

## Caso clínico

# Mastitis granulomatosa idiopática

Fermín Jurado Santa Cruz,\* Gisela Navarrete Franco,\*\* Alfonsina María Decamps Solano \*\*\*

### RESUMEN

La mastitis granulomatosa idiopática es un proceso inflamatorio mamario benigno, poco frecuente, de origen desconocido. Se presenta en mujeres en edad reproductiva, entre los 17 y 42 años de edad. El diagnóstico se realiza por exclusión; para ello se utiliza ultrasonido, biopsia por aspiración de aguja fina o biopsia profunda de piel con tejido mamario y estudios microbiológicos, los cuales generalmente son negativos. El tratamiento médico es variable y poco satisfactorio, con recaídas y recidivas frecuentes. Comunicamos un caso de mastitis granulomatosa idiopática en una mujer de 39 años de edad.

Palabras clave: Mastitis granulomatosa idiopática, mastitis granulomatosa, mastitis.

### ABSTRACT

*Idiopathic granulomatous mastitis is an inflammatory process uncommon, benign of unknown origin. In most cases occurs in women in reproductive age between 17 and 42 years old. Diagnosis is based on the performance of ultrasound, fine needle biopsy of breast tissue and skin, with microbiological studies. Medical treatment is variable and sometimes unsatisfactory, with relapses and frequent recurrences. We report the case of a 39 years old woman with Idiopathic Granulomatous Mastitis.*

*Key words: Idiopathic granulomatous mastitis, mastitis granulomatous, mastitis.*

### INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática es un proceso inflamatorio mamario benigno poco frecuente.<sup>1</sup> Kessler y Wolloch la describieron en 1972.<sup>2,3</sup> No tiene una causa definida, por lo que se le considera un proceso idiopático. Predomina en las mujeres en edad reproductiva, entre los 17 y 42 años de edad.<sup>4</sup> Desde el punto de vista morfológico aparece como una placa constituida por eritema, escama e infiltración, de consistencia dura, habitualmente dolorosa; con frecuencia se absceda y forma fístulas por las que drena material purulento; su

evolución es crónica e intermitente.<sup>5</sup> En la exploración física generalmente se encuentran dos alteraciones constantes que generan confusión en el diagnóstico: pueden palpase adenopatías axilares ipsilaterales en un 28%<sup>6</sup> de los casos y retracción del pezón.<sup>5</sup> En el estudio histopatológico se observan granulomas circundados por estroma con células gigantes, linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y, en casos avanzados, formación de microabscesos.<sup>5</sup> El tratamiento médico es variable y habitualmente poco satisfactorio, con recidivas frecuentes.<sup>7</sup> Dentro de las opciones terapéuticas se incluye a la prednisona en dosis de 0.8 a 1 mg/kg/día durante 3 a 4 semanas, con descenso lento de la dosis inicial hasta la suspensión,<sup>8</sup> para potenciar la eficacia terapéutica, disminuir los efectos adversos de los esteroides y las frecuentes recaídas al suspender éstos; se puede emplear en conjunto con metotrexate o azatioprina, en un esquema semejante al utilizado en artritis reumatoide.<sup>8</sup> Las recurrencias se presentan en 16 a 50% de los casos, según lo publicado a nivel internacional,<sup>9</sup> con lo cual resulta imperativo un estrecho seguimiento a largo plazo.<sup>10</sup>

\* Director y Profesor Titular del Curso de Postgrado en Dermatología.

\*\* Jefa de Laboratorio de Dermatopatología.

\*\*\* Médico Residente del Tercer Año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

## CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años de edad, originaria y residente de Cárdenas, Tabasco. Acude por presentar una dermatosis localizada en región mamaria a nivel periareolar, de forma bilateral y simétrica, constituida por tejido de granulación y orificios fistulosos por los que drena material purulento; se acompaña de dolor en forma espontánea y a la palpación, así como retracción del pezón de mama derecha (Figuras 1 y 2). En el resto de la piel y anexos, así como en la exploración física general, no se encuentran datos patológicos agregados. Al interrogatorio refiere ocho años de evolución, con lesiones dolorosas, a través de las cuales ha drenado secreción de material blanquecino, así como retracción del pezón. Antecedentes personales patológicos: diabetes mellitus tipo 2, de dos años de evolución, actualmente en tratamiento con glibenclamida.

Fue atendida previamente en un Servicio de Ginecología, en el cual y como parte del protocolo de estudio le realizaron: biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático, todas con valores normales; lo anterior se complementó con frotis teñido con Gram, panel viral, anticuerpos anti-*Mycobacterium tuberculosis* con resultados negativos. En la citología del aspirado ganglionar sólo se observa inflamación aguda y crónica, sin evidencia de malignidad. En la ultrasonografía se aprecian fibroquistes de mama derecha y en la mastografía mamas fibroglandulares con calcificación en mama derecha, benigna, tipo «necrosis grasa». Los tratamientos previos incluyeron emolientes,

antihistamínicos, antibióticos tópicos y sistémicos, esteroides tópicos y antifúngicos sistémicos. Al no presentar mejoría acude al Centro Dermatológico.

Con los datos clínicos anteriores se hace el diagnóstico inicial de mastitis granulomatosa, por lo que se decide realizar biopsia insisional de una de las lesiones. Los cortes muestran epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis irregular moderada que alterna con áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa y zonas ulceradas. En todo el espesor de la dermis se observan infiltrados moderadamente densos, difusos, constituidos por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, eosinófilos, polimorfonucleares; también algunos trayectos fistulosos, así como edema, fibrosis y hemorragia (Figuras 3 a 5).

Por correlación clínica histopatológica, se realiza diagnóstico definitivo de mastitis granulomatosa idiopática.

Se inicia tratamiento con dexametasona intralesional en lesiones activas, se solicita glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y al encontrarse en valores normales se inicia tratamiento a base de dapsona, 100 mg cada 24 horas. Después de tres meses de tratamiento, presenta reducción de hemoglobina, por lo que se suspende dapsona y se inicia tratamiento con prednisona 20 mg por día, con esquema de reducción, por seis semanas, al término de las cuales y hasta el momento presenta mejoría parcial.

## DISCUSIÓN

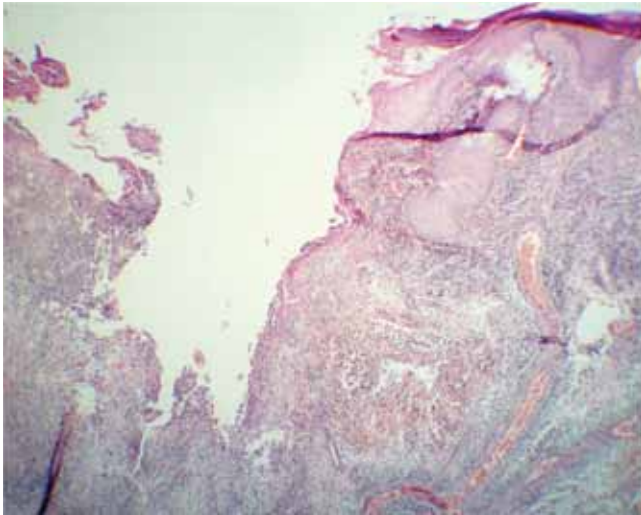
La mastitis granulomatosa idiopática es un proceso inflamatorio mamario, benigno, poco frecuente,<sup>1</sup> de



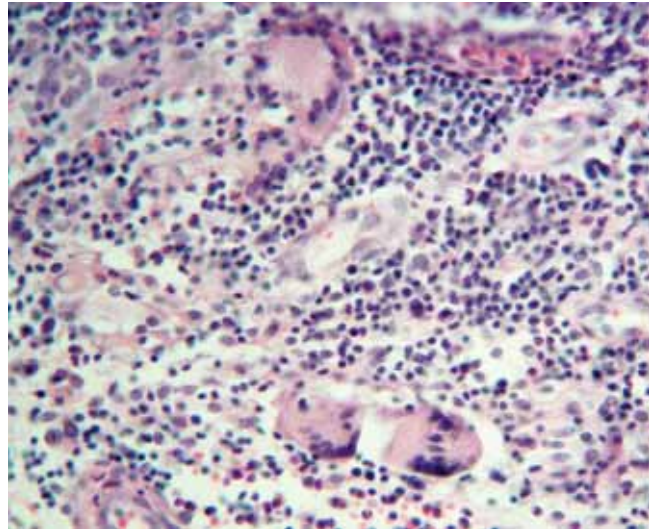
**Figura 1.** Mama derecha con cicatrices atróficas periareolares.



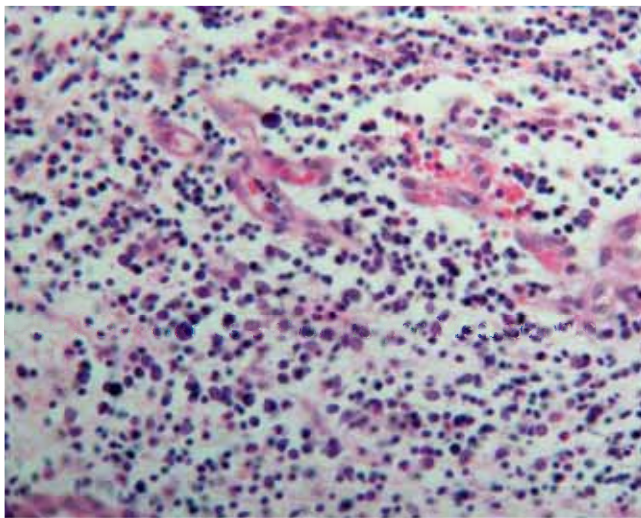
**Figura 2.** Mama izquierda con un absceso y cicatrices residuales.



**Figura 3.** Lesión ulcerada con restos de epidermis y en la dermis superficial y media, proceso inflamatorio con vasodilatación (H&E 4x).



**Figura 5.** Células gigantes multinucleadas formando parte del infiltrado (H&E 40x).



**Figura 4.** Infiltrado constituido por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas. Vasos dilatados (H&E 40x).

origen desconocido;<sup>2</sup> desde la descripción inicial se le ha considerado de origen autoinmune. Se ha propuesto la Teoría Causal de Respuesta Inmune de origen local, secundaria a la extravasación de secreciones lácteas desde los lobulillos, provocando una reacción tipo cuerpo extraño.<sup>3,4</sup> Se ha comunicado la asociación con eritema nudoso, lupus eritematoso e hiperprolactinemia.<sup>1,5</sup> El empleo concomitante de anticonceptivos en pacientes con mastitis granulomatosa idiopática permite inferir el

posible papel patogénico de los estrógenos.<sup>5</sup> Clínicamente se manifiesta por una o más masas inflamatorias de 6 cm en promedio (límites 2-10 cm);<sup>6-8</sup> puede afectar cualquiera de los cuatro cuadrantes de ambas mamas;<sup>9</sup> generalmente es unilateral y en un 25% de los casos es bilateral, como en el presente.<sup>10,11</sup>

Morfológicamente puede causar confusión clínica con neoplasias malignas mamarias, como: carcinoma intraductal de mama, complejo areola-pezones o enfermedad de Paget mamaria, ya que además del proceso inflamatorio, pueden palparse adenopatías axilares ipsilaterales y secundariamente causar retracción del pezón.<sup>5,12</sup>

El diagnóstico se realiza por exclusión; sin embargo, en el protocolo de estudio se debe incluir el ultrasonido, biopsia por aspiración de aguja fina o biopsia profunda de piel con tejido mamario<sup>5</sup> y estudios microbiológicos, los cuales habitualmente son negativos.<sup>6</sup> Lo anterior es de utilidad para descartar neoplasias malignas, como las anteriormente referidas.

El estudio histopatológico es fundamental para el diagnóstico.<sup>5</sup>

Otras enfermedades que deben tomarse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial son: tuberculosis collicuativa, granuloma de cuerpo extraño, ectasia ductal de mama y sarcoidosis, entre las principales.<sup>9</sup>

El tratamiento médico es variable y a veces poco satisfactorio, con recidivas frecuentes.<sup>13</sup>

En algunos estudios se recomienda el tratamiento quirúrgico como primera elección, con resección



amplia, y en caso de recurrencia, utilizar esteroides por vía oral.<sup>8</sup> Debido a los efectos secundarios de los esteroides como: infecciones oportunistas, alteraciones cutáneas temporales y permanentes, hipertensión arterial, úlcera péptica, síntomas neuropsiquiátricos, hiperglicemia, miopatías, y osteoporosis, se sugiere iniciar con dosis bajas.<sup>14</sup>

De manera sinérgica y con efecto ahorrador de esteroides, se han utilizado en forma simultánea diversos inmunosupresores.<sup>8,15</sup>

Las recurrencias se presentan en 16 a 50% de los casos,<sup>16</sup> por lo cual resulta imperativo un estrecho seguimiento a largo plazo.<sup>17</sup>

Los autores recomiendan una actitud conservadora en el manejo, iniciar con tratamiento médico y sólo en casos severos y recalcitrantes sugerir el tratamiento quirúrgico, ya que ambas modalidades terapéuticas no son totalmente resolutivas.<sup>17</sup>

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez JA, Carpio PD, Gac EP. Mastitis granulomatosa idiopática. *Rev Chilena de Cirugía* 2002; 4: 392-395.
2. Imoto S, Kitaya T, Kodama T, Hasebe T, Mukai K. Idiopathic granulomatous mastitis: Case report and review of the literature. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27: 274-277.
3. Azlina AF, Ariza Z, Arni T, Hisham AN. Chronic granulomatous mastitis: Diagnostic and Therapeutic Considerations. *World J Surg* 2003; 27: 515-518.
4. Matsumura KJ, De la Peña P, Gutiérrez CH. Mastitis granulomatosa crónica idiopática. *Rev Per Obst Enf* 2008; 4: 122-125.
5. Medina D, Calderón C, Ilizaliturri I, Navarrete G, Novales J, Eljure N, Herbas O. Mastitis granulomatosa idiopática. Comunicación de dos casos. *Dermatología Rev Mex* 2005; 49: 260-264.
6. Tse GMK, Poon CSP, Law BKB, Pang LM, Chu WCW, Ma TKF. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. *J Clin Pathol* 2003; 56: 519-521.
7. Verfaillie G, Breucq C, Sacre R, Bourgain C, Lamote J. Granulomatous lobular mastitis: a rare chronic inflammatory disease of the breast which can mimic breast carcinoma. *Acta Chir Belg* 2006; 106: 222-224.
8. Peña-Santos G, Ruiz-Moreno JL. Mastitis granulomatosa idiopática tratada con esteroides y metotrexato. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79: 373-376.
9. Fu-Hsiung S, Shu-Chen L, Jeng-Hung S, Dar-Shin C, Lou MA. Idiopathic granulomatous mastitis: a case successfully treated with a minimum dose of a steroid. *Chang Gung Med J* 2005; 28: 431-434.
10. Tuli R, O'Hara B, Hines J, Rosenberg A. Idiopathic granulomatous mastitis masquerading as carcinoma of the breast: a case report and review of the literature. *International Seminars in Surgical Oncology* 2007; 4: 21.
11. Pérez JA, Bohle OJ, Gonzalo SC, Carrasco LC, Mariángel P. Mastitis granulomatosa idiopática. Diagnóstico y tratamiento en 14 casos. *Rev Chilena de Cirugía* 2007; 59: 259-263.
12. Hovanessian LJ, Peyvandi B, Klipfel N, Grant E, Lyengar G. Granulomatous lobular mastitis: imaging, diagnosis, and treatment. *AJR* 2009; 193: 574-581.
13. Barrero RP, Benavides MA, León BM, Barrero VD, Vargas VV. Mastitis granulomatosa idiopática y mastitis de células plasmáticas. Experiencia de tres años. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70: 323-327.
14. Ocal K, Dag A, Turkmenoglu O, Kara T, Seyit H, Konca K. Granulomatous mastitis: clinical, pathological features, and management. *Breast J* 2010; 16: 176-182.
15. Sakurai K, Fujisaki S, Enomoto K, Amano S, Sugitani M. Evaluation of follow-up strategies for corticosteroid therapy of idiopathic granulomatous mastitis. *Surgery Today-The Japanese Journal of Surgery* 2011; 41: 333-337.
16. Gurleyik G, Aktekin A, Aker F, Karagulle H, Saglamc A. Medical and surgical treatment of idiopathic granulomatous lobular mastitis: a benign inflammatory disease mimicking invasive carcinoma. *J Breast Cancer* 2012; 15: 119-123.
17. Lai EC, Chan WC, Ma TK, Tang AP, Poon CS, Leong HT. The role of conservative treatment in idiopathic granulomatous mastitis. *Breast J* 2005; 11: 454-456.

#### Correspondencia:

Dr. Fermín Jurado Santa Cruz  
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.  
Dr. Vértiz Núm. 464,  
Col. Buenos Aires, 06780, México, D.F.  
E-mail: fermin\_santac@yahoo.com.mx