



## **TEMA 2-2013: Mastitis Crónica Granulomatosa: una enfermedad que mimetiza el cáncer de mama.**



*Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica. Fundado en 1845*

**ISSN  
2215-2741**

Recibido: 27/11/2012  
Aceptado: 22/02/2012

José Zamora Lizano<sup>1</sup>  
Daniel Sancho Camacho<sup>2</sup>  
Josías Juantá Castro<sup>3</sup>  
Mauricio Vargas Howell<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente del Posgrado en Oncología Quirúrgica UCR-CENEISS. Hospital San Juan de Dios.

<sup>2</sup>Médico Asistente General. Departamento de Oncología Quirúrgica. Hospital San Juan de Dios.

<sup>3</sup>Médico Asistente Especialista en Oncología Quirúrgica. Sección de Onco-Hematología. Hospital San Juan de Dios.

<sup>4</sup>Médico General.

### **RESUMEN**

La Mastitis Crónica Granulomatosa es una enfermedad rara, que se presenta en mujeres en edad reproductiva, con características clínicas, mamográficas, ecográficas y citológicas sugestivas de cáncer mamario. Protocolos efectivos de diagnóstico y tratamiento han sido propuestos, sin embargo ninguno ha podido ser establecido como el estándar a seguir. El propósito de esta revisión es discutir su diagnóstico diferencial con el carcinoma de mama y el abordaje de esta rara patología mamaria.

### **PALABRAS CLAVE**

Mastitis Crónica Granulomatosa. Carcinoma de mama. Diagnóstico diferencial

### **ABSTRACT**

The chronic granulomatous mastitis is a rare condition that affects women in their childbearing years, with clinical, mammographic, ecographic and hystological characteristics that resemble a breast carcinoma. Effective protocols for the diagnosis and treatment of this disease have been proposed, but none of them have been able to become the gold standard in treatment for this group of patients. The purpose of this review is to establish the differential diagnosis with breast carcinoma and the best approach for this challenging pathology.

### **KEY WORDS**

Chronic Granulomatous Mastitis. Breast carcinoma. Differential diagnosis.



## DISCUSIÓN

La Mastitis Crónica Granulomatosa (MCG) es una patología inflamatoria de la mama que, como su nombre lo indica, es de evolución crónica. Fue descrita desde 1972 por Kessler y Wolloch<sup>(1)</sup>. Histopatológicamente se caracteriza por inflamación granulomatosa crónica de los lóbulos, sin necrosis y sin evidencia de microorganismos<sup>(2)</sup>. No se asocia a trauma, infección específica o cuerpo extraño.

Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales de la MCG se encuentran la mastitis de células plasmáticas, la granulomatosis de Wegener, la ruptura de un quiste, la sarcoidosis, la necrosis grasa, la tuberculosis, el carcinoma, la ectasia ductal y la infección fúngica<sup>(3)</sup>.

El origen de esta rara enfermedad no se encuentra clara aún, sin embargo se ha propuesto como causante la presencia de una reacción autoinmune, la cual se cree es contra la proteína secretada en los ductos. Esta última teoría se ha favorecido recientemente<sup>(1,3)</sup>. La respuesta al tratamiento con esteroides, que se ha descrito en la literatura, apoya esta hipótesis<sup>(4)</sup>. Otras causas propuestas incluyen organismos no detectados, anticonceptivos orales y reacción post parto<sup>(6)</sup>.

### *Manifestaciones Clínicas*

Se presenta en mujeres en edad reproductiva, como una masa inflamatoria, muy dolorosa, de rápida instauración y no asociada a trauma, cuerpo extraño, lactancia o infección. Generalmente es fluctuante y con trayectos fistulosos que pueden drenar a la piel. Además de la masa palpable con eritema y calor local, puede presentarse “piel de naranja” y retracción del pezón por tracción de los ligamentos suspensorios de la mama (ligamentos de Cooper). Además no es infrecuente poder palpar adenopatías axilares<sup>(7)</sup>.

Los hallazgos radiológicos suelen simular un cáncer de mama, además, en el momento de presentación de la paciente a revisión, éste fue el diagnóstico propuesto más frecuentemente, ya que en su mayoría presentaban masa unilateral y adenopatías axilares, sin una historia clínica o examen físico sugestivo de proceso inflamatorio<sup>(12)</sup>.

Las características radiológicas sugestivas de MCG no han sido frecuentemente descritas en la

literatura y actualmente sólo se describen en reportes de series pequeñas. Los hallazgos mamográficos se consideran inespecíficos, en éstos se puede encontrar zonas de amplia asimetría focal, con engrosamiento de la piel y adenopatías axilares, Han *et al.*<sup>(8)</sup> describieron múltiples masas pequeñas o una densidad asimétrica focal grande como la principal característica de presentación. Yilmaz *et al.*<sup>(9)</sup> y Memis *et al.*<sup>(5)</sup> identificaron una densidad asimétrica focal como el patrón más frecuente de presentación. Más recientemente, un estudio en 11 mujeres realizado por Lee *et al.*<sup>(10)</sup> mostró que era una masa irregular mal definida el hallazgo más frecuente.

El ultrasonido de mama frecuentemente localiza masas irregulares hipoecogénicas, con múltiples extensiones tubulares, distorsión del parénquima, colección o absceso y trayectos fistulosos.

### *Manejo*

Actualmente no existe protocolos de tratamiento que sean aceptados como el estándar en el manejo de esta retardora patología, sin embargo, en toda la literatura revisada se hace un especial llamado a aumentar la sensibilización del personal directamente a cargo de estas pacientes y así minimizar el diagnóstico erróneo y la utilización de procedimientos especializados como la cirugía amplia en casos innecesarios; esto se logra obteniendo un diagnóstico histopatológico adecuado y una caracterización correcta de la paciente.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) continúa siendo un método efectivo para la toma de la muestra, con mínimo impacto en la paciente. Ésta puede utilizarse para descartar carcinoma, además permite obtener material para cultivo o tinciones especiales. Sin embargo, este método no se considera el ideal ya que el histopatólogo debe estar previamente familiarizado con el patrón de la mastitis crónica granulomatosa y así poder referir ya sea la muestra a laboratorios especializados o la paciente al cirujano, para la continuación de la evaluación y tratamiento; además puede existir fallos en la toma de la muestra, o que ésta contenga hallazgos inespecíficos para la toma de decisiones<sup>(11)</sup>.

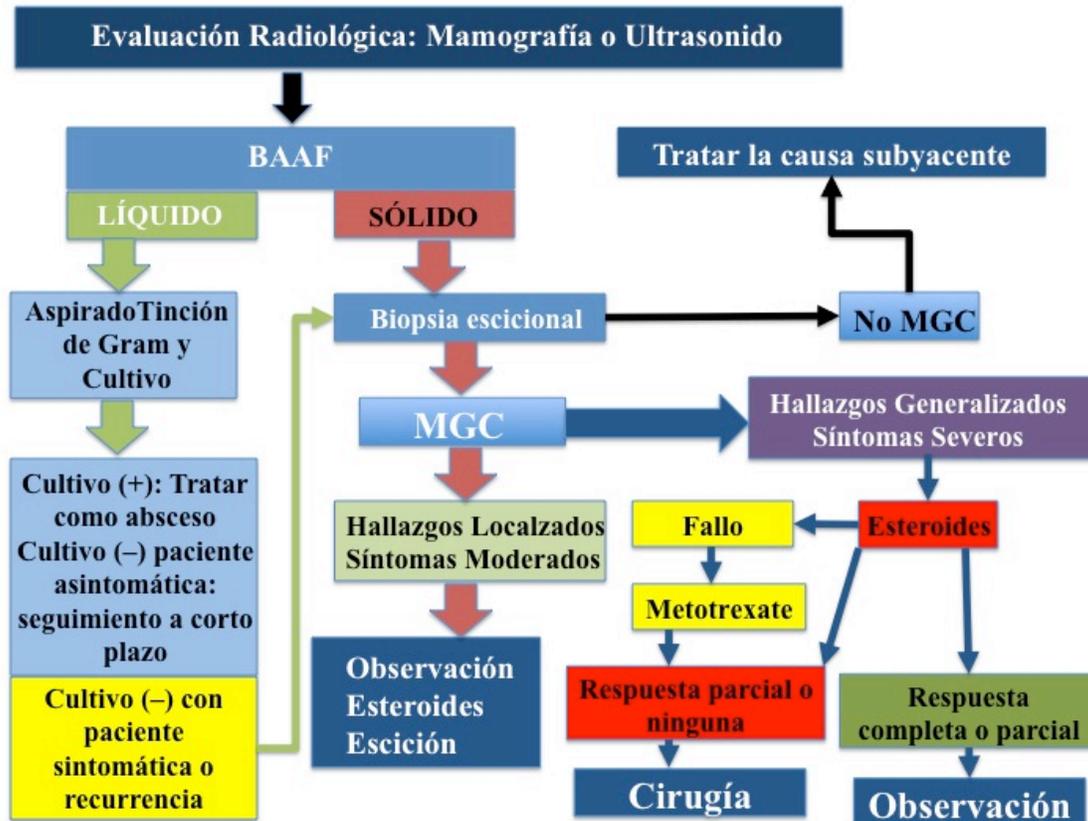
El manejo de la MCG continúa siendo controversial. DeHertogh *et al.*<sup>(4)</sup> fueron los primeros en abogar por el uso de los corticosteroides para el tratamiento de esta enfermedad, luego de obser-



var remisión de una masa granulomatosa al utilizar altas dosis de prednisona por 3 semanas. La dosis propuesta es de 25 mg/d de prednisona, la cual se reporta efectiva en la mayoría de las pacientes a las 8 semanas de tratamiento, ya sea

con remisión de la enfermedad, reducción de la induración del parénquima o como tratamiento previo a la cirugía, para hacer de ésta un proceso mejor delimitado y menos agresivo para la paciente<sup>(14)</sup>.

**Figura 1. Flujograma propuesto para el manejo de pacientes con MGC.**



Fuente: adaptado de AJR 2009;193:574-580

Sin embargo, las pacientes que reciben terapia con esteroides deben ser monitoreadas de cerca, para así evaluar la posible aparición de efectos secundarios esperables por el uso de esta terapia, los cuales incluyen intolerancia a la glucosa y Síndrome de Cushing, entre otras. Más aún, la posible relación de la enfermedad con un agente patógeno no detectado frecuentemente dificulta la escogencia de este manejo.

Debido a la posibilidad de recurrencia luego de la suspensión de la terapia esteroidal y la alta tasa de efectos secundarios, algunos autores favorecen el uso de metotrexate para el control de la MCG, con dosis bajas una vez por semana, sin embargo, este abordaje se ha dejado para las

pacientes que presentan recurrencia ya sea luego de el uso de esteroides o posterior a cirugía<sup>(13)</sup>.

En cuanto al manejo quirúrgico, la escisión local amplia de la masa era tradicionalmente el manejo de elección, pero la tasa de recurrencia local fue planteada en algunas series incluso mayor que la recurrencia para el uso de esteroides como monoterapia, entre el 16 y 50%<sup>(14)</sup>. Por otro lado, el resultado quirúrgico puede tener mejor pronóstico cuando se logran obtener márgenes libres de proceso inflamatorio granulomatoso, considerando por supuesto, las consecuencias estéticas para la paciente. Debido a que el diagnóstico de MCG puede mimetizar al cáncer de mama, un adecuado diagnóstico preoperatorio es de suma dificultad, por esto el manejo basado en escisión qui-



rúrgica en pacientes con sospecha de MCG continúa siendo aceptado<sup>(15)</sup>.

Se ha propuesto el siguiente esquema de tratamiento para las pacientes con sospecha de MCG el cual toma en cuenta lo revisado en el presente trabajo y que se apega a la evidencia documentada.

## CONCLUSIONES

La MCG es una enfermedad de difícil diagnóstico, ya que se asemeja en muchas de sus características al cáncer de mama.

Es de vital importancia sensibilizar al personal a cargo de la revisión de las pacientes sobre la existencia de esta retardora patología, para su adecuado abordaje terapéutico.

No existe aún un consenso internacional sobre el estándar del diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

Se debe evaluar integralmente a todas las pacientes en las cuales se sospecha MCG, para así ofrecerles las mejores posibilidades de tratamiento.

A pesar de los múltiples estudios revisados, aún se reportan altas tasas de recurrencia, lo que indica que el seguimiento estricto de estas pacientes es mandatorio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler E Wolloch Y. *Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma*. Am J Clin Pathol 1972;58:642-646.
2. Going JJ Anderson TJ Wilkinson S Chetty U. *Granulomatous lobular mastitis*. J Clin Pathol 1987;40:535-540.
3. Imoto S Kitaya T Kodama T Hasabe T Mukai K. *Idiopathic granulomatous mastitis: case report and review of the literature*. Jpn J Clin Oncol 1997;27:274-277.
4. DeHertogh DA Rossof AH Harris AA Economou SG. *Prednisone management of granulomatous mastitis*. N Engl J Med 1980;303:799-800.
5. Memis A Bilgen I Ustun EE Ozdemir N Erhan Y Kapkac M. *Granulomatous mastitis: imaging findings with histopathologic correlation*. Clin Radiol 2002;57:1001-1006.
6. Bassler R. *Mastitis: classification, histopathology and clinical aspects [in German]*. Pathologie 1997;18:27-36.
7. Akcan A Akyildiz H Deneme MA Akgun H Aritas Y. *Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem*. World J Surg 2006;30:1403-1409.
8. Han BK, Choe YH, Park JM, et al. *Granulomatous mastitis: mammographic and sonographic appearances*. AJR 1999; 173:317-320.
9. Yilmaz E, Lebe B, Usal C, Balci P. *Mammographic and sonographic findings in the diagnosis of idiopathic granulomatous mastitis*. Eur Radiol 2001; 11:2236-2240.
10. Lee JH, Oh KK, Kim EK, Kwack KS, Jung WH, Lee HK. *Radiologic and clinical features of idiopathic granulomatous lobular mastitis mimicking advanced breast cancer*. Yonsei Med J 2006; 47:78-84.
11. Martinez-Parra D Nevado-Santos M Melendez-Guerrero B Garcia-Solano J Hierro-Guillermain CC Perez-Guillermo M. *Utility of fine-needle aspiration in the diagnosis of granulomatous lesion of the breast*. Diagn Cytopathol 1997;17:108-114.
12. Hovanessian L Peyvandi B Klipfel N Grant E Iyengar G. *Granulomatous lobular mastitis. Imaging, diagnosis and treatment*. AJR 2009;193:574-580.
13. Kim J Tymms KE Buckingham JM. *Methotrexate in the management of granulomatous mastitis*. ANZ J Surg 2003;73:247-249.
14. Gurleyik G Aktekin A Aker F et al. *Medical and surgical treatment of idiopathic granulomatous lobular mastitis*. J Breast Cancer 2012;15(1):119-123.
15. Asoglu O Ozman V Karanlik H Tunaci M Cabioglu N. *Feasibility of surgical management of granulomatous mastitis*. The Breast J 2005;11:108-114.