

Medicent Electrón. 2015 oct.-dic.;19(4)

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
«DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU»  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## INFORME DE CASO

### Mastitis granulomatosa idiopática, simuladora del cáncer de mama

#### Idiopathic granulomatous mastitis simulating breast cancer

Dr. Víctor Manuel Medina Pérez<sup>1</sup>, MSc. Dra. Mayra Caridad Navarro Otero<sup>2</sup>, Dr. Miguel Ángel Rodríguez Gómez<sup>3</sup>

1. Especialista de Primer Grado en Oncología. Asistente. Aspirante a Investigador. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [victormp@ucm.vcl.sld.cu](mailto:victormp@ucm.vcl.sld.cu)
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. *Master* en Psicología de la Salud. Instructora. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*DeCS*: mastitis granulomatosa, neoplasias de la mama, mamografía.

*DeCS*: granulomatous mastitis, breast neoplasms, mammography.

El proceso inflamatorio de las mamas se conoce como mastitis. Se distinguen las mastitis agudas (neonatal y puerperal) y las crónicas, las cuales pueden presentarse con manifestación tumoral, donde se encuentran las mastitis granulomatosas. Estas se pueden clasificar en idiopáticas o de causa desconocida, y específicas con agente etiológico conocido, como las tuberculosas.<sup>1</sup> Fue descrita por primera vez por Adair, en 1933, y por Kessler y Wolloch en el año 1972.<sup>2</sup> Se asocia con una respuesta inmunológica humoral de origen anormal, con el uso de anticonceptivos orales, eritema nudoso, lupus e hiperprolactinemia y, por último, se ha sugerido la existencia de algún organismo infeccioso, aún no diagnosticado.<sup>3-5</sup>

#### Presentación del paciente

Paciente femenina de 27 años de edad, con antecedentes de salud, que comienza con dolor y aumento de volumen en la mama derecha que evoluciona con enrojecimiento de la piel, edema mamario y aumento considerable de la temperatura en la mama. Es valorada en el área de salud y se interpreta como una mastitis aguda; se trata con ciprofloxacina oral (dos tabletas de 250 mg cada doce horas por siete días) sin alcanzar mejoría, y aparecen ulceraciones en la piel de la mama con secreciones seropurulentas. Se recibe en consulta de pesquisa de cáncer de mama en este hospital, y al realizar el examen físico se encuentra marcado aumento de volumen en la mama derecha, edema de la piel y signos de inflamación aguda, con enrojecimiento en algunas zonas difusas y ulceraciones que presentan secreciones seropurulentas; se palpa una masa tumoral d

258

aproximadamente 8-10 cm que involucra ambos cuadrantes externos, y a nivel axilar, adenopatías empaquetadas en el primer nivel. Mama izquierda sin alteraciones (Figura 1).



**Figura 1.** Imagen al diagnóstico: mama derecha con eritema y ulceraciones en la piel.

Se decide el ingreso hospitalario, se le suministra antibioticoterapia endovenosa con cefazolina (bulbo1g) cada ocho horas, asociado a cotrimoxazol (amp. 480 mg) dos ámpulas endovenosas cada 12 horas para mejorar la infección, y realizar posteriormente a la paciente una biopsia para investigar la presencia de carcinoma inflamatorio de la mama. Se indican exámenes de laboratorio, rayos X de tórax, ultrasonografía mamaria y mamografía. Los resultados fueron los siguientes:

Leucograma: 14,4 x 10 polimorfonucleares: 0,81 linfocitos: 0,19

Rayos X de tórax: Aumento de la trama pulmonar en ambos campos pulmonares. Índice cardiorácico normal. No impresiona que existan alteraciones pulmonares.

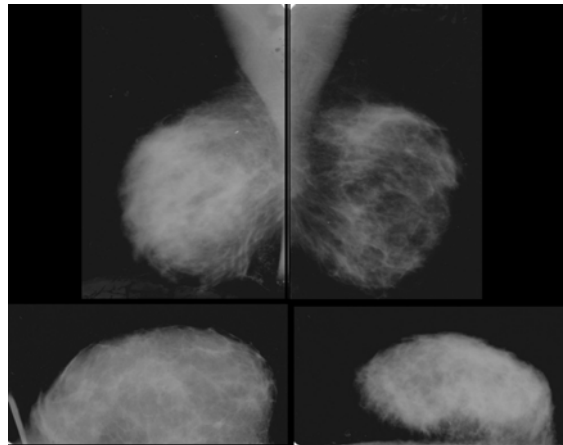
Cultivos de secreciones: se realizaron tres cultivos seriados, que resultaron negativos para bacterias patógenas.

Ultrasonido de mama: Imagen sonográfica donde se observa: mama derecha con tejido fibroglandular heterogéneo, que presenta tendencia nodular con zonas difusas en cuadrantes externos de carácter inflamatorio, con microabscesos. Axila derecha con adenopatías pequeñas. Mama Izquierda: sin alteraciones. Patrón glandular normal. Axila libre (Figura 2).



**Figura 2.** Imagen sonográfica al diagnóstico donde se observa zona heterogénea con microabscesos.

Descripción mamográfica: Axila derecha con dos adenopatías de hasta 1 cm de diámetro. Axila izquierda libre. Mama Derecha: densa con tejido fibroglandular y tendencia nodular en todo el cuadrante superior externo; no se visualizan calcificaciones agrupadas, pero existe distorsión de la arquitectura. La piel de la mama con engrosamiento de aproximadamente 5 mm más marcado en la región periareolar. Mama Izquierda: pequeño aumento de la densidad en el cuadrante superior externo sin calcificaciones agrupadas. Conclusiones: Sistema de reporte y datos de estudios imaginológicos de la mama (BI-RADS, por su sigla en inglés): 4 (sugestiva malignidad). Sugerimos comprobación histológica (Figura 3).



**Figura 3.** Imagen mamográfica de ambas mamas donde se observa tejido fibroglandular con tendencia nodular en todo el cuadrante superior externo de la mama derecha.

Biopsia incisional:(405/13): Sección de piel donde se observa discreto infiltrado inflamatorio agudo y neutrófilos intraepiteliares y en dermis superficial peri- e intracapilar arteriolar y linfático. Hacia la profundidad, se intensifica alrededor de las glándulas sudoríparas, y llega a producir microabscesos que se extienden hasta el tejido conectivo interfascicular de fibras musculares estriadas, que afectan a este nivel a arterias del tejido muscular en su vecindad. No existen signos de malignidad en la muestra estudiada. Conclusiones: signos sugestivos de proceso inflamatorio: mastitis granulomatosa.

Tras amplia consulta de la literatura internacional, se decide administrar tratamiento con esteroides y seguir su evolución por consulta externa. Se comienza con prednisona (60 mg diarios) por vía oral, y en consultas posteriores se disminuye la dosis hasta 5 mg de mantenimiento diario.

Después de tres meses de tratamiento, se mantiene con medicación oral de 5 mg de prednisona diarios; existe marcada mejoría del cuadro clínico, con desaparición de la mayoría de los signos clínicos; se evidencia piel en recuperación (Figura 4).



**Figura 4.** Imágenes de evolución del tratamiento.  
A: Comienzo B: Dos meses después del tratamiento.

#### Comentario

La mastitis granulomatosa crónica idiopática es una enfermedad benigna de la mama poco frecuente.<sup>5</sup> Es una rara condición inflamatoria crónica que ocurre alrededor de los lóbulos o ductos, en ausencia de infección específica, trauma o material extraño.

La MGI se manifiesta habitualmente como absceso mamario o simula un tumor de la glándula.

En el estudio anatomopatológico macroscópico, la lesión se presenta como una masa de consistencia firme y dura; los lobulillos mamarios evidencian una reacción inflamatoria granulomatosa. En algunos casos, se puede observar necrosis y acumulación de polimorfonucleares que forman abscesos y pueden desarrollar fibrosis, con alteración de la arquitectura lobulillar, producir atrofia y degeneración del epitelio.<sup>1-6</sup>

La documentación radiológica es rara. En el examen clínico y el estudio radiográfico, la mastitis granulomatosa puede simular un cáncer de mama. A más del 50 por ciento de los pacientes informados, se les diagnostica inicialmente carcinoma.<sup>4</sup> Todos estos datos acumulados coinciden, tanto en las características de imagen como en el hecho de no hallar un patrón radiológico específico que permita el diagnóstico de mastitis granulomatosa.<sup>5-8</sup>

En la paciente que se presenta, existían signos que coinciden con lo informado en la literatura consultada que hacen pensar en la posibilidad de un carcinoma de mama; por tanto, siempre es importante la confirmación histológica. En la literatura se pueden encontrar diferentes puntos de vista: desde la observación clínica hasta cirugías radicales, en algunos casos asociadas al uso de tratamientos inmunosupresores. Los informes usualmente corresponden a comunicaciones de casos o pequeñas series retrospectivas.<sup>1,2,4-8</sup>

La corticoterapia oral ha sido utilizada para tratar la MGI con bajos índices de recidiva, y su principal desventaja son los efectos adversos. El esquema que se empleó en esta paciente incluye dosis de prednisona inicialmente elevadas, con disminución progresiva de estas para minimizar la aparición de reacciones adversas. Se sugiere administrar metotrexate en baja dosis con una frecuencia semanal, en casos de recurrencia de la enfermedad, sin que haya tenido éxito la utilización de corticoides.<sup>8-10</sup> En opinión de los autores de este informe, el papel principal de la cirugía en la atención a la mastitis granulomatosa es el drenaje del absceso complicado, como medio para obtener una muestra definitiva para realizar un examen histológico, en situaciones en que el diagnóstico no sea conclusivo. En algunos casos, puede intentarse el drenaje cerrado de las colecciones menores, guiado por ecografía.

En situaciones extremas, en pacientes cuyo tratamiento con corticoides es reiterativo, en los que se ha ensayado sin éxito el metotrexate y que presentan secuelas estéticas mayores (como resultado de los episodios repetitivos de recurrencia de la enfermedad y procedimientos quirúrgicos), podría considerarse la realización de mastectomía con reconstrucción mamaria.<sup>4, 5,10</sup>

La baja incidencia de la MGI determina que sea una afección poco conocida y que su diagnóstico habitualmente se realice por exclusión. Con frecuencia, la lesión es subdiagnosticada debido a su

rareza y a las características clínicas inespecíficas con que suele presentarse. Su diagnóstico clínico precisa de un alto grado de sospecha, que necesariamente debe ser corroborado por el estudio histopatológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol*. 1972;58:642-6.
2. Pérez-Badillo MP, Villaseñor-Navarro Y, Pérez-Zúñiga I, Pavón-Hernández C, Cruz-Morales R, Aguilar Cortázar L. Mastitis granulomatosa idiopática: la gran imitadora del cáncer de mama. *Gac Mex Oncol (GAMO)* [internet]. 2012 jul.-ago. [citado 12 sep. 2013];11(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologa-305-articulo-mastitis-granulomatosa-idiopatica-gran-imitadora-90154487?referer=buscador>
3. Peña-Santos G, Ruiz-Moreno JL. Mastitis granulomatosa idiopática tratada con esteroides y metotrexato. *Ginecol Obstet Mex* [internet]. 2011 [citado 12 sep. 2012];79(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom116g.pdf>
4. Zamora Lizano J, Sancho Camacho D, Juantá Castro J, Vargas Howell M. Mastitis crónica granulomatosa: una enfermedad que mimetiza el cáncer de mama. *Rev Clín Esc Med UCR* [internet]. 2013 feb. 28 [citado 5 mar. 2014];3(II):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/viewFile/10432/9797>
5. Al-Jarrah A, Taranikanti V, Lakhtakia R, Al-Jabri A, Sawhney S. Idiopathic Granulomatous Mastitis: Diagnostic strategy and therapeutic implications in Omani patients. *Sultan Qaboos Univ Med J* [internet]. 2013 May 9 [citado 9 nov. 2013];13(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3706113/>
6. Bellavia M, Damiano G, Davide Palumbo V, Spinelli G, Tomasello G, Marrazzo A, *et al*. Granulomatous Mastitis during Chronic Antidepressant Therapy: Is It Possible a Conservative Therapeutic Approach? *J Breast Cancer* [internet]. 2012 Sep. 28 [citado 21 nov. 2012];15(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468794/>
7. Konan A, Kalyoncu U, Dogan I, Kiliç YA, Karakoç D, Akdogan A, *et al*. Combined Long-Term Steroid and Immunosuppressive. Treatment Regimen in Granulomatous Mastitis. *Breast Care (Basel)* [internet]. 2012 Aug. [citado 28 nov. 2012];7(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515783/>
8. Ruiter AM, Vegting IL, Nanayakkara PW. Idiopathic granulomatous mastitis: a great imitator? *BMJ Case Reports* [internet]. 2010 [citado 8 abr. 2013];3(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2010/bcr.03.2010.2844.abstract>
9. Garcia-Rodriguez JA, Pattullo A. Idiopathic granulomatous mastitis: a mimicking disease in a pregnant woman: a case report. *BMC Research Notes* [internet]. 2013 [citado 27 nov. 2013];6:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/6/95>
10. Kayahan M, Kadioglu H, Muslumanoglu M. Management of Patients with Granulomatous Mastitis: Analysis of 31 Cases. *Breast Care* [internet]. 2012 Jun. 27 [citado 27 feb. 2013];7:[aprox. 5 p.] Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/337758>

Recibido: 2 de abril de 2015

Aprobado: 30 de junio de 2015

*Dr. Víctor Manuel Medina Pérez.* Especialista de Primer Grado en Oncología. Asistente. Aspirante a Investigador. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [victormp@ucm.vcl.sld.cu](mailto:victormp@ucm.vcl.sld.cu)