



Aplicación de la mamografía con contraste (CEM), resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC) en el diagnóstico de mastitis.

Suñén I.¹, Martínez Montalbán M.¹, López Soriano E.¹, Soriano Godes J.J.¹, Navas Campo R.¹

¹Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.



Objetivo:

Definir los hallazgos radiológicos en los casos de mastitis inflamatorias y evaluar la necesidad de realizar técnicas de diagnóstico avanzadas complementarias.

Material y Métodos:

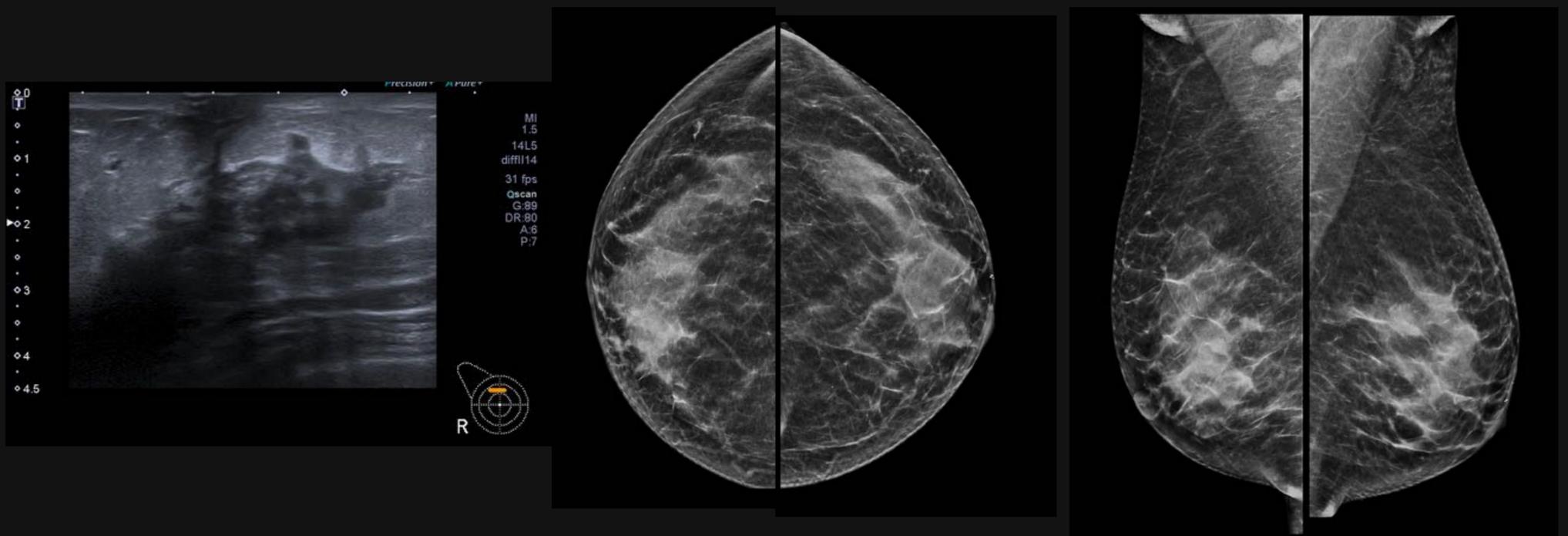
Se realizó una revisión de los casos de mastitis en nuestro centro para definir los hallazgos radiológicos en las técnicas convencionales (mamografía y ecografía) en los diferentes tipos de mastitis inflamatorias, y su correlación con otras técnicas de imagen más avanzadas: CEM, RM y TC .

Resultados:

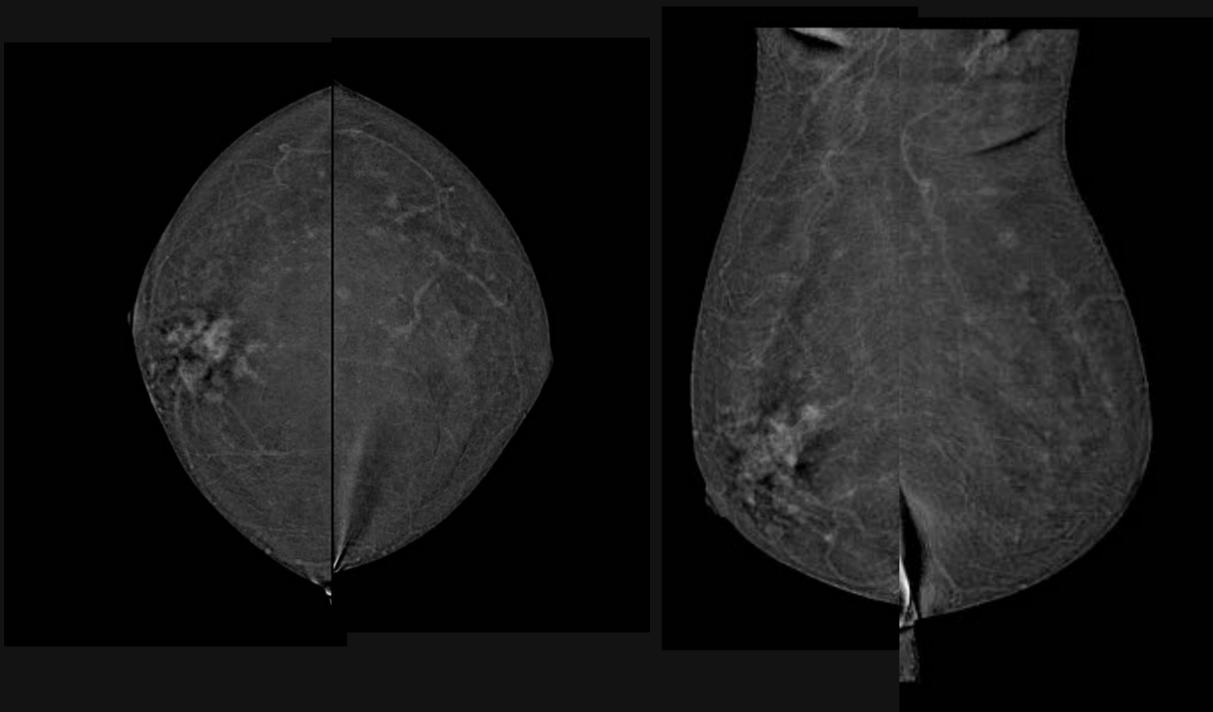
Los hallazgos más frecuentes en ecografía mamaria fueron edema y engrosamiento cutáneo. Otros signos como la alteración de la ecoestructura se manejaron con biopsia y evaluación mediante RM, presentando realces regionales tipo no masa. En un caso con antecedente de cáncer de mama tratado, la presencia de calcificaciones distróficas y la alta fiebre persistente obligaron a realizar una TC con diagnóstico de mastitis enfisematosa. La CEM es una técnica útil y disponible para la evaluación de la extensión de la mastitis y su control posterior tras el tratamiento médico. A continuación se describen cinco casos de mastitis.

CASO 1

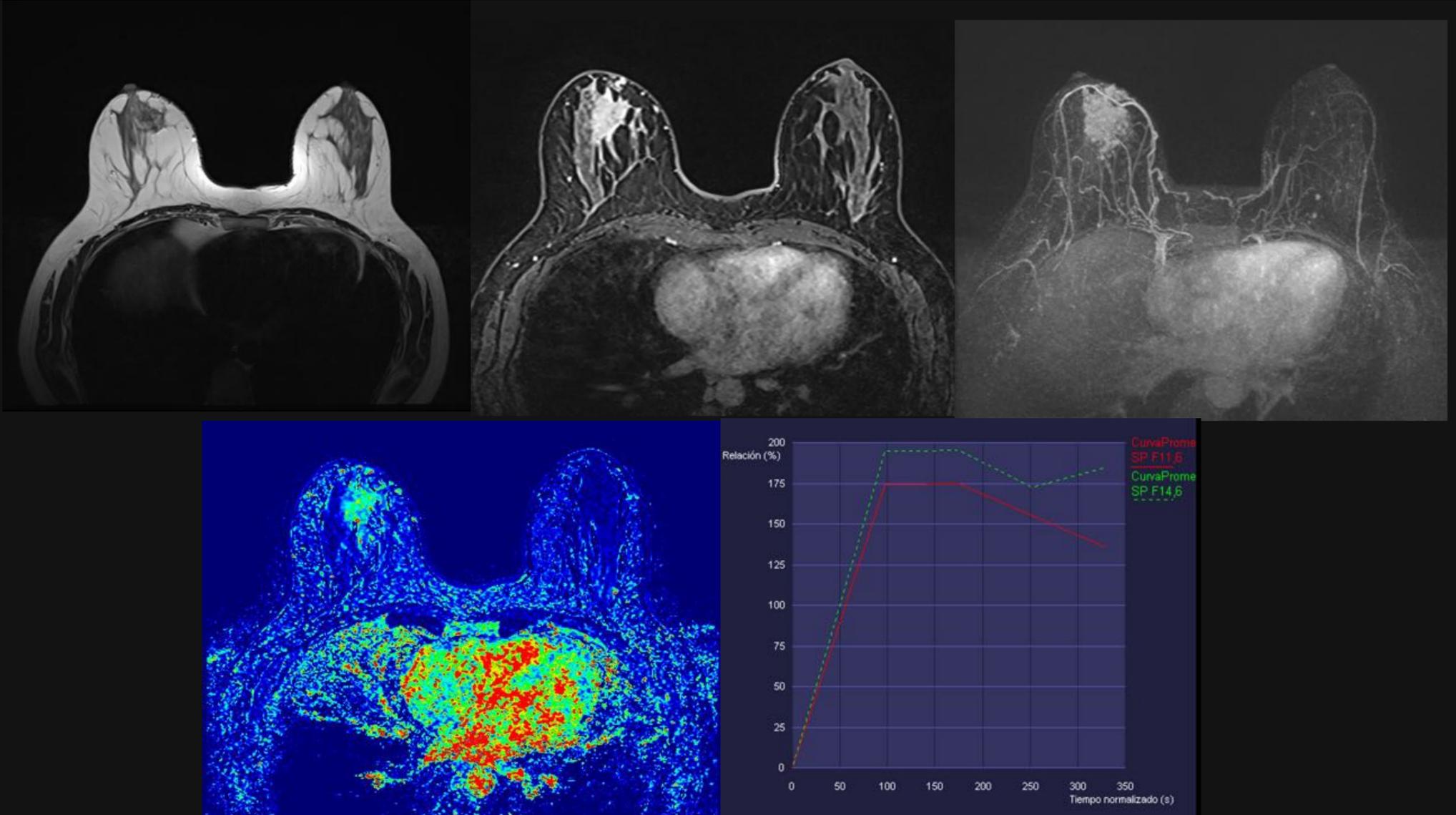
Paciente de 32 años de edad que consulta por bultoma en MD. Se realiza una ecografía en la que se aprecia un área de alteración de la ecoestructura mamaria de aprox. 5 cm, heterogénea, localizada en plano anterior-medio retroareolar, sospechosa. Se amplía estudio con mamografía donde se aprecia una leve asimetría del tejido fibroglandular, siendo mayor a nivel retroareolar en la MD. BI-RADS 4C.



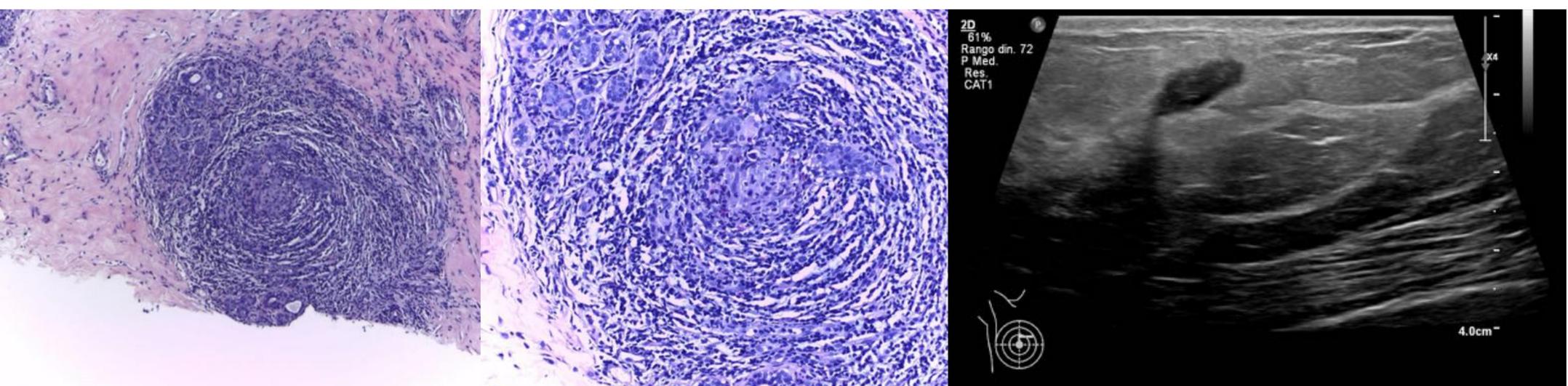
Se realizó una CEM en la que se identificó un realce no masa, intenso, heterogéneo, de 45 mm en plano anterior retroareolar de MD.



En RM la lesión presentó un realce tipo masa de 46 mm, intenso, homogéneo, con curvas de captación de contraste tipo 3 y restricción a la difusión (ADC: 0,001096 mm²/s), todo ello sospechoso de malignidad.

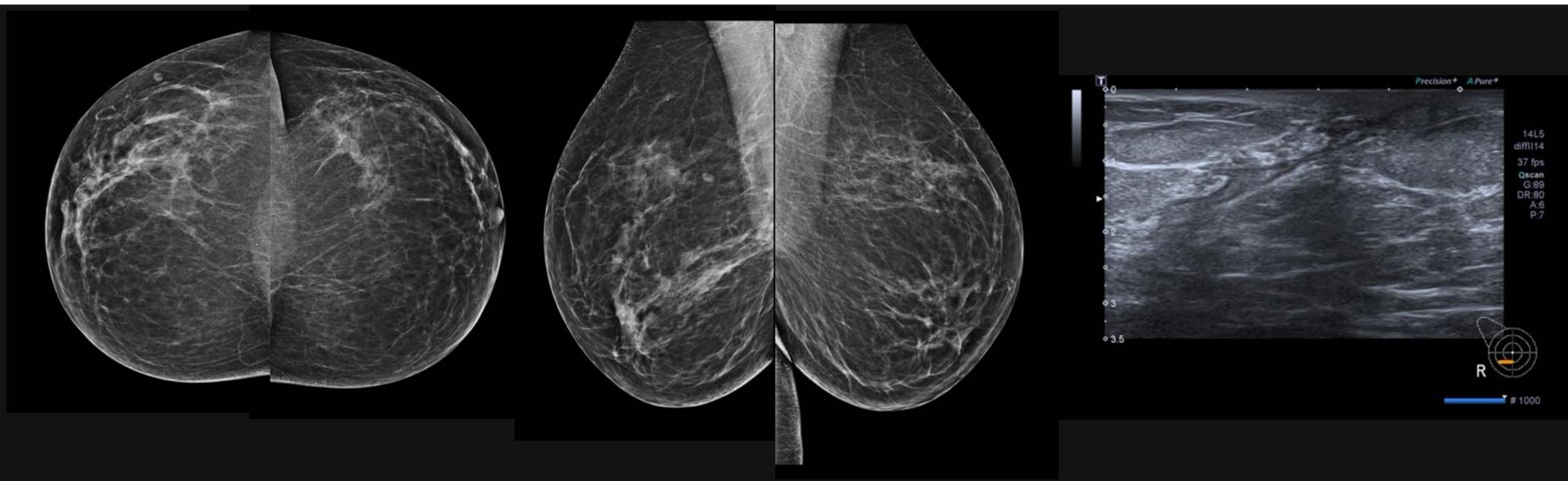


Se realiza una BAG (14G) obteniendo 6 cilindros con resultado anatomo-patológico de mastitis granulomatosa con áreas de **mastitis granulomatosa neutrofílica**. Se instauró tratamiento con corticoides vía oral. Tras 4 meses de tratamiento persiste nódulo hipoeocogénico de 19 mm. Se plantea tratamiento corticoideo local.

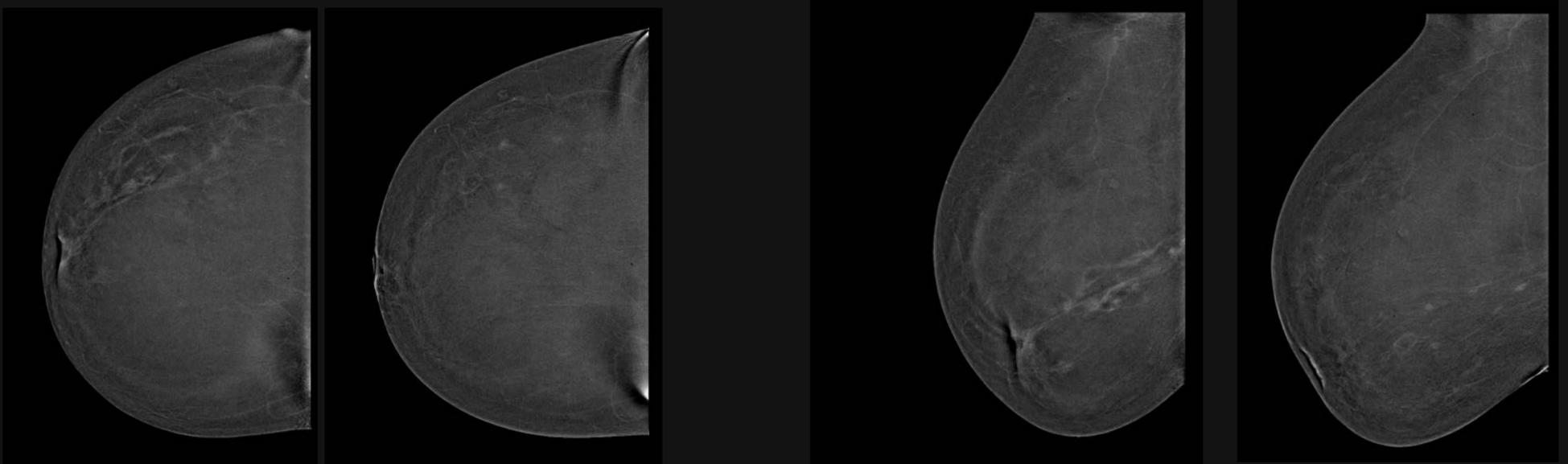


CASO 2

Paciente de 37 años con mastalgia derecha. Se le realiza mamografía y ecografía identificando una asimetría segmentaria en CIE de la MD, que en ecografía corresponde a una ocupación de ductos a las 7H en MD, con cambios inflamatorios periductales. Sugiere **periductitis**. BI-RADS 3.

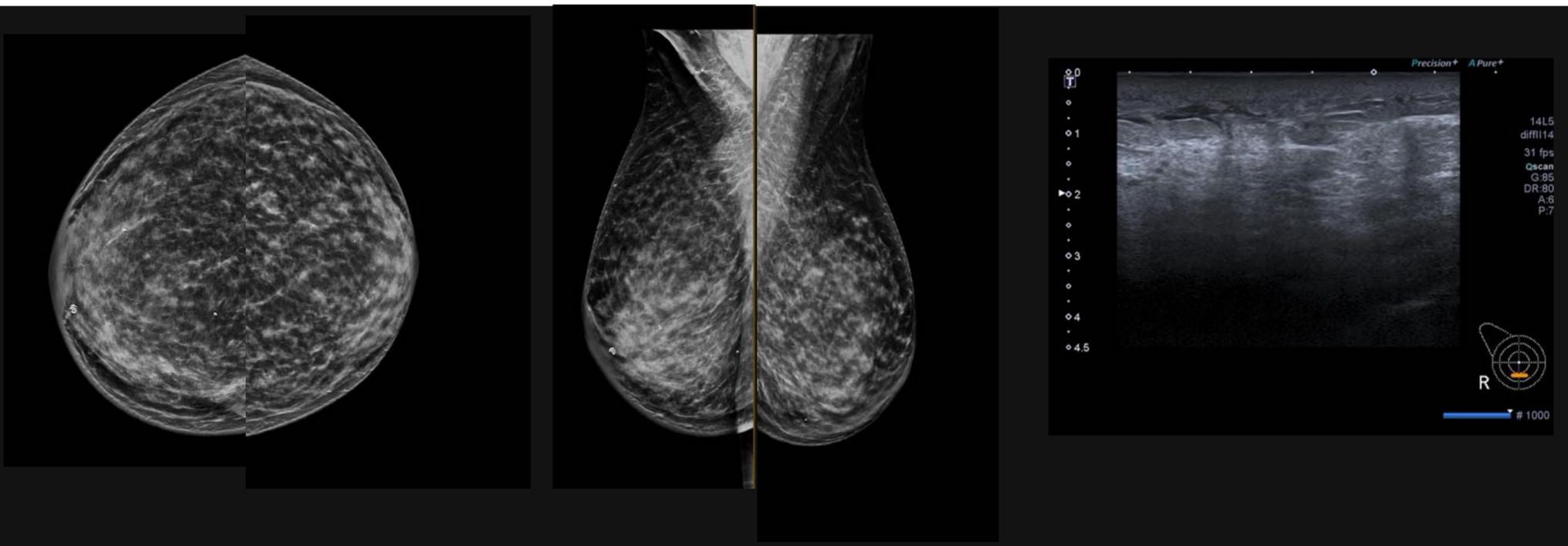


Se realiza una CEM identificando un realce no masa con distribución segmentaria y ductal de 95 mm, que se extiende desde el pezón hacia CIE de MD. Se trata de un realce arrosariado que asocia pezón invertido. Los hallazgos son compatibles con mastitis/periductitis aguda. Se instauro tratamiento antibiótico y antiinflamatorio y se realiza un control con CEM a los 3 meses, una vez finalizado el tratamiento y los síntomas, observando disminución de la intensidad y extensión del realce.

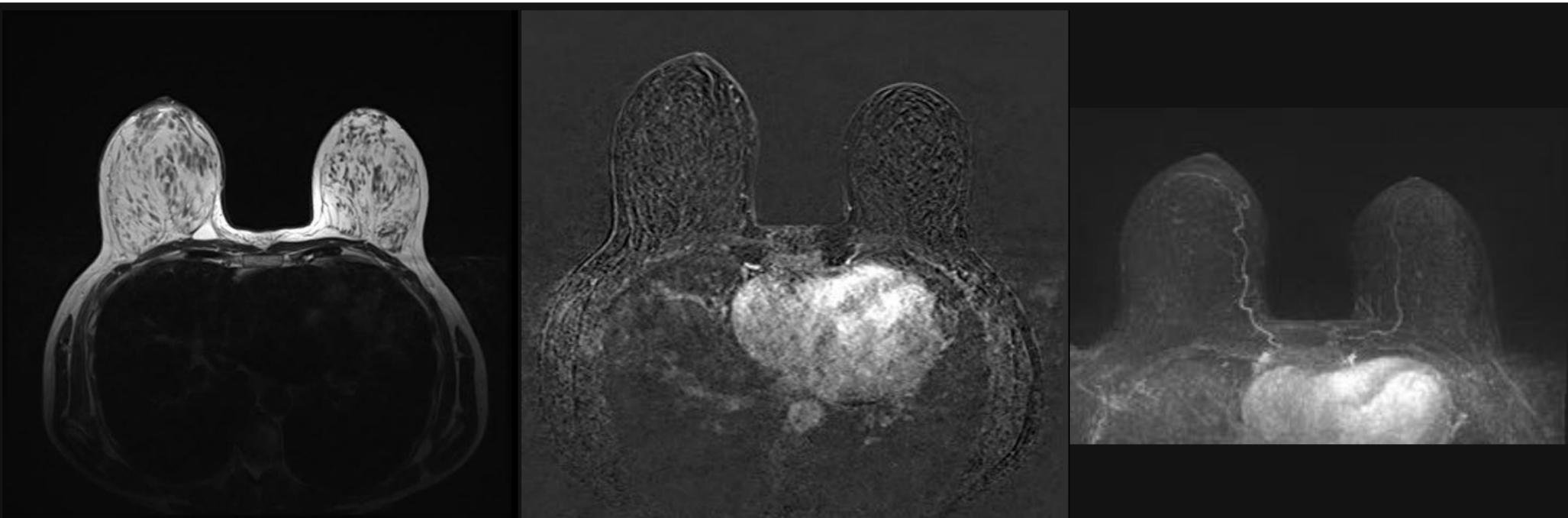


CASO 3

Paciente de 61 años con AP de CDI de MD tratado con cirugía conservadora, BSGC, quimioterapia e inmunoterapia. Pendiente de radioterapia. Consulta por dolor en MD. Se realiza mamografía y ecografía identificando edema y engrosamiento cutáneo en cuadrantes inferiores de la MD, sugestivo de **mastitis inflamatoria**. BI-RADS 3.

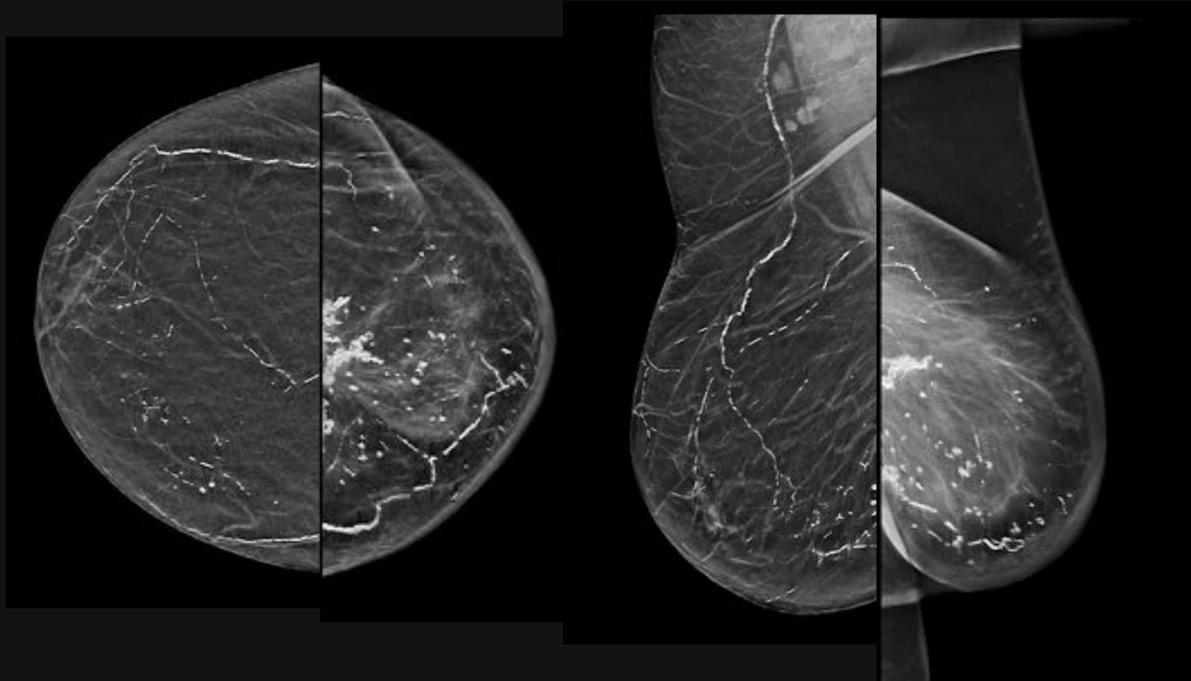


Dados los antecedentes de la paciente se realiza una RM que muestra cambios postquirúrgicos e inflamatorios en la MD, incluyendo aumento del volumen mamario y engrosamiento cutáneo, sin evidenciar realces sospechosos.



CASO 4

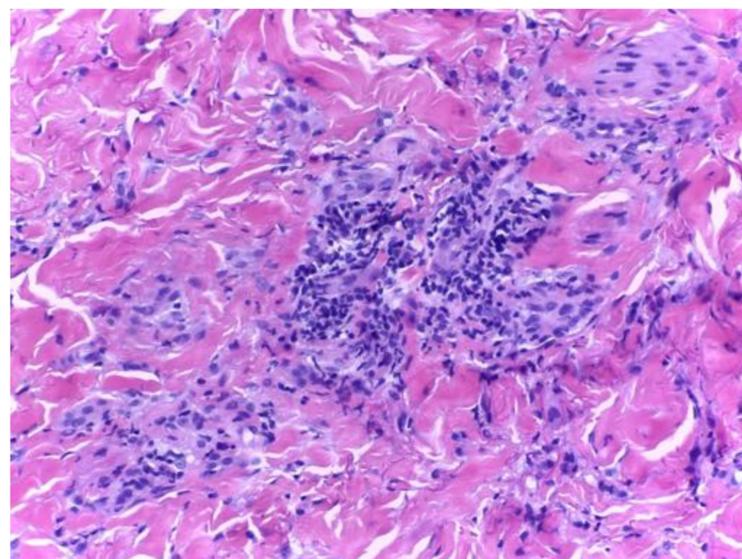
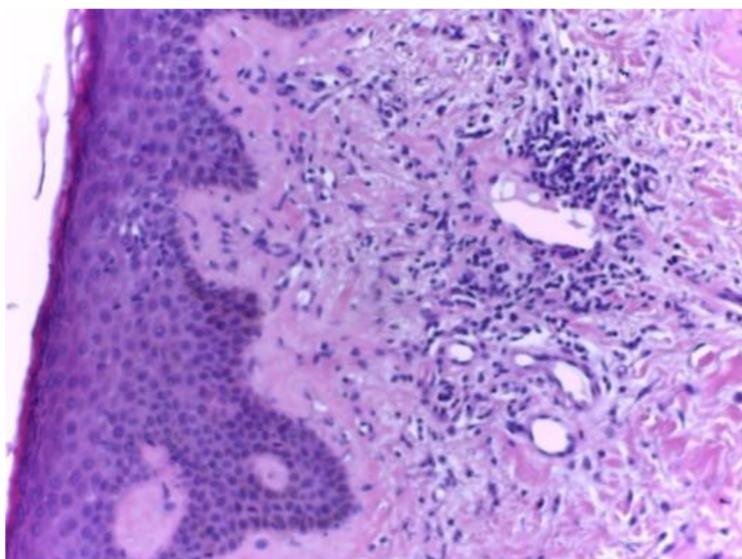
Paciente de 74 años con AP en 2004 de CDI estadio T1a (2mm) N0 M0 Luminal A asociado a CDIS, tratado con cirugía conservadora, linfadenectomía axilar, radioterapia y hormonoterapia. Desde hace 10 días presenta dolor intenso en la MI con endurecimiento y retracción de CAP. A la exploración se palpan nódulos pétreos en cuadrantes inferiores de MI. Se realiza mamografía y ecografía identificando un engrosamiento difuso de la piel en la MI con edema glandular. Se aprecian múltiples calcificaciones distróficas con sombra acústica en ecografía que dificultan la valoración de lesiones subyacentes. Adenopatías axilares derechas reactivas. Ante la gravedad clínica de la paciente se solicita una TC. No se pudo realizar RM. BI-RADS 4A



La TC mostró una MI aumentada de tamaño respecto a la contralateral, con engrosamiento cutáneo y trabeculación de la grasa. Calcificaciones distróficas difusas e imagen de gas intramamario en cuadrantes inferiores, que se extiende en profundidad hasta la musculatura pectoral y el arco anterior de la V costilla izquierda, todo ello compatible con **mastitis enfisematosa**. No se observan adenopatías supraclaviculares ni axilares. Ganglios mediastínicos inespecíficos

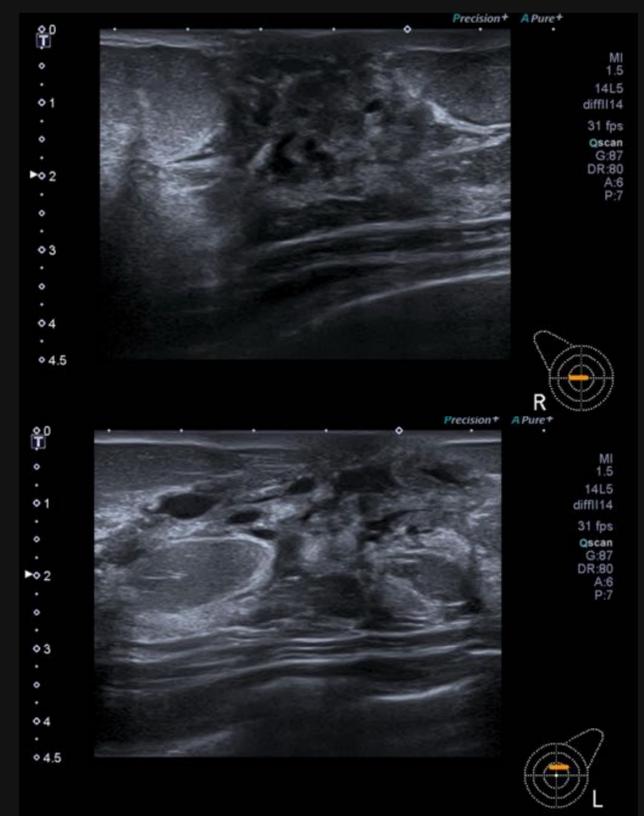
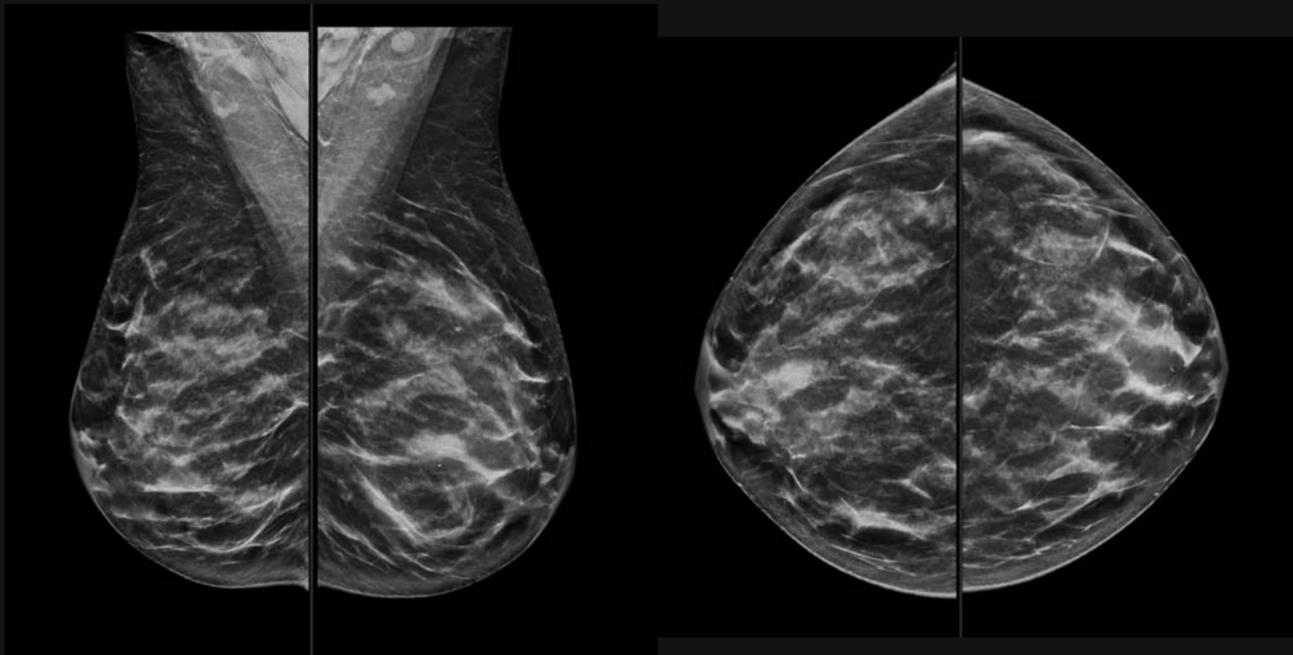


Se realizó un punch de la piel de la mama izquierda con resultado anatomo-patológico de ligera inflamación crónica inespecífica y necrosis grasa. Sin evidencia de malignidad. También una BAG (14G) de la unión de cuadrantes inferiores de la MI, sin signos de malignidad, con fibrosis y de focos de necrosis grasa. La paciente sigue con controles de imagen.



CASO 5

Paciente de 48 años con mastitis de repetición en ambas mamas durante la lactancia, hace 20 años. En estudio de mamografía y ecografía de control se aprecian cambios postinflamatorios retroareolares y moderada ectasia ductal retroareolar bilateral. BI-RADS 2.



Conclusiones:

La mastitis presenta hallazgos típicos en técnicas convencionales. En casos seleccionados, la necesidad de descartar lesiones malignas o la gravedad clínica, requieren de técnicas complementarias: RM, CEM o TC.