

MANEJO TERAPEUTICO DE MASTITIS GRANULOMATOSA. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS.

Beltrán Sánchez, A.; Talens Orts, P.; Maqueda Martínez, I.; Ferrandez Martínez, M.; Diago Muñoz D.; Jiménez García A.; Rubio Ciudad, M. Ortega Quíñonero P.

INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria crónica y rara que afecta a la mujer en edad fértil. Esta patología se caracteriza por presentar una masa unilateral, dura y con características inflamatorias. El diagnóstico se realiza mediante el estudio histológico observando células inflamatorias, histiocitos y células gigantes multinucleadas. Como enfermedad inflamatoria, se trata con corticoides como primer escalón terapéutico, siendo necesario en ocasiones tratar con metotrexato o tratamiento quirúrgico.

En este poster se recoge el manejo clínico de esta enfermedad en base a 5 casos clínicos recogidos en nuestro centro en 2019.

Caso Clínico 1:

Paciente de **42 años** que acude por notar un **nódulo no doloroso en mama derecha** de 2 semanas de evolución. Afebril.

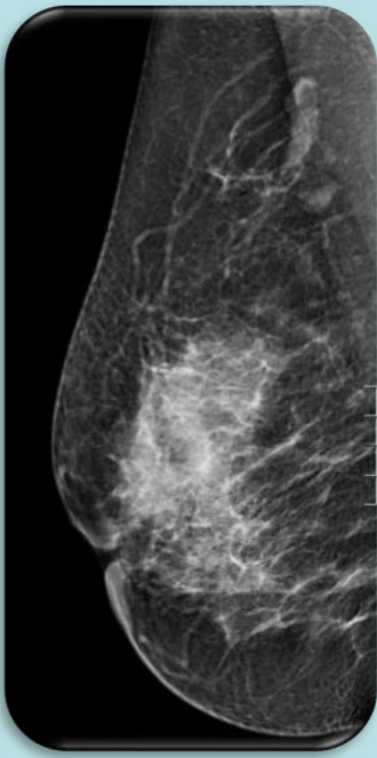
Exploración: masa poco móvil de 4-5 cm en CSE de mama derecha. Se observa ulceración de 2-3cm en CSE con tejido necrótico que no drena pus a la palpación. No adenopatías.

Mamografía y ecografía: lesión hipocóica mal definida de bordes irregulares clasificada como **BIRADS 4**.

BAG: Focos de **infiltrado inflamatorio** de apariencia **polimorfa**, con agregados de **histiocitos y células gigantes multinucleadas**

Cultivos: **Negativo para mycobacterias.**

Se comienza con tratamiento antibiótico para tratamiento de la lesión ulcerosa. Tras la mejoría de dicha lesión, se propone **tratamiento con prednisona en pauta descendente**, observando una disminución del tamaño de la lesión.



Caso Clínico 2:

Paciente de **45 años** que acude a consulta por **mastitis resistente a varias tandas de antibiótico.**

Exploración: placa indurada mal delimitada que ocupa casi toda la mama. No adenopatías.

Ecografía: colecciones hipocóicas sugestivas de galactoforitis.

PAAF: celularidad inflamatoria aguda, células gigantes multinucleadas e histiocitos sueltos y en grandes agregados granulomatosos.

Cultivos: **Negativo para mycobacterias.**

Se comienza **tratamiento con prednisona** en pauta descendente.

Durante su **seguimiento**, la paciente debe ser intervenida por un **absceso** que aparece sobre el proceso inflamatorio.

Caso Clínico 4:

Paciente de **34 años** que acude por **mastalgia.**

Exploración: **Nódulo de 3-4 cm, doloroso, retroareolar** de mama derecha. No adenopatías.

Ecografía: dilatación ductal.

BAG: **Cambios inflamatorios inespecíficos.**

Se realiza seguimiento en consultas con **varias tandas de antibioterapia sin mejoría** siendo necesario el drenaje del absceso.

Cultivos: **Negativo.**

RMN: **microabscesos dispersos** en todos los cuadrantes de mama derecha.

Ante la sospecha de proceso inflamatorio se comienza **tratamiento con corticoides orales.** Se mantiene un **seguimiento estrecho** de la paciente que refiere una mejoría de la sintomatología.

Caso Clínico 3:

Paciente de **52 años** que acude a consulta para revisión de **absceso mamario.**

Exploración: CSE de mama izquierda una placa de 2 cm levemente indurada. No adenopatías.

Ecografía: edema del tejido celular subcutáneo y pequeñas colecciones con material ecogénico en su interior así como un ganglio intramario. Lesión **BI-RADS® categoría 3**

PAAF: material **purulento sanguinolento.** AP es **negativo para células neoplásicas**

Cultivo: **Corynebacterium kroppenstedtii.**

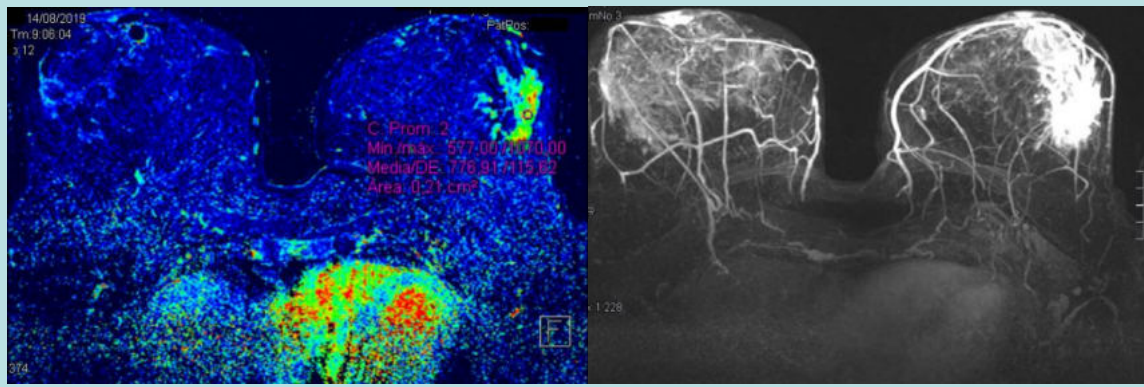
Tras tratamiento antibiótico la paciente persiste con dolor mamario.

RMN: colección periareolar izquierda, CIE, de aprox. 2,9 cm. Área de captación de contraste de 6 x 4 cm, centrada en LICE de mama izquierda.

Se realiza cirugía de la lesión.

Biopsia: Mastitis obliterante con **inflamación granulomatosa.**

Tras la cirugía se indica tratamiento con corticoides.



Caso Clínico 5:

Paciente de **28 años** que acude por **mastitis resistente** a varias pautas antibióticas al mes de inserción de implante subdérmico Implanon NXT. En mama izquierda se observa cuadrantes externos eritematosos e indurados no fluctuantes. Durante el estudio aparecen lesiones de nodulares eritematosas asociado a artralgias simétricas de articulaciones periféricas.



Ecografía: Imagen de mastitis en mama izquierda. **BIRADS 3**

Biopsia: **Tejido de granulación.**

Cultivo: **Corynebacterium kroppenstedtii.**

Se pauta tratamiento con prednisona oral y retirada de implante. La paciente refiere mejoría de la sintomatología

DISCUSIÓN:

En base a esta serie de casos, se observa el manejo de dicha patología. En primer lugar, hay que descartar el carcinoma puesto que en ambas entidades la clínica puede ser similar con expresión de un nódulo unilateral de aspecto inflamatorio. Las pruebas de imagen utilizadas son: la mamografía, que puede mostrar imágenes sugestivas de malignidad; la ecografía, que puede presentar una imagen hipocogénica e irregular con sombra posterior o zonas tubulares; la RMN, que se puede utilizar para evaluar la extensión de la lesión.

Otra de las entidades a descartar es la formación de granulomas crónicos debido a infecciones por *Mycobacterias*. En algunos estudios, al igual que en dos de nuestros casos, se ha visto asociado a infección por *Corynebacterium kroppenstedtii* y *Corynebacterium accolens*. En una serie japonesa se ha observado que 6 de los 19 casos tenían un cultivos positivos para esta bacteria.

El tratamiento de esta patología se basa en un primer momento con corticoides, debiendo ser vigilada por el riesgo de recidiva. En casos refractarios, se podría tratar con metotrexato o incluso cirugía.

CONCLUSIONES

- La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria que afecta a la mujer en edad fértil de origen desconocido.
- La clínica es muy inespecífica, teniendo que descartar siempre un proceso oncológico, infeccioso u otra entidad inflamatoria.
- El diagnóstico es histopatológico.
- El primer escalón terapéutico es la corticoterapia. Se debe realizar un seguimiento estrecho por la capacidad de reagudización o complicación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- González MJ, López AM, Sánchez R. Mastitis granulomatosa. Clínica e Investigación en Ginecol y Obstet. 2015;42(3):141-4.
- 2.- Agullar M, Jiménez R. Diagnóstico y tratamiento de la Mastitis Granulomatosa Idiopática: a propósito de un caso. Rev Senología y Patol Mam 2003;16(4):140-2
- 3.- Fujii M, Mizutani Y, Sakuma T, et al: Corynebacterium kroppenstedtii in granulomatous mastitis: analysis of formalin-fixed, paraffin-embedded biopsy specimens by immunostaining using low-specificity bacterial antisera and real-time polymerase chain reaction. Pathol Int 2018;68:409-418.