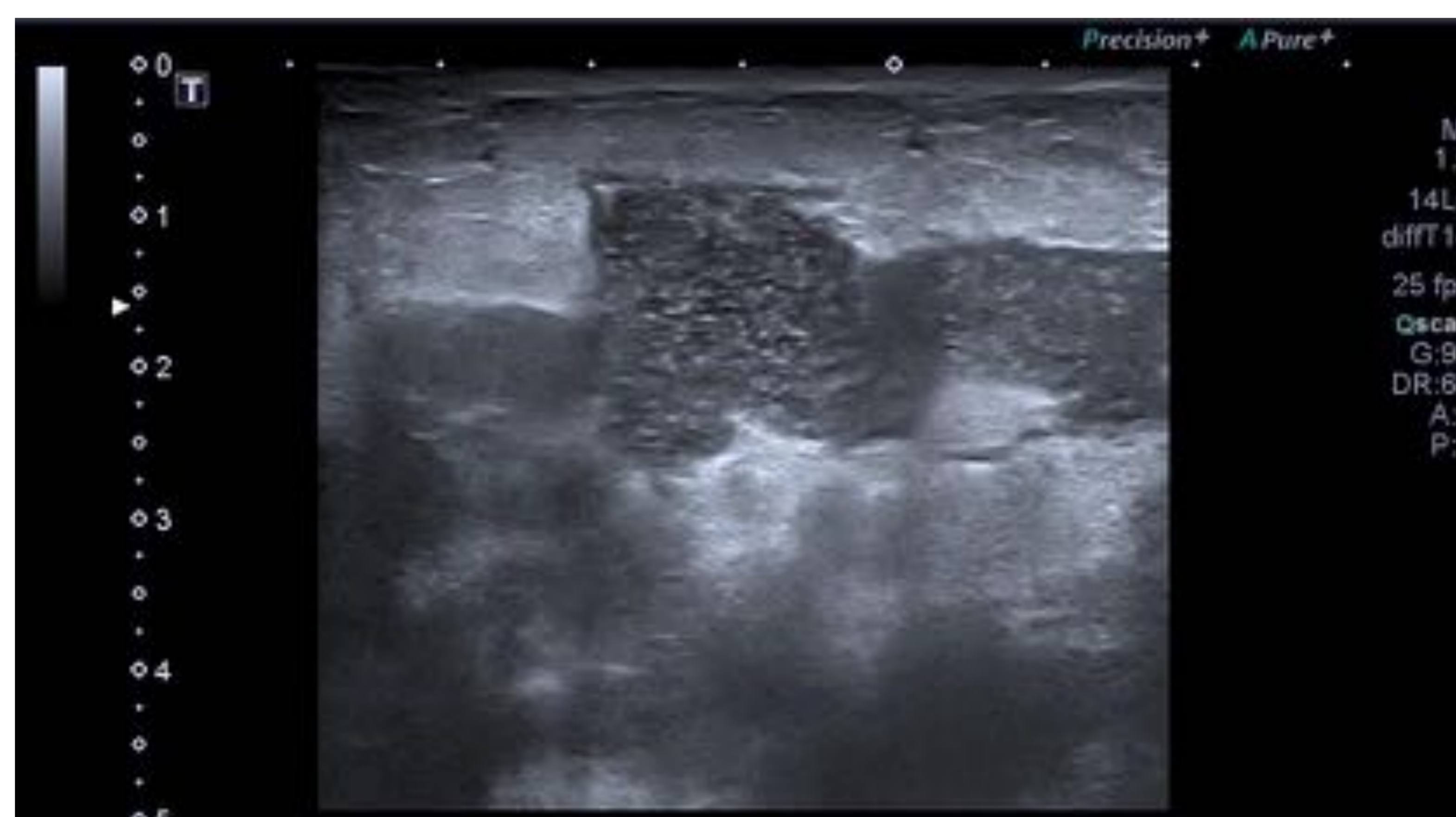
En suma, se evidenció con la RM la importante extensión de la enfermedad, y además, el siguiente mes se constató un empeoramiento tanto clínico como ecográfico:



09/2017



10 / 2017



Con la intención de evitar la mastectomía dada la comorbilidad que generaría, se decidió colocar un drenaje eco-guiado, el cual hizo que la clínica mejorara significativamente.

La paciente sigue por el momento con tratamiento médico, aunque ha tenido algunas recidivas.



CONCLUSIONES:

1. La MGLI es una entidad benigna que merece ser considerada en el diagnóstico diferencial de las lesiones nodulares mamarias, y que tanto clínica como radiológicamente puede solaparse con el espectro del cáncer inflamatorio.
2. Las técnicas de imagen, a pesar de la baja especificidad, pueden ayudar en el diagnóstico, delimitan la extensión y evalúan la evolución.
3. El diagnóstico definitivo es histológico.
4. El drenaje eco-guiado favorece la resolución del cuadro.
5. Las pacientes pueden presentar evoluciones dispares.

BIBLIOGRAFIA:

- Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis a lesion clinically simulating carcinoma. Am J Clin Pathol. 1972;58:642-8.
- Canalejo-Castrillero E, Del Moral-García R, Moreno-Torres A. Mastitis granulomatosa idiopática. Una entidad de difícil diagnóstico y tratamiento. Rev Clin Esp 2014; 214: e41-43.
- Gautier N, Lalonde L, Tran-Thanh D, El Khoury M, David J, Labelle M, et al. Chronic granulomatous mastitis: imaging, pathology and management. Eur J Radiol. 2013;82:e 165-75.
- Aslan H, Pourbagher, Colakoglu T. Idiopathic granulomatous mastitis: magnetic resonance imaging findings with diffusion MRI. Acta Radiol 0(0) 1-6. DOI: 10.1177/0284185115609804.
- Guio JI, Cruz AR, Pérez JE. Mastitis granulomatosa: presentación clínica, imagenológica e histológica. Serie de casos. Repertorio de Medicina y Cirugía 2016; 25:235-240.