



CUANDO LA A.P. NOS SORPRENDE PARA BIEN: «MASTITIS GRANULOMATOSA CRÓNICA»

Sebastian Gomez Piazza¹
Mariana Gay²
Ma. Celeste Morales²
Ma. Soledad Godoy²

Junio de 2023.

¹ Residente Diagnóstico por Imágenes del Sanatorio Adventista del Plata. Provincia Entre Ríos, Argentina – dirección email: sebastiangomezpiazza@gmail.com

²Médica de planta en el Sector de Diagnóstico e Intervencionismo Mamario del Sanatorio Adventista del Plata

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

OBJETIVOS

- ❖ Revisión de casos con diagnóstico histológico de Mastitis Granulomatosas Crónicas (MGC) y su correlación con múltiples métodos de imágenes mamarias en nuestra institución.
- ❖ Revisión bibliográfica sobre el espectro imagenológico de la MGC y así reconocer similitudes y diferencias con el cáncer de mama.

REVISIÓN DEL TEMA

La mastitis granulomatosa crónica (MGC) es una entidad benigna y de probable origen autoinmune.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 30 a 40 años, generalmente algunos años después del embarazo (5 años promedio) y con antecedentes de lactancia materna, sin predominio racial.

Clínicamente se presenta como masa palpable, de tamaño variable con o sin dolor y/o signos de inflamación, de aparición súbita, habitualmente unilateral. No hay síntomas sistémicos acompañantes.

En algunos casos hay ulceración de la piel, abscesos y fístulas. También puede haber adenopatías axilares ipsilaterales, clínicamente significativas.

REVISIÓN DEL TEMA

Los hallazgos imagenológicos son inespecíficos para el diagnóstico de MGC, pero altamente sospechosos de malignidad en general, por lo que el diagnóstico histológico es esencial. La obtención de muestra adecuada para el estudio microscópico histológico es óptima con biopsia con aguja gruesa (BAG eco-guiada).

A continuación, presentaremos las imágenes de los casos diagnosticados en nuestra institución.

Mamografía

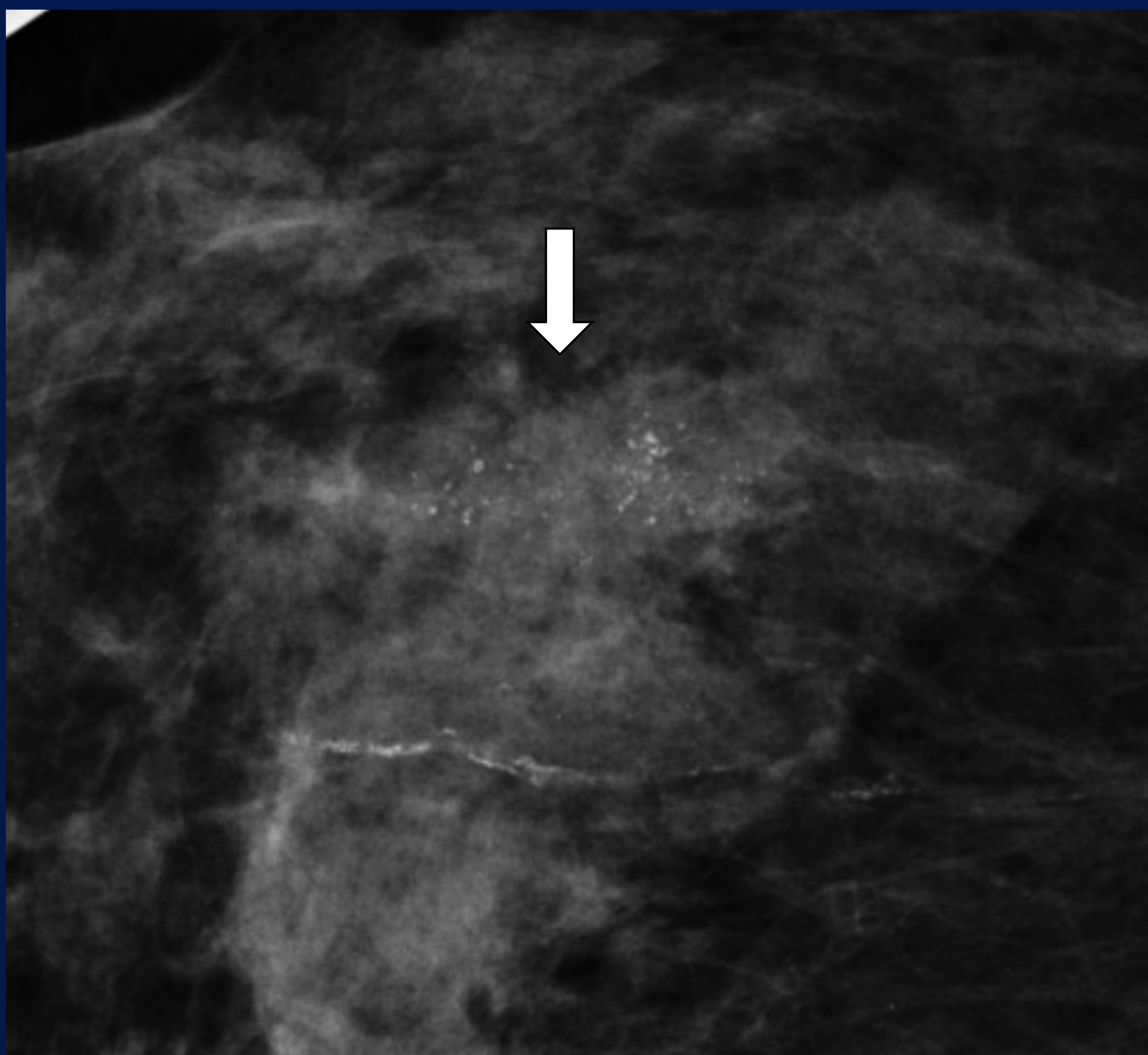
Los hallazgos mamográficos son la asimetría de densidad del tejido mamario (focal o regional) o masa/nódulo irregular, asociados a engrosamiento de la piel y adenopatías axilares homolaterales.

En general, la afectación es unilateral y de localización periférica.

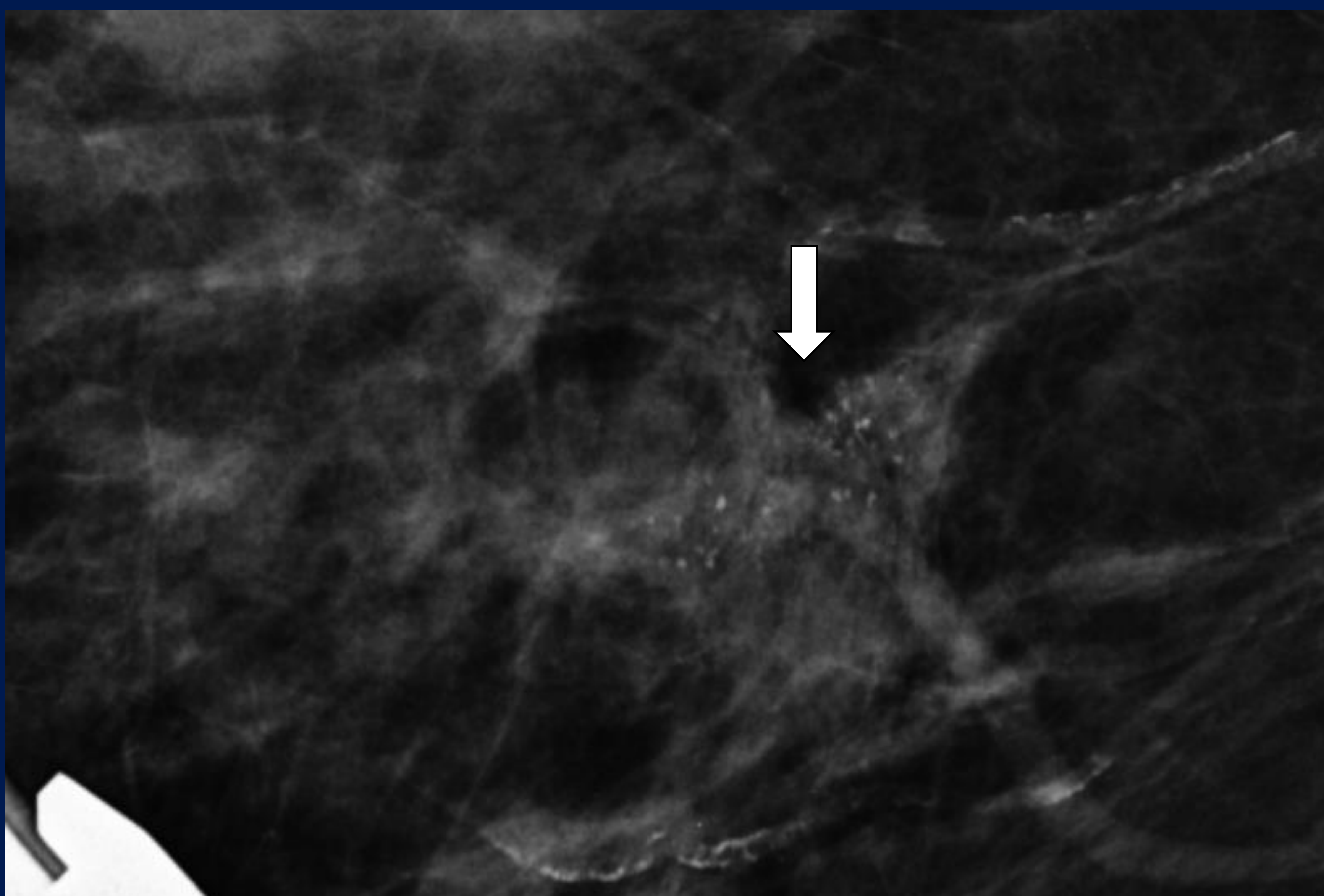
No suele manifestarse con microcalcificaciones.

Dentro del análisis de nuestros casos, en Mx objetivamos:

1 caso con grupo de microcalcificaciones amorfas.



Grupo de microcalcificaciones amorfas.



Ultrasonografía

En el US se puede observar masa hipoecoica irregular, heterogénea y de tamaño variable, con extensiones tubulares hacia el TCS o a la piel. Además, puede haber edema y engrosamiento de la piel, retracción del pezón, ulceración y adenopatías axilares (15-20%).

En nuestros casos, las manifestaciones al US fueron:

- ❖ *Extensa lesión sólida hipoecoica irregular e infiltrativa, con extensión de la lesión hacia pezón y al plano cutáneo .*
- ❖ *Lesión nodular hiperecogénica de contornos no circunscriptos, con centro hipoecogénico irregular y escasa vascularización al Doppler color.*
- ❖ *Imagen nodular heterogénea, con áreas quísticas, avascular, con discreto un engrosamiento del plano cutáneo regional.*
- ❖ *Nódulo sólido hipoecogénico con sombra sónica posterior.*
- ❖ *Imagen nodular heterogénea, hipoecoica en relación con absceso con fistula a piel.*
- ❖ *En 2 casos se asociaron con adenopatías axilares homolaterales.*



Extensa
lesión
sólida
hipoecoica
irregular e
infiltrativa,
con
extensión
hacia el
pezón.





Extensión de la lesión al plano cutáneo.

Adenopatía axilar.



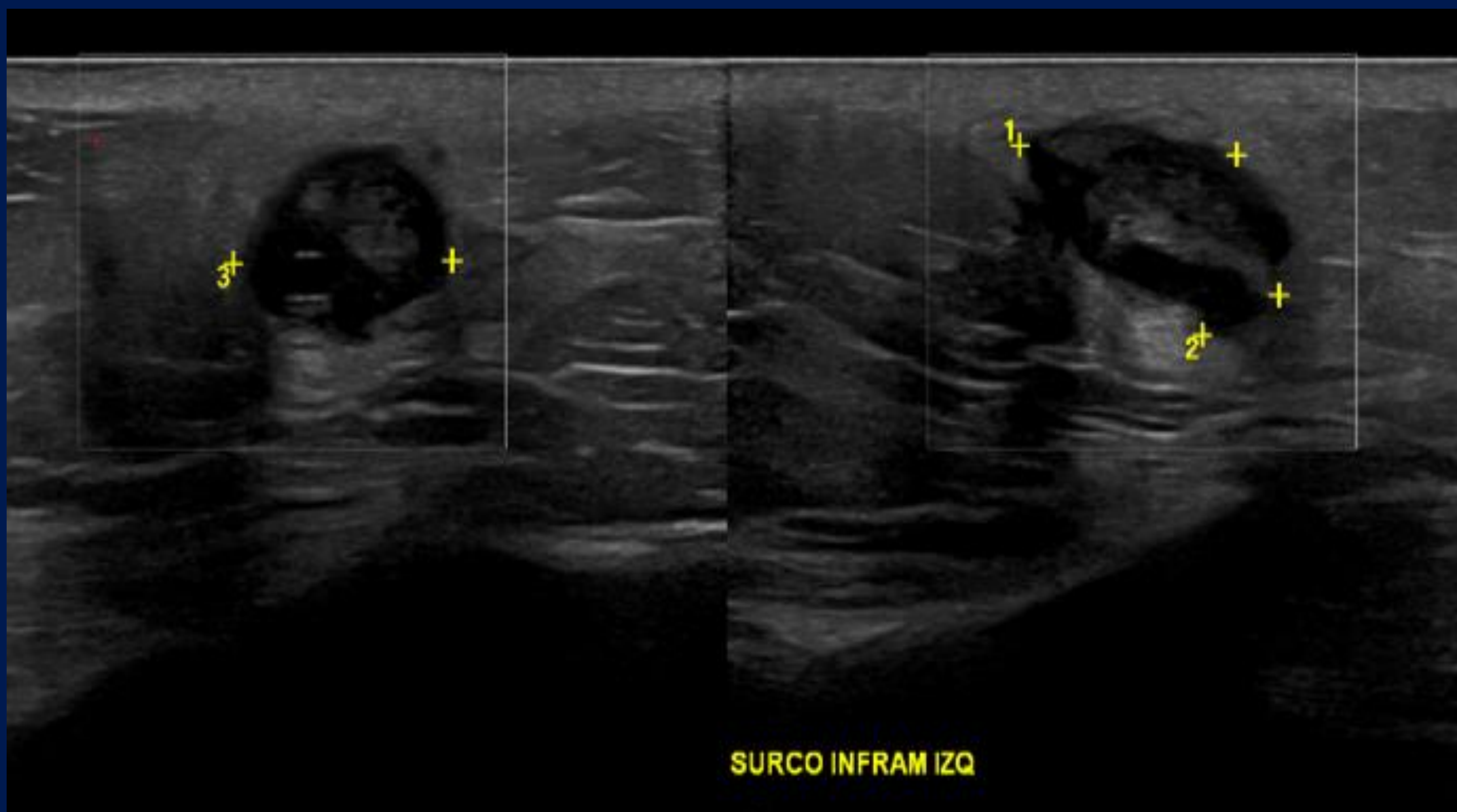
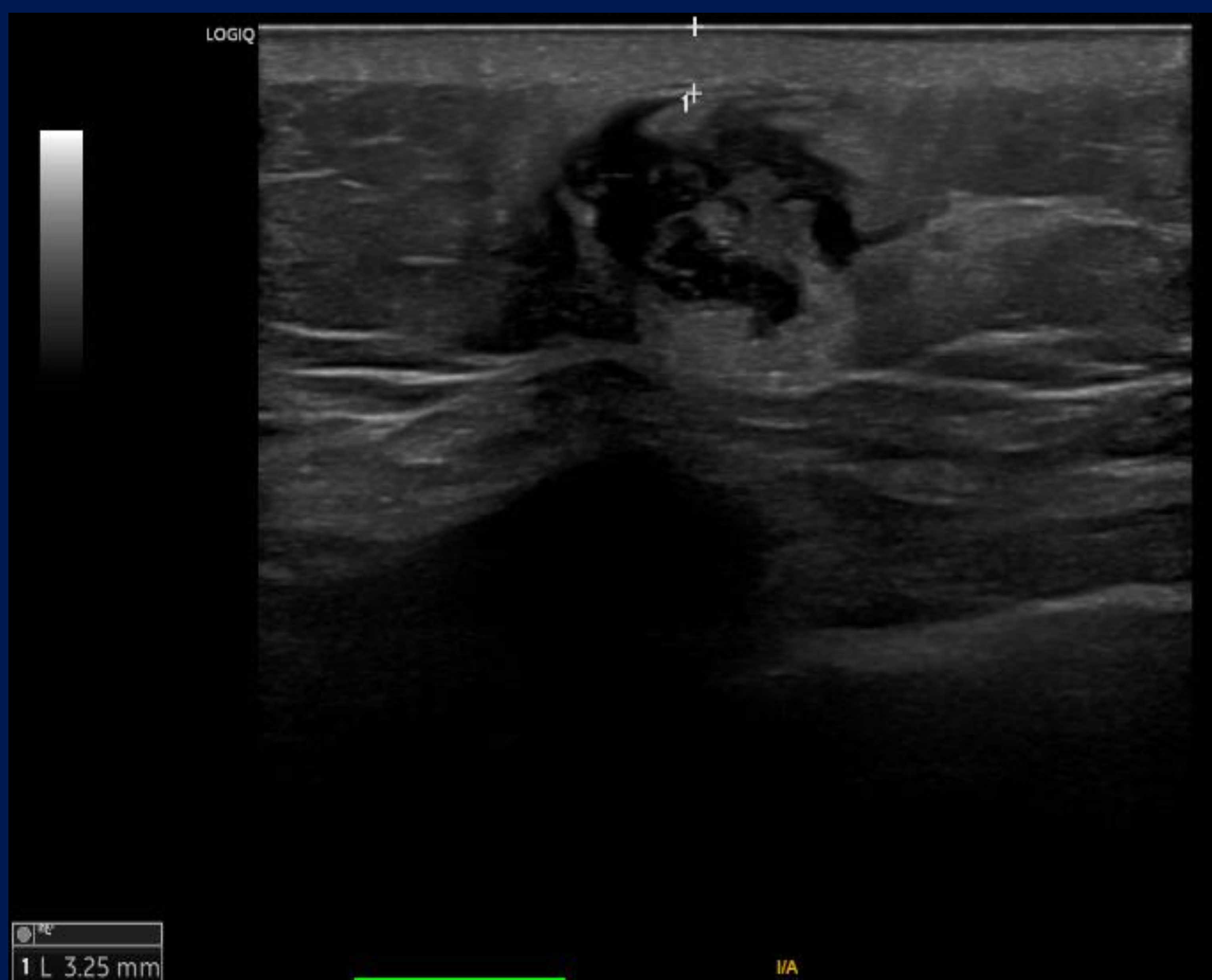


Imagen nodular heterogénea, con áreas quísticas, avascular.



Adenopatía
axilar.

Discreto
engrosamiento del
plano cutáneo
regional.



Lesión nodular hiperecogénica de contornos no circunscriptos, con centro hipoecogénico irregular y escasa vascularización al Doppler color.



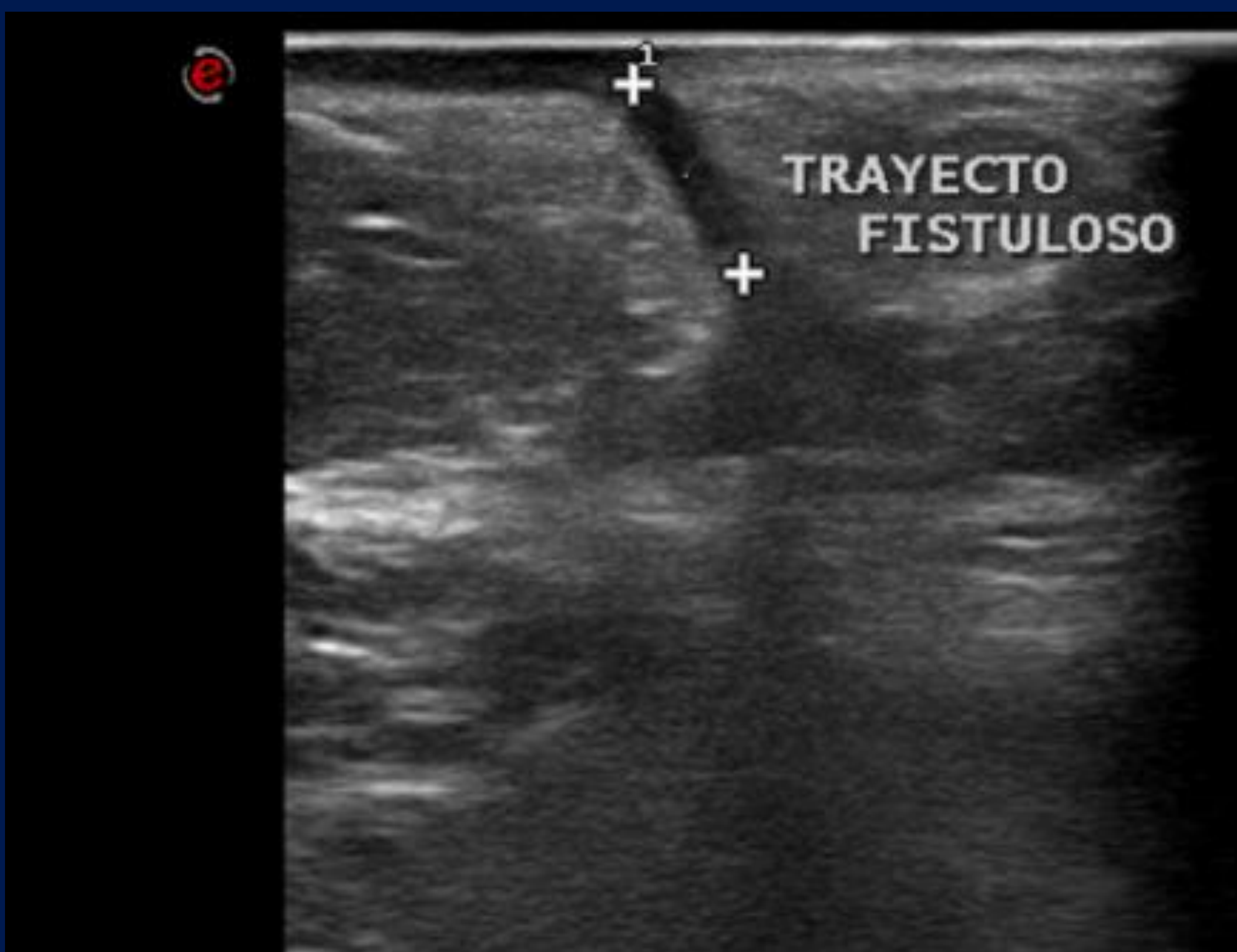
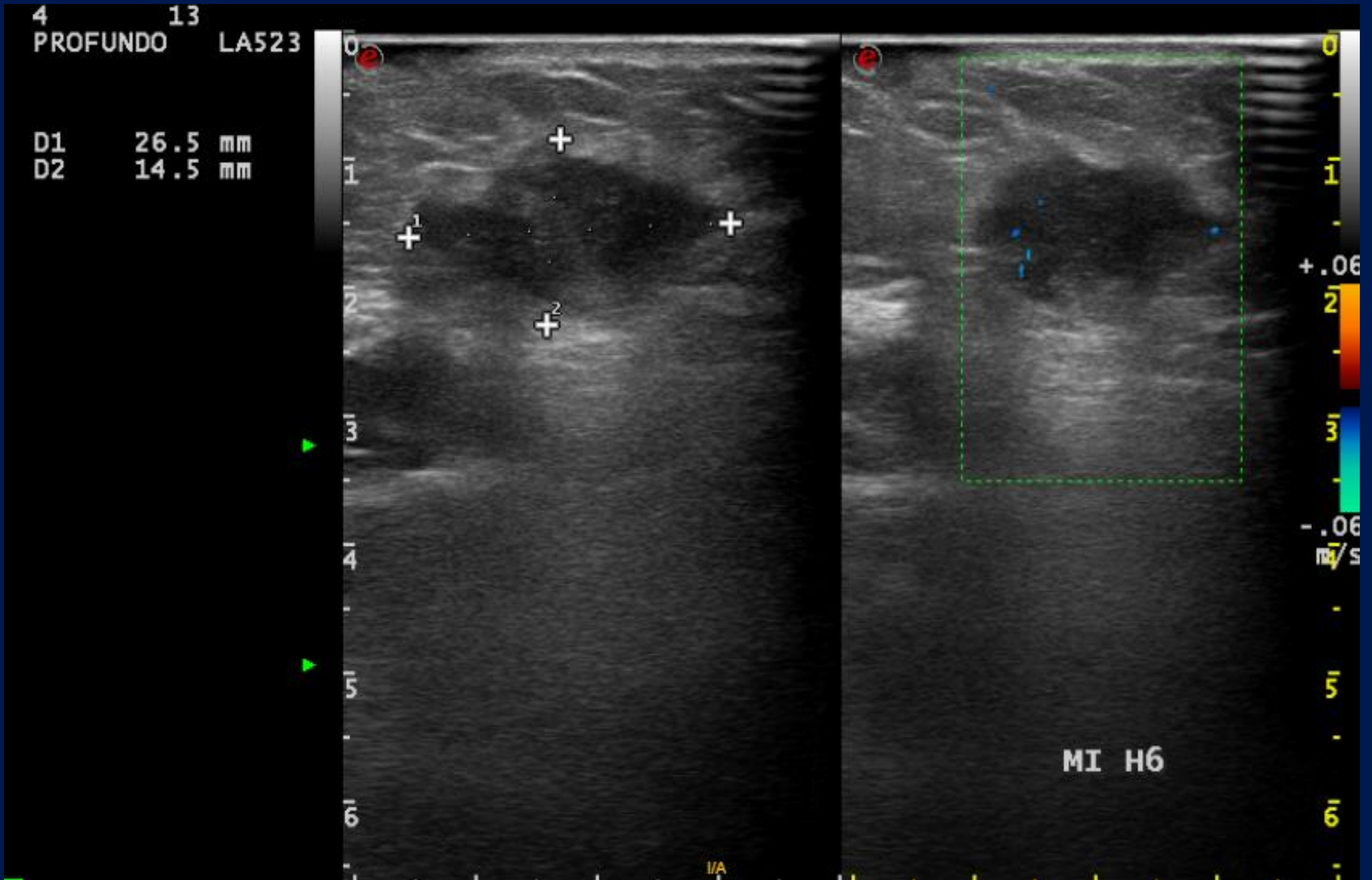


Imagen nodular heterogénea, hipoecoica, con abocamiento a piel a través de trayecto fistuloso.

Resonancia magnética

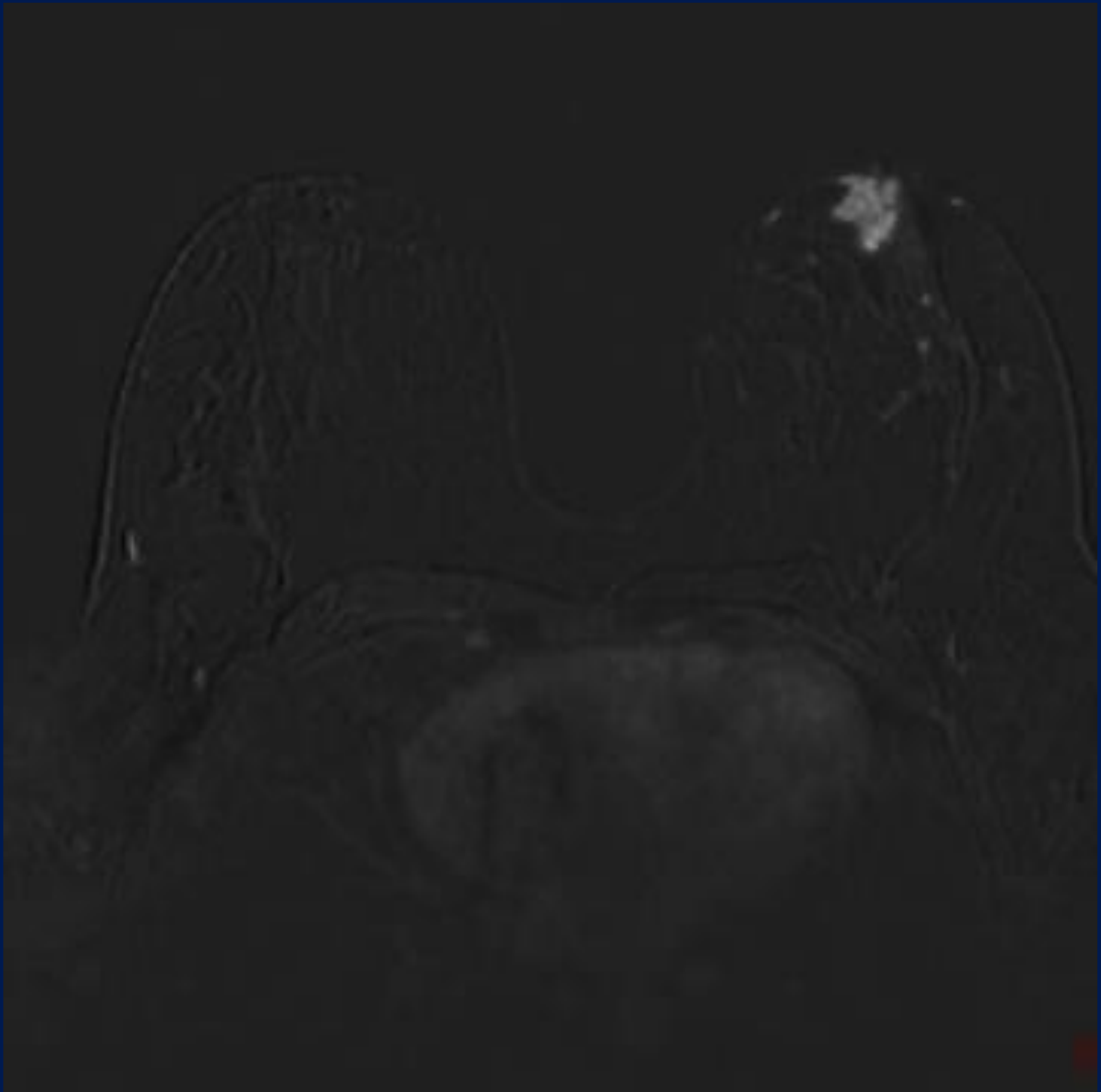
En RM el patrón más frecuente es el de realce no masa regional o segmentario con lesiones con captación en anillo patrón “en empedrado” (que reflejan los microabscesos asociados al proceso inflamatorio granulomatoso), además puede objetivarse edema (hiperintensidad en secuencia potenciada en T2) y restricción de la difusión.

Las curvas tiempo-intensidad de señal de dichas lesiones muestran intensa captación inicial y posterior meseta-lavado.

Hallazgos asociados: adenopatías axilares y engrosamiento cutáneo.

Dentro del análisis de nuestros casos, en Mx objetivamos:

1 caso de realce no masa en plano anterior en contacto con CAP.



Realce no masa en plano anterior en contacto con CAP.

Anatomía patológica

Histológicamente hay un infiltrado inflamatorio crónico con la presencia de granulomas formados por histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas, linfocitos y células plasmáticas afectando a los lóbulos mamarios, causando una lobulitis granulomatosa, sin evidencia de necrosis caseosa, ni microorganismos.

Tratamiento

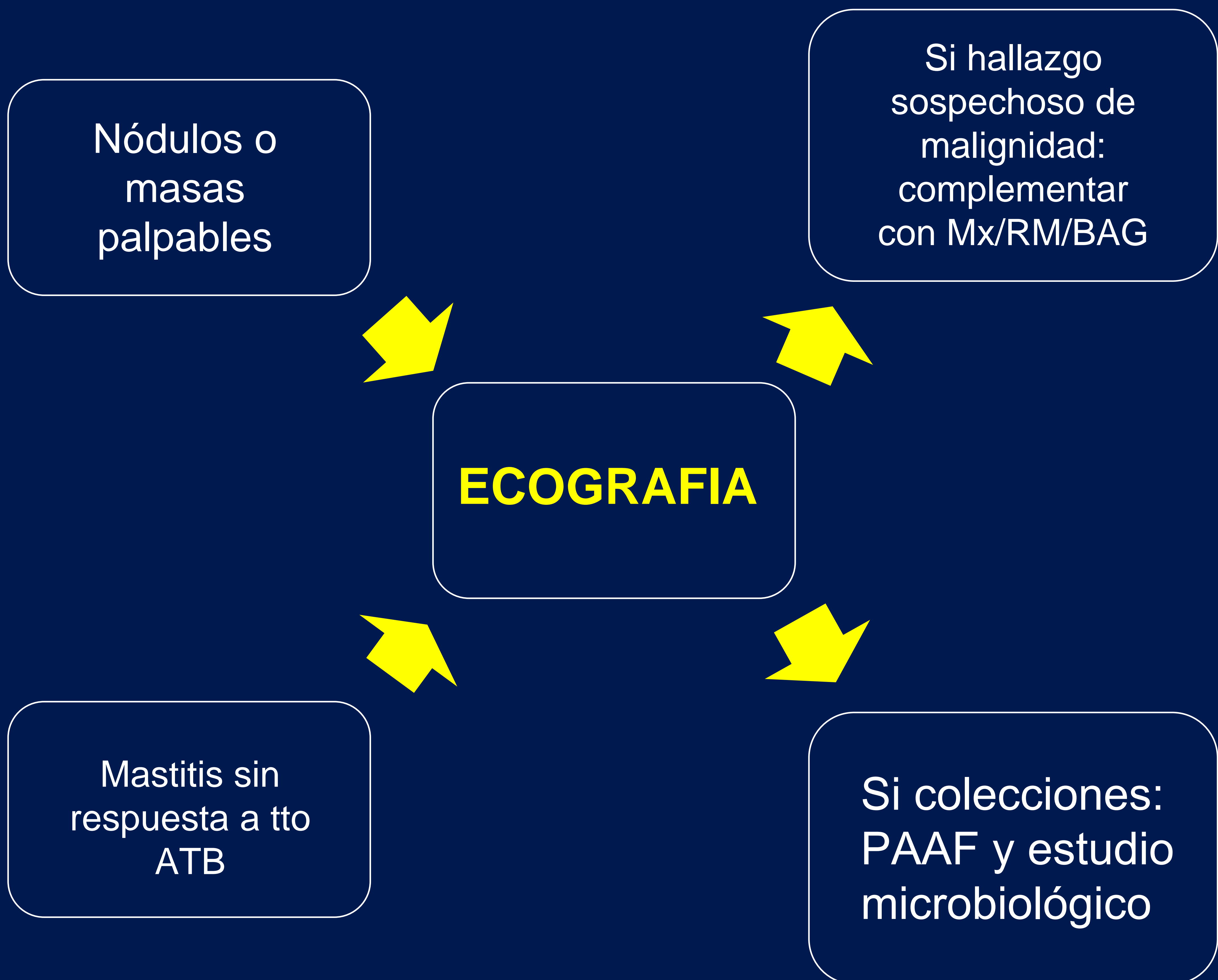
La enfermedad tiene una evolución clínica lenta, con una tendencia a la recaída, y requiere seguimiento a largo plazo por equipo multidisciplinario.

Se reporta que 50% de pacientes tenían resolución espontánea completa de MGI con intervalo promedio de 14.5 meses.

El tratamiento de elección conservador es la administración de esteroides, aunque en algunos casos (recidivante o resistente al tratamiento inicial) se debe utilizar tratamiento inmunosupresor (metotrexato) o cirugía.

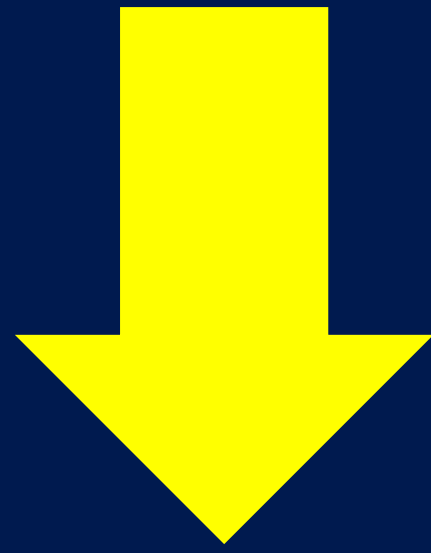
El pronóstico de esta enfermedad sigue siendo favorable, pero hasta la fecha no existe un tratamiento universalmente aceptado para MG. Las recurrencias se presentan en 16 a 50% de los casos, según lo publicado a nivel internacional, con lo cual resulta imperativo un estrecho seguimiento a largo plazo.

Manejo diagnóstico y seguimiento radiológico



Manejo diagnóstico y seguimiento radiológico

Si tratamiento conservador o médico (corticoides, metrotexato o bromocriptina).



Se recomienda seguimiento cada 2 o 3 meses.

Diagnósticos diferenciales

1. Enfermedades infecciosas que cursan con granulomas: micosis, tuberculosis, *corinebacterium*.
2. Enfermedades no infecciosas granulomatosas: sarcoidosis, granulomatosis con poliangeítis, poliarteritis nodosa.
3. Malignas: cáncer de mama **inflamatorio**, linfomas primarios no Hodgkin.

CONCLUSIONES

La MGC es una enfermedad de difícil diagnóstico. Si bien los hallazgos clínicos y radiológicos de pacientes con MG pueden simular los del carcinoma de mama, el análisis de nuestros casos demostró que las mujeres en edad fértil, con masa dolorosa palpable de aparición reciente, con úlceras/fístulas a piel, con masa heterogénea hipoecoica de forma irregular en el examen de US (más utilizado por mejor rendimiento), deben hacernos pensar como diagnóstico diferencial.

La punción ecoguiada para diagnóstico histológico es el gold standard.

El abordaje no invasivo y el seguimiento clínico fueron el método de tratamiento preferido en los casos de nuestra institución.

BIBLIOGRAFÍA

A. Mariscal Martínez ; D. Durany Lara; S. Vizcaya Martín; J. Arce Gil; MC Sánchez Torres; JC Quintero Rivera; Mastitis Granulomatosa. Hallazgos mamográficos, ecográficos y por RM; con correlación Anatómo-patológica. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-1571>
Vargas-Hernández VM. Mastitis granulomatosa idiopática. *Rev Hosp Jua Mex.* 2014;81(3):174-181.

Guio Ávila, José Ismael; Cruz Ruedab, Ángela Rocío; Pérez Morón, Javier Enrique; "Mastitis granulomatosa: presentación clínica, imagenológica e histológica. Serie de casos." 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.11.003>

J.F. Barco-Manrique, et al.: Mastitis granulomatosa, un reto radiológico. *Rev.Chil.Radiol.* 2021;27(3):127-131. https://www.resochradi.com/files/rchrad_21_27_3_127-131.pdf

Tamara Ramirez P. y cols. Mastitis granulomatosa idiopática: 10 años de experiencia en el Centro de Imagenología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev.Chil.Obstet Ginecol.*2015; 80(2): 111 - 118

Juan Antonio Pérez P. y cols. Mastitis granulomatosa idiopática. Diagnóstico y tratamiento en 14 casos. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 59 - No 4, Agosto 2007

Barreto, DS, Sedgwick, EL, Nagi, CS et al. Mastitis granulomatosa: etiología, imagenología, patología, tratamiento y hallazgos clínicos. *Breast Cancer Res Treat* 171 , 527–534 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4870-3>

D. Martínez Ramos, y cols., Mastitis granulomatosa idiopática. Análisis descriptivo de 10 casos en una unidad de referencia española. *Revista Argentina de Mastología.* 2019; 38; 138.

Manrique Zegarra, D. M., Arenas García, D. M. F., Sánchez García, D. D., Bueno Zamora, D. Óscar, Olcoz Monreal, D. F., & García Laborda, D. E. (2021). Mastitis granulomatosa idiopática: hallazgos radiológicos y propuesta de algoritmo diagnóstico. *Seram*, 1(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4275>

O. Benítez Dupin, C. Estrada Blan, A. Tejerina Bernal, M. Diaz-Miguel Maseda, A. Cazorla, A. Franco; Madrid/ES. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0764>