

MASTOPATÍA DIABÉTICA: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

María José García Redondo¹, Daniel Sánchez García¹, Francisco Javier Olcoz Monreal¹, Elsa García Laborda¹, Óscar Bueno Zamora¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.



OBJETIVO DOCENTE:

Describir los principales hallazgos de la mastopatía diabética (MD) en las distintas pruebas de imagen que se utilizan en el estudio de la mama (mamografía, ecografía y resonancia magnética) a través de dos casos diagnosticados en nuestro centro con correlación radio-patológica.

REVISIÓN DEL TEMA:

Introducción:

La MD es una entidad benigna en la mama.

Se trata de una complicación poco frecuente en pacientes con historia de diabetes mellitus de larga evolución, generalmente insulino-dependientes, que con frecuencia asocian otro tipo de complicación derivada de esta enfermedad como retinopatía, nefropatía o neuropatía diabéticas.

Suele presentarse en mujeres entre los 30 y 50 años, aunque también hay descritos casos en varones y en pacientes con diabetes no insulino-dependiente, incluso con otras enfermedades endocrinas.

Etiología y patogenia:

La etiología de la MD es desconocida. Se han propuesto varios mecanismos pero ninguno de ellos ha sido demostrado.

La teoría más aceptada se basa en la producción de proteínas glicosiladas que se depositan en el tejido mamario y actúan como antígenos activando una respuesta inmune con proliferación de linfocitos B y anticuerpos.

Clínica:

La presentación clínica más frecuente es en forma de nódulo o masa palpable, único o múltiples, uni o bilaterales, y de tamaño variable.

A la exploración física son nódulos de consistencia dura e irregulares o nodularidad mamaria difusa, generalmente indoloros.

Más del 50% de casos son nódulos múltiples y la localización típica en la mama es la región retroareolar.

Es importante conocer esta entidad porque la forma de presentación es indistinguible clínica y radiológicamente del cáncer de mama.

Hallazgos radiológicos:

La forma de presentación de esta entidad en las diferentes técnicas de imagen no es específica por tanto se requiere de biopsia y estudio histológico para el diagnóstico definitivo.

MAMOGRAFÍA:

La mamografía como técnica aislada no aporta ningún hallazgo específico y es insuficiente para descartar malignidad.

Lo más frecuente es que nos encontremos con mamas extremadamente densas sin nódulos dominantes ni microcalcificaciones, siendo el hallazgo mamográfico más típico la asimetría en el lugar de palpación de la lesión.

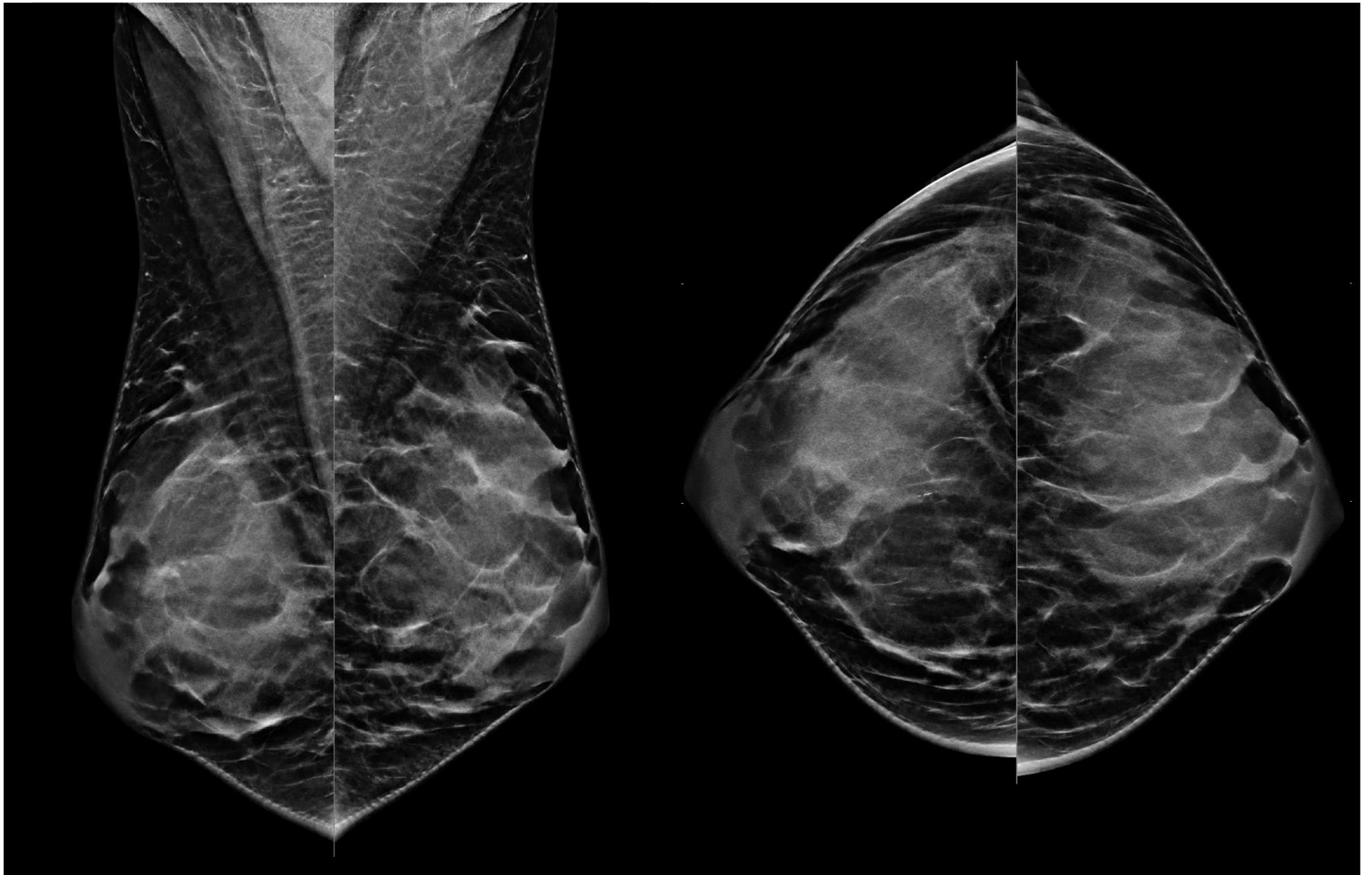


Imagen 1. CASO 1: Paciente con nódulo palpable en mama derecha. Mamografía 2D en proyecciones OML y CC. Mamas extremadamente densas (patrón D) sin nódulos dominantes.

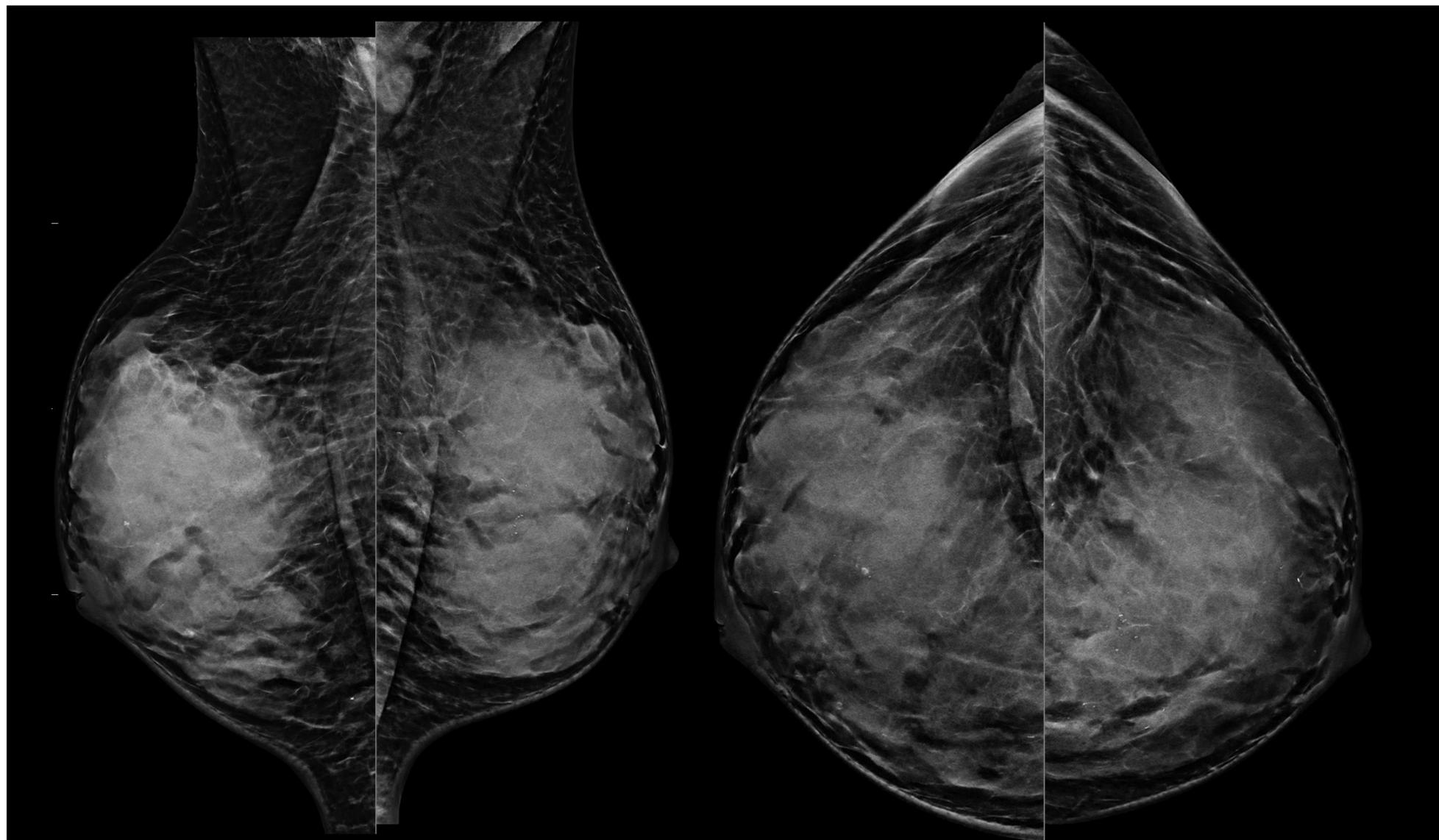


Imagen 2. CASO 2: Paciente con nodularidad mamaria bilateral. Imagen sintetizada en proyecciones OML y CC. Mamas extremadamente densas (patrón D). En los planos de corte de tomosíntesis se observaban múltiples nódulos oscurecidos bilaterales.

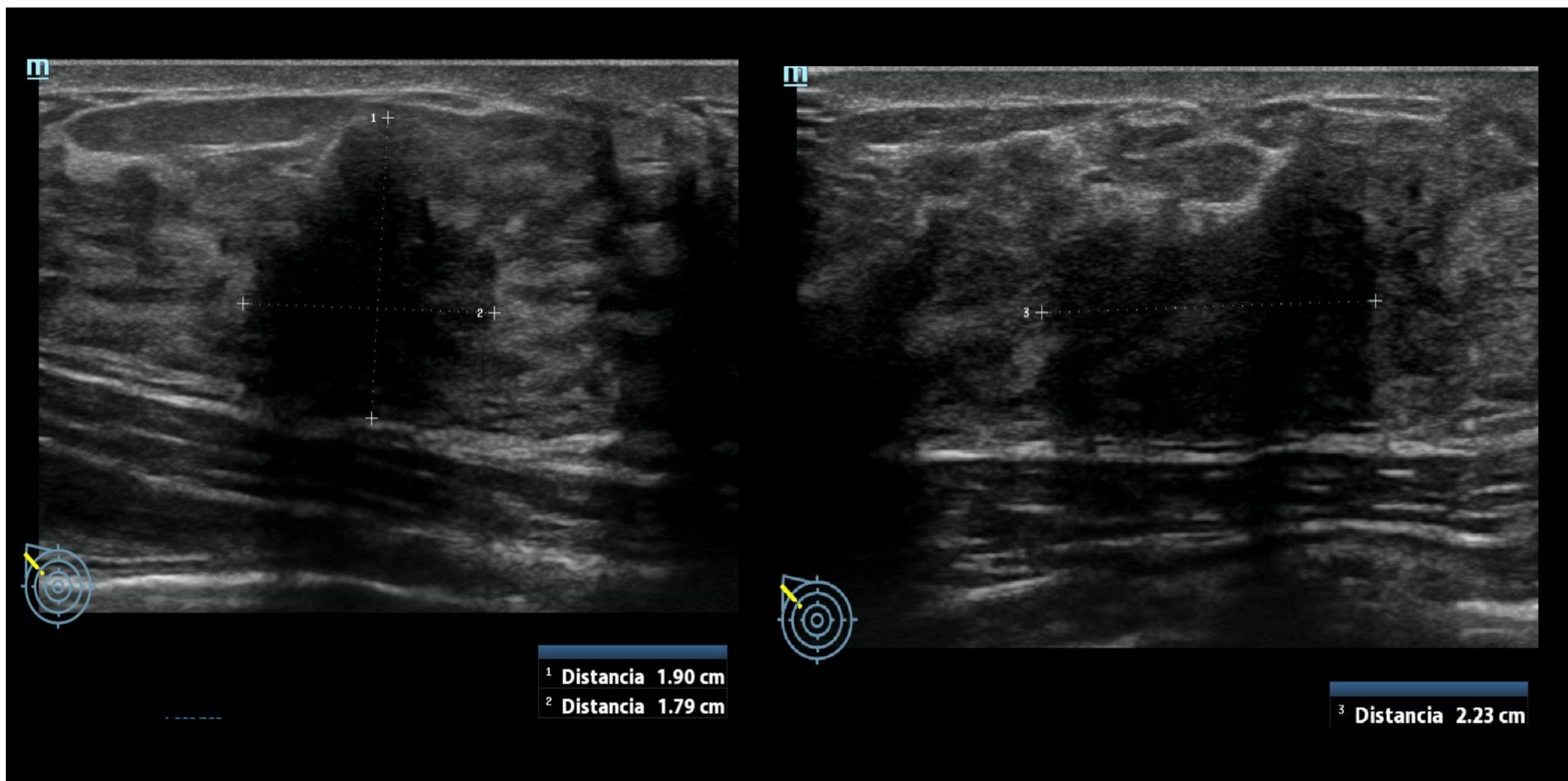
Hallazgos radiológicos:

ECOGRAFÍA:

Ecográficamente estas lesiones se traducen como nódulos hipoecoicos, irregulares y de límites mal definidos, con marcada sombra acústica posterior y ausencia de señal doppler color.

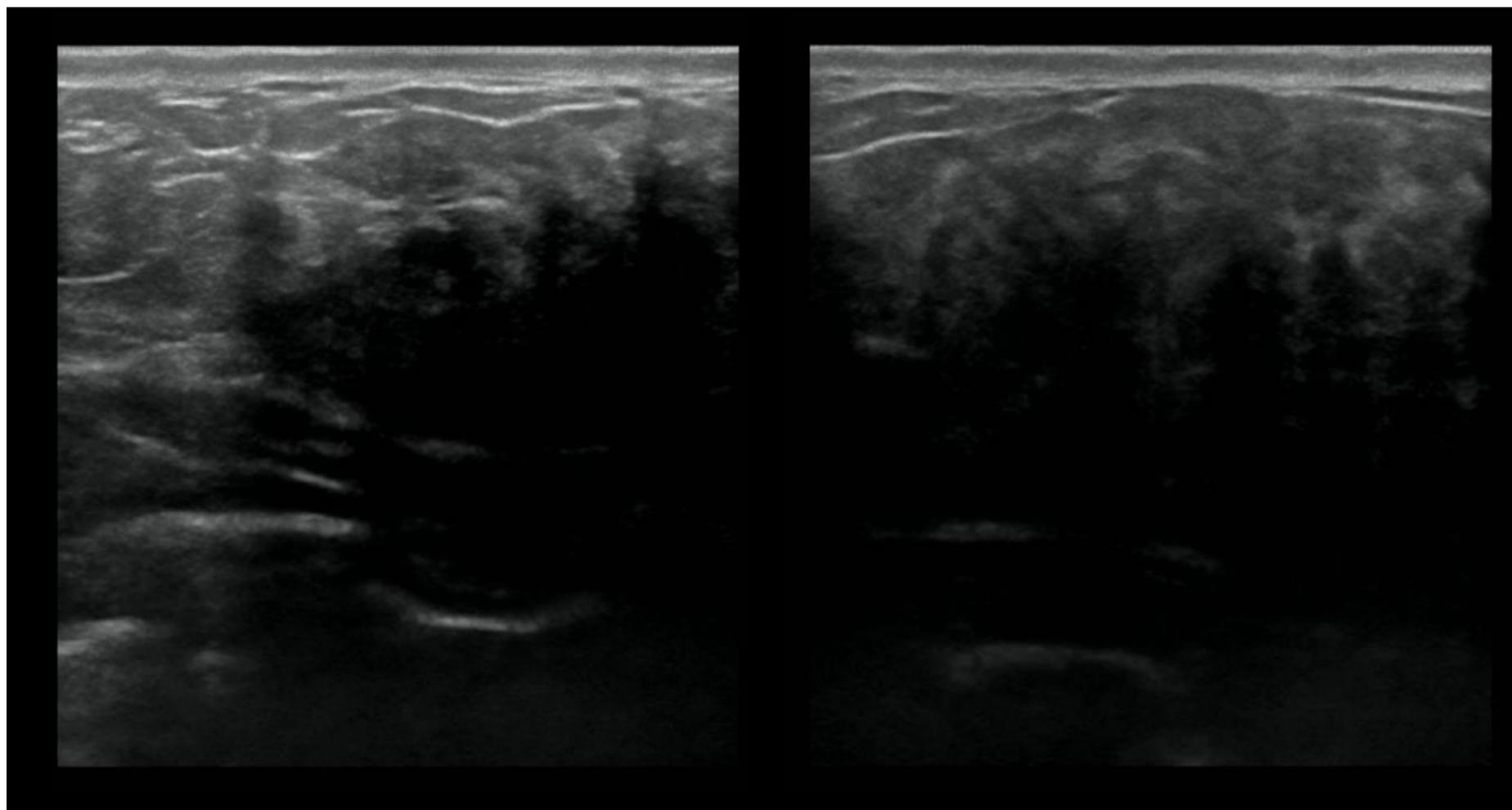
La sombra va estar en relación con la cantidad de fibrosis en la lesión y estadios más avanzados de la enfermedad.

La ecografía sirve además como guía para la biopsia de estas lesiones.



Imágenes 3 y 4. CASO 1: Paciente con nódulo palpable en mama derecha.

Nódulo sólido, hipoecoico, de morfología irregular y margen indefinido, con cierta sombra posterior en el CSE de la mama derecha.



Imágenes 5 (mama derecha) y 6 (mama izquierda):

CASO 2: Paciente con nodularidad mamaria bilateral.

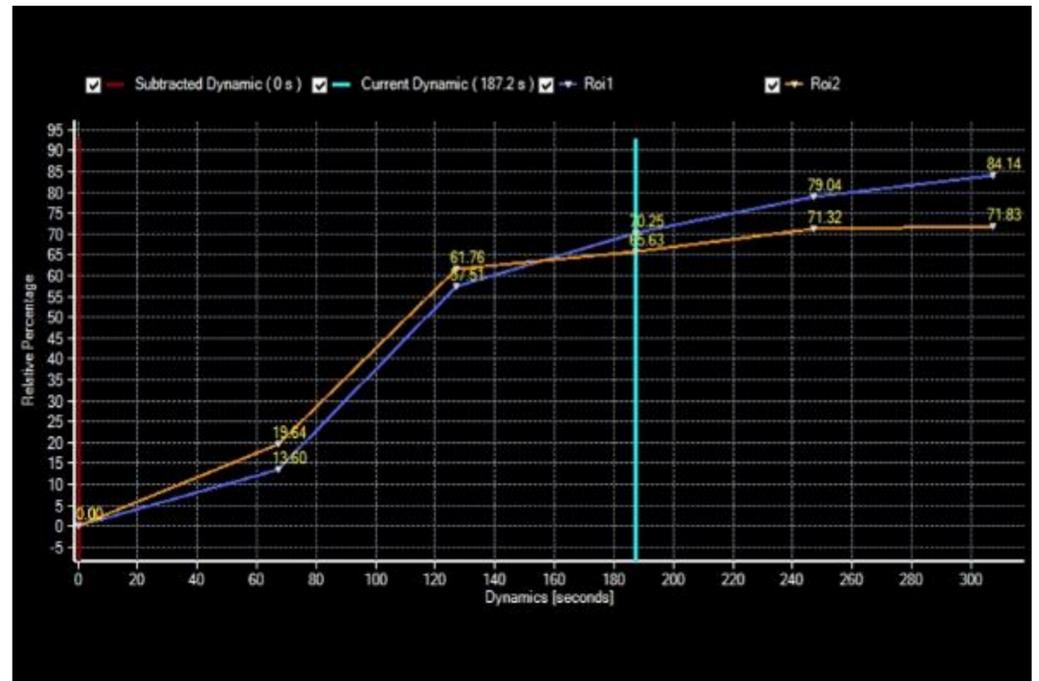
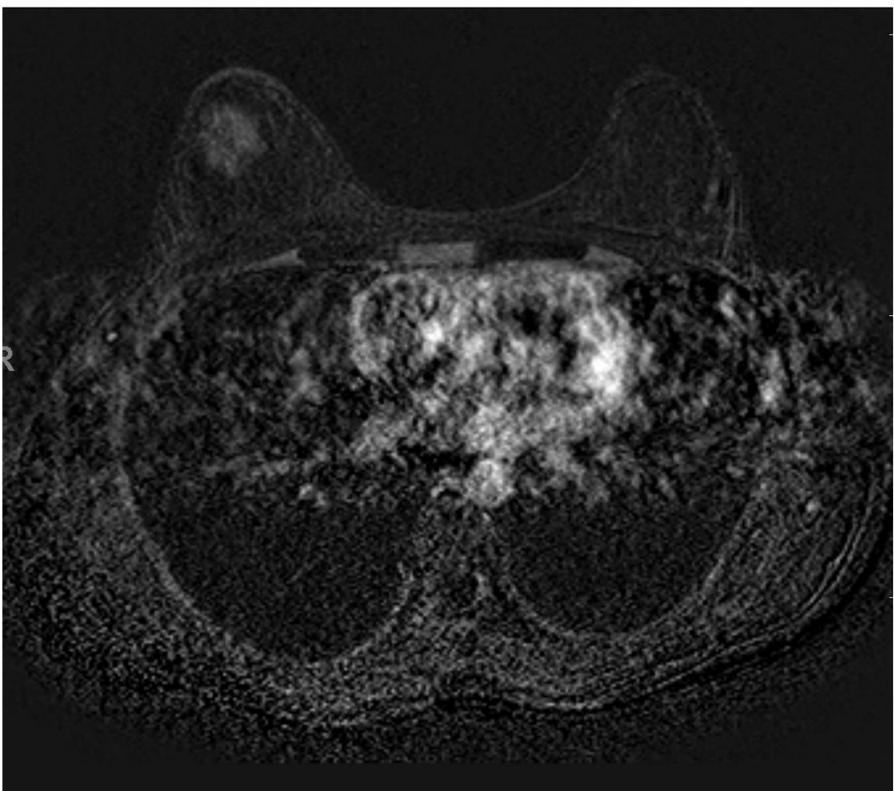
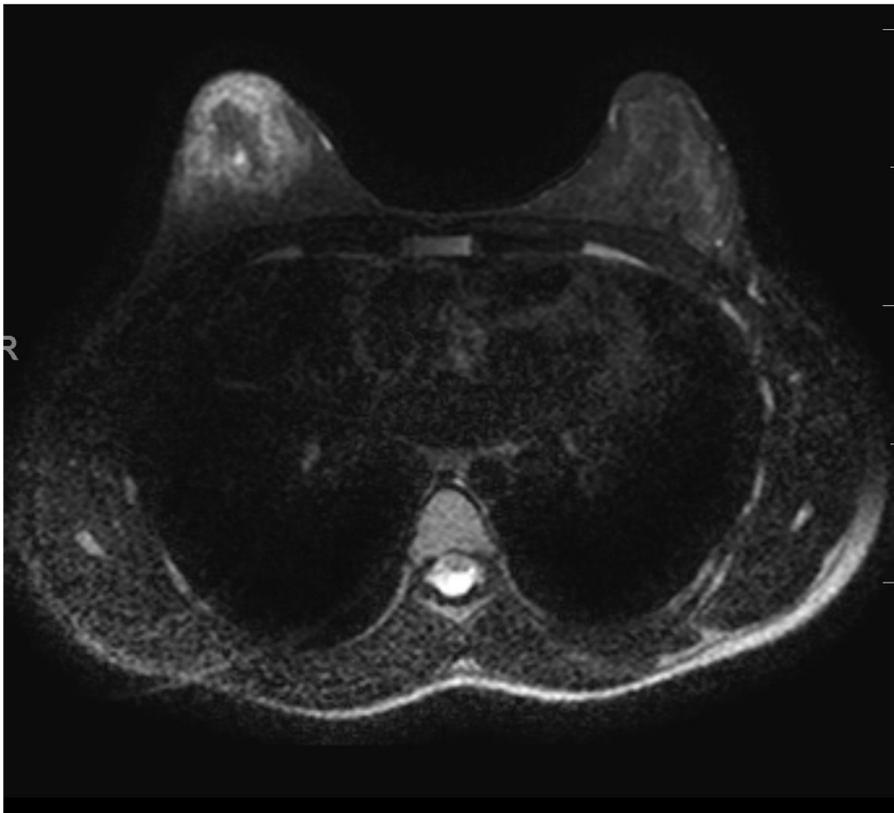
Extensas masas hipoecoicas irregulares que ocupan gran parte del tejido mamario de forma bilateral con marcada sombra acústica posterior.

Hallazgos radiológicos:

RESONANCIA MAGNÉTICA:

Los hallazgos en RM son variables, siendo el estudio dinámico tras administración de contraste lo más útil para el diagnóstico.

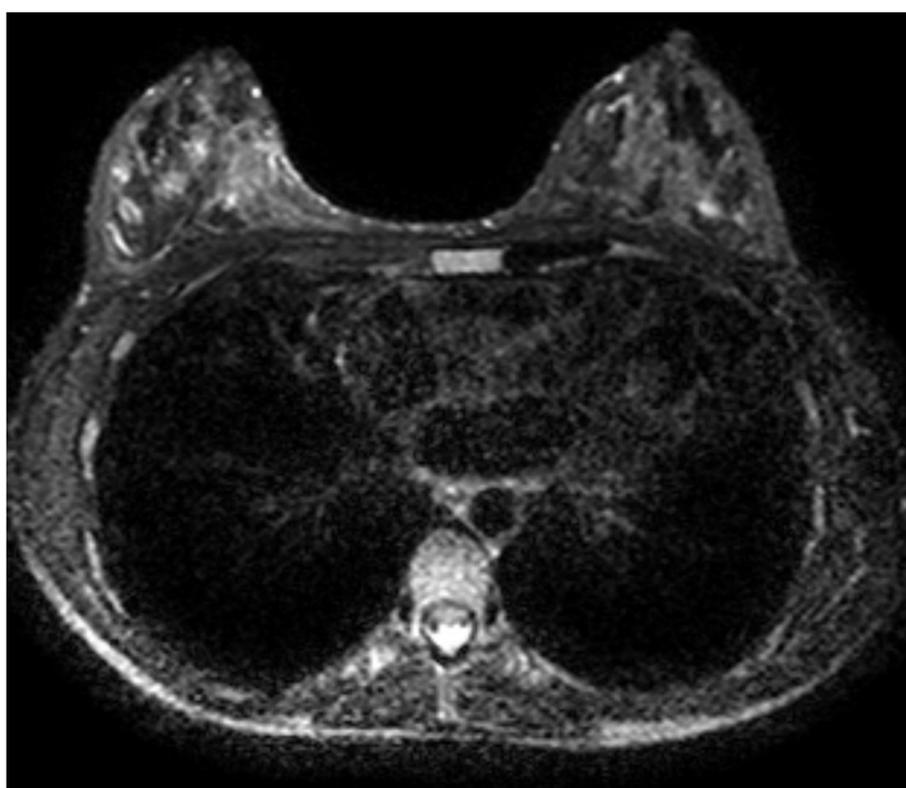
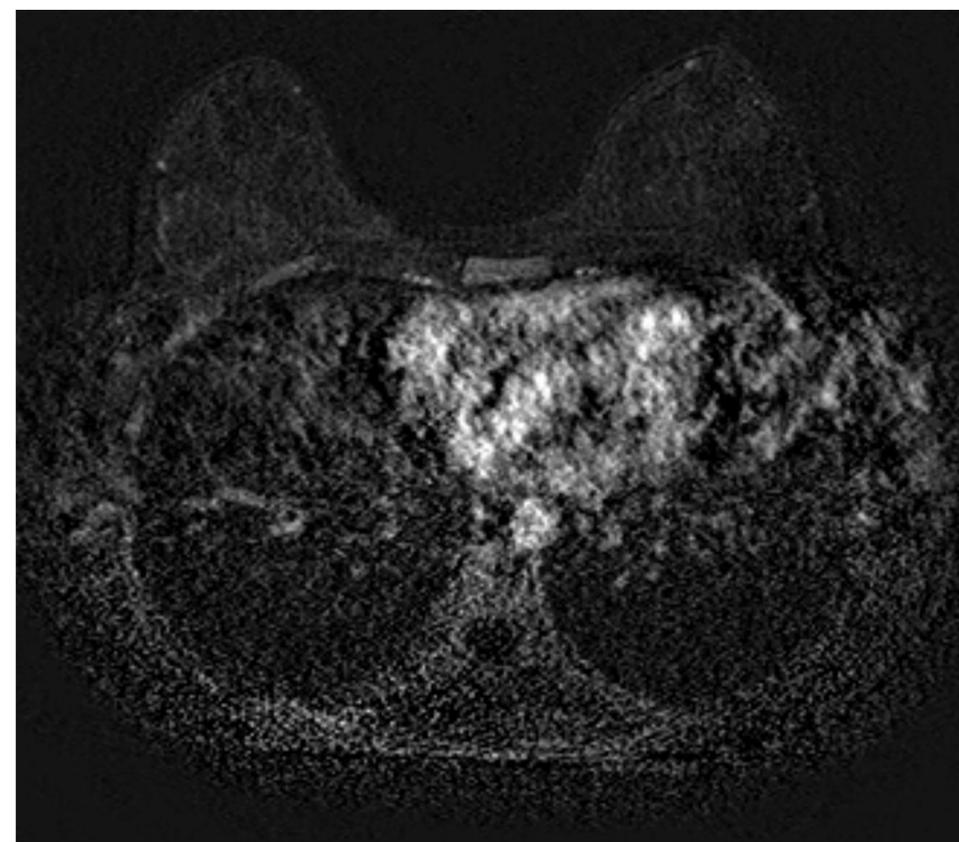
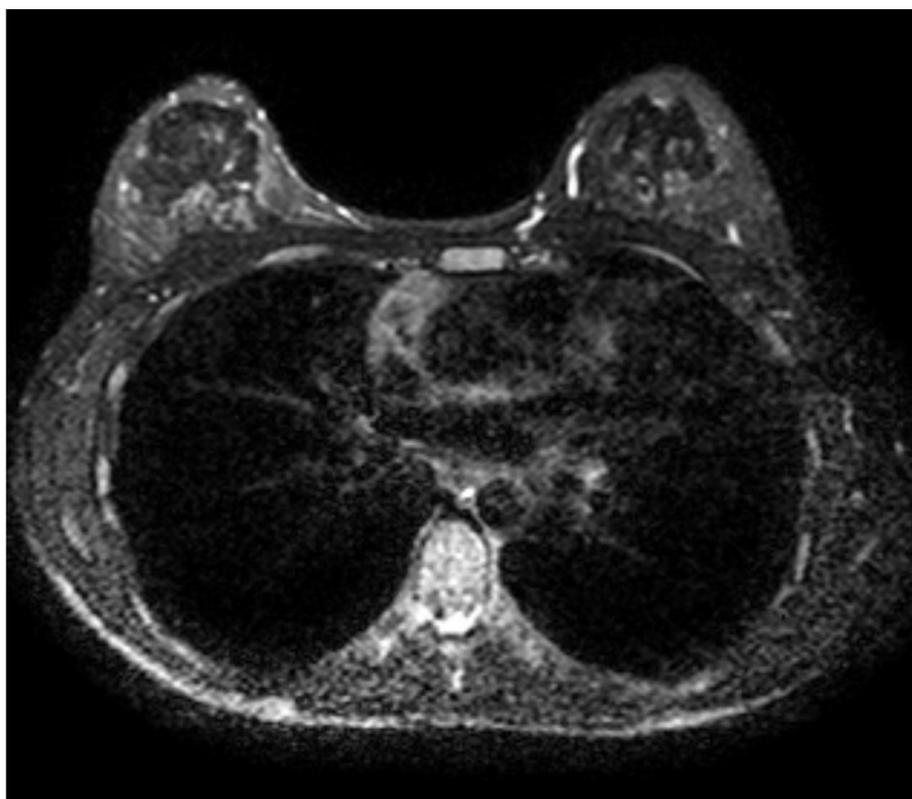
Se han descrito varios comportamientos que van desde la ausencia de realce, realce difuso inespecífico, realces nodulares rápidos con lavado que pueden simular cáncer de mama o lo más típico que es un realce escaso precoz y progresivo.



CASO 1: Paciente con nódulo palpable en mama derecha.

Imagen 7. Secuencia potenciada en T2. Nódulo hipointenso heterogéneo e irregular.

Imagen 8 y 9. Sustracción. Nódulo irregular con escaso realce, heterogéneo y progresivo, con curva intensidad/tiempo tipo I.



CASO 2: Paciente con nodularidad mamaria bilateral.
Imagen 10 y 11. Secuencias potenciadas en T2. Masas heterogéneas marcadamente hipointensas probablemente en relación con fibrosis.
Imagen 12. Sustracción. Dichas lesiones no muestran realce significativo.

Diagnóstico y manejo:

El diagnóstico definitivo y de certeza de la MD es anatomopatológico en un contexto de diabetes de larga evolución.

Comparte hallazgos con mastopatías asociadas a otras enfermedades autoinmunes, a veces indistinguibles, por lo que se incluye en una entidad más general llamada "mastopatía linfocítica".

Se caracteriza por una importante infiltración perilobar y perivascular por linfocitos B maduros y progresivamente se produce intensa fibrosis del estroma y atrofia lobular.

La MD no tiene un tratamiento específico.

Como entidad benigna, requiere seguimiento clínico y radiológico.

No está indicada la exéresis ya que el porcentaje de recidiva es alto (entorno al 60%), tanto en la misma mama como en la contralateral.

CONCLUSIONES:

La MD es una entidad benigna en la mama poco frecuente.

La forma de presentación clínica, la exploración física y los hallazgos radiológicos en las distintas pruebas de imagen permiten establecer la sospecha diagnóstica.

El principal diagnóstico diferencial es el cáncer de mama, por lo que para llegar al diagnóstico definitivo se requiere biopsia y estudio histológico.

El tratamiento es conservador.

BIBLIOGRAFÍA:

- V. Ricart Selma, J. Camps Herrero, C. Martínez Rubio, R. Cano Muñoz, P.J. González Noguera, M. Forment Navarro y J. Cano Gimeno. Mastopatía diabética: clínica, hallazgos radiológicos y anatomopatológicos y tratamiento. Radiología. 2011; 53(4):349—354
- Thorncroft K, Forsyth L, Desmond S, Audisio RA. The diagnosis and management of diabetic mastopathy. Breast J. 2007; 13(6):607-13.
- Wong KT, Tse GM, Yang WT. Ultrasound and MR imaging of diabetic mastopathy. Clin Radiol. 2002; 57(8):730-5.
- Sakuhara Y, Shinozaki T, Hozumi Y, Ogura S, Omoto K, Furuse M. MR imaging of diabetic mastopathy. AJR Am J Roentgenol. 2002; 179(5):1201-3.
- Camuto PM, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy: a report of 5 cases and a review of the literature. Arch Surg 2000; 135(10):1190—3.