

## CASO CLÍNICO

# Mastitis granulomatosa idiopática: revisión de 4 casos diagnosticados y tratados en una unidad de patología mamaria

A. Navarro Golobart<sup>1</sup>, M. A. Luna<sup>2</sup>, C. Madaula<sup>1</sup>, A. Mariscal<sup>2</sup>,  
S. Vizcaya<sup>2</sup>, D. Durany<sup>2</sup>, J. Arce<sup>2</sup>, N. de la Ossa<sup>3</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Ginecología y Obstetricia, <sup>2</sup>Radiología y <sup>3</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona*

### RESUMEN

**Objetivo:** La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad benigna inflamatoria de la mama poco común con ausencia de manifestaciones específicas. La importancia diagnóstica reside en el hecho que dicha entidad se presenta clínica y radiológicamente como una neoplasia maligna de mama. El diagnóstico de certeza se obtendrá con una biopsia de la lesión y los hallazgos histopatológicos típicos. Se pretende también, aportar nuestra experiencia en el manejo terapéutico dado que los resultados clínicos y estéticos fueron excelentes.

**Material y métodos:** Presentamos 4 casos diagnosticados y entre junio de 2008 y enero de 2011.

**Resultados:** La forma de presentación en 3 de los 4 casos fue la aparición de un nódulo mamario. En un caso la forma de presentación fue una ulceración cutánea con masa subyacente. En todos los casos tras exámenes radiológicos catalogados como de alta sospecha de malignidad se practicó biopsia de la lesión estableciendo el diagnóstico definitivo de mastitis granulomatosa. En 3 de los 4 casos se realizó tratamiento médico con prednisona en pauta descendente con remisión completa de la enfermedad y sin presencia de recidivas. En uno de los casos se procedió a la resección quirúrgica mediante tumorectomía obteniendo un resultado estético pobre con posterior recidiva que se trató exitosamente con corticoides.

**Conclusiones:** La mastitis granulomatosa es un proceso inflamatorio mamario benigno infrecuente con expresión clínica y radiológica que conlleva a sospechar un proceso neoplásico mamario cuyo diagnóstico definitivo es el examen histopatológico y con excelente respuesta al tratamiento médico con corticoides.

**Palabras clave:** Mastitis granulomatosa idiopática.

### ABSTRACT

**Background:** Idiopathic granulomatous mastitis is a rare benign inflammatory breast disease with no specific manifestations. The diagnostic importance is the fact that this entity presents itself clinically and radiologically as a malignant breast neoplasm. Definitive diagnosis is obtained with a biopsy of the lesion and the typical histopathological findings. It is also intended to contribute the therapeutic management experience as the clinical and aesthetic results were excellent.

**Material and methods:** We present 4 diagnosed and treated cases between June 2008 and January 2011.

**Results:** The way of presentation in 3 of the 4 cases was the appearance of a breast lump. In one case the way of presentation was a skin ulceration with an underlying mass. In all cases after X-ray examinations classified as highly suspicious of malignancy underwent biopsy of the lesion establishing the definitive diagnosis of granulomatous mastitis. In 3 of the 4 patients underwent medical treatment with prednisone in decreasing doses to the complete remission of the disease and free of relapse. In one case we proceeded to surgical resection by lumpectomy obtaining a poor aesthetic outcome with subsequent relapse that was successfully treated with corticoids.

**Conclusions:** Granulomatous mastitis is a rare benign inflammatory breast disease with clinical and radiological expression that leads to suspect a neoplastic breast process which definitive diagnosis is the histopathological examination with excellent response to medical treatment using corticoids.

**Key words:** Idiopathic granulomatous mastitis.

### INTRODUCCIÓN

Las mastitis granulomatosas (MG) son un tipo de mastitis crónicas. A su vez, existe una entidad dentro de estas que es la mastitis granulomatosa idiopática (MGI) (1).

*Recibido:* 02-05-11.  
*Aceptado:* 17-10-11.

*Correspondencia:* Alejandra Navarro Golobart. C/ Plaça del Vallès, 26-29, 4º 3ª. 08201 Sabadell, Barcelona. e-mail: alejandrangolobart@gmail.com.

La MGI es una enfermedad benigna poco común descrita por Kessler y Wolloch en 1972 a partir de mujeres con nódulos mamarios resultantes de una lobulitis granulomatosa (2) sin estar en relación con infecciones, cuerpos extraños o antecedente traumático.

La etiología no queda bien establecida pero se postula un origen autoinmune. Otros autores sugieren una causa hormonal por su asociación dudosa con los anticonceptivos orales y la existencia de algún patógeno no detectado.

Suele presentarse en mujeres en edad fértil y clínica y radiológicamente puede simular un proceso neoplásico.

El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico típico a partir de una biopsia de la lesión que consiste en una reacción inflamatoria granulomatosa de los lobulillos mamarios (3,4).

El objetivo de esta comunicación es presentar 4 casos clínicos de mastitis granulomatosas centrándonos en la forma de presentación, su expresión radiológica y su evolución tras el tratamiento.

## CASOS CLÍNICOS

*Caso 1:* Mujer de 34 años natural de Bolivia, sin antecedentes patológicos de interés, nulípara y con ciclos menstruales naturales normales. Consultó por haberse notado nódulo mamario en cuadrantes internos de mama izquierda de 4 meses de evolución. A la exploración se palpó también una adenopatía axilar. Se realizó una mamografía que observó una lesión de 4 cm catalogada como BIRADS 5 y una ecografía mamaria y axilar que denotó una masa hipoecóica muy vascularizada de bordes irregulares de unos 4,5 cm y adenopatías axilares de aspecto sospechoso (la mayor de ellas de 14 mm y con engrosamiento cortical difuso). Se practicó BAG de la masa y PAAF de la adenopatía axilar. El diagnóstico anatómo-patológico informó como una mastitis granulomatosa con vasculitis y eosinofilia (Figs. 1 y 2). La tinción

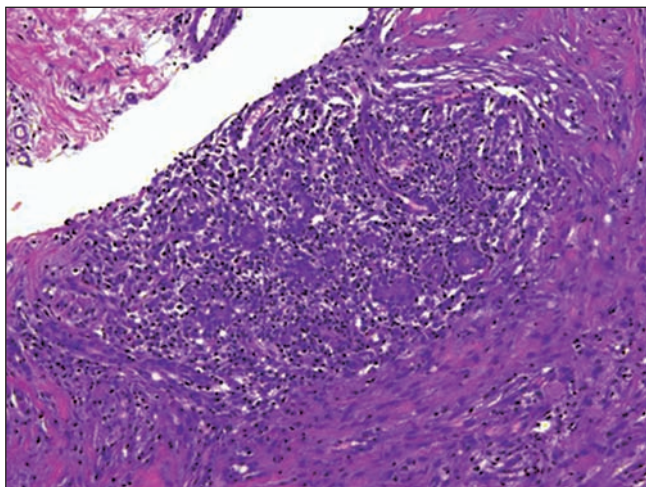


Fig. 1. 10X Hematoxilina – Eosina. Reacción granulomatosa en parénquima mamario.

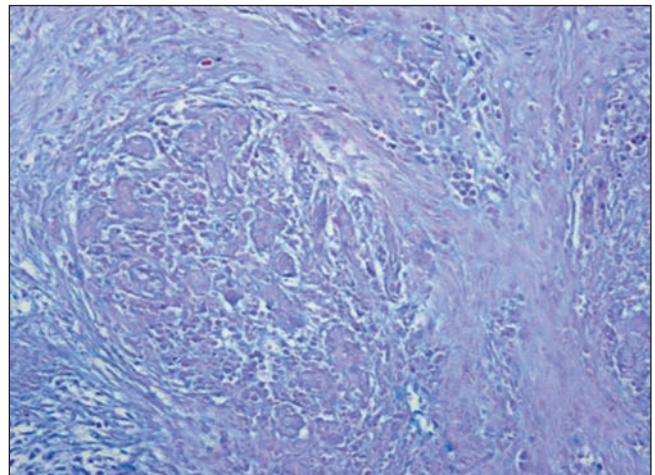


Fig. 2. 10X Hematoxilina – Eosina. Célula gigante multinucleada que forma parte de granuloma.

Ziehl Neelsen fue negativa. No se objetivó neoplasia recomendando valorar la posibilidad de tratarse de un Síndrome de Churg Strauss.

Así mismo, fue valorada por el Servicio de Reumatología y tras exámenes analíticos y clínicos catalogó el caso de vasculitis localizada tipo Churg Strauss (ANCA's negativos). Como tratamiento se decidió realizar exéresis quirúrgica de la lesión practicando tumorectomía. La anatomía patológica informó de una mastitis granulomatosa con áreas de eosinofilia y focos de abscesificación. Al año de la intervención y habiendo transcurrido una gestación volvió a consultar por aparición de nuevo nódulo en la mama derecha. Además, la mama izquierda intervenida presentaba una cicatriz queloide con retracción cutánea que implicaba un defecto estético importante. A la exploración de la mama derecha se palpó un aumento de densidad de unos 3 cm sin llegar a establecer un nódulo. En la mamografía se objetivó un nódulo de bordes imprecisos en unión de cuadrantes internos y en cuadrante superior interno de la mama derecha. En la ecografía mamaria se observó un nódulo bien delimitado de ecoestructura interna heterogénea, hipoecogénico con ecos groseros en su interior y refuerzo posterior de 20 x 11 mm. Adyacente al mismo se observaron varios nódulos de similares características sugestivos de abscesos (BIRADS 2-3). La PAAF obtuvo líquido purulento cuyo cultivo resultó negativo y el diagnóstico histológico informó de nuevo de mastitis granulomatosa. Valorada de nuevo por Reumatología inició tratamiento médico con corticoides (metilprednisolona) en pauta descendente durante 4 meses y en los controles ecográficos posteriores se observó una resolución del cuadro. Actualmente asintomática, sigue controles ecográficos y clínicos cada 6 meses y es valorada conjuntamente con Reumatología.

*Caso 2:* Mujer de 46 años, española, sin antecedentes patológicos de interés, con ciclos menstruales naturales

normales y múltipara de 2 hijos (a los 23 y 28 años, con antecedente de lactancia materna en ambos). Consultó por haberse notado un nódulo mamario que a la exploración se presentaba como un nódulo en cuadrante superior interno de la mama izquierda de 1 a 3 cm de areola bien delimitado y poco móvil. En la mamografía se observó una hiperdensidad pseudonodular mal delimitada de 8,4 mm. Se realizó una ecografía mamaria (Fig. 3) que mostró un nódulo de 12 x 10 mm de aspecto sólido, de bordes irregulares y globalmente hiperecogénico con un vaso grueso posterior al mismo. Se realizó PAAF que no fue concluyente por lo que se procedió a BAG informando de mastitis granulomatosa necrotizante. Se decidió tratamiento médico con corticoides (deflazacort) en pauta descendente durante 4 meses. Actualmente asintomática y pendiente de control radiológico.

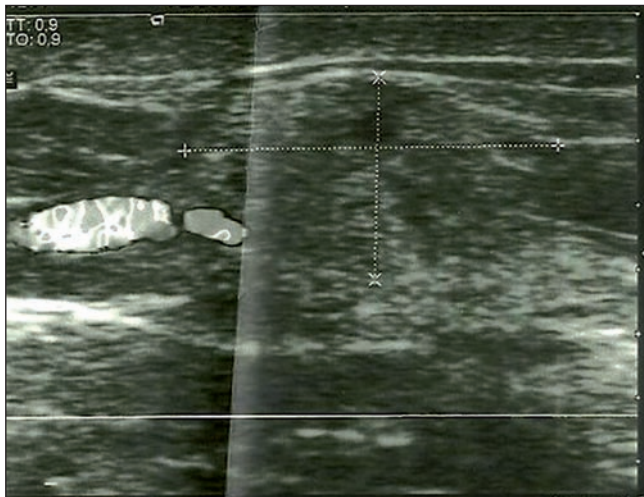


Fig. 3. Ecografía mamaria que muestra un nódulo de 12 x 10 mm de aspecto sólido, de bordes irregulares y globalmente hiperecogénico con un vaso grueso posterior al mismo.

**Caso 3:** Mujer de 29 años natural de China, sin antecedentes patológicos de interés, que a los 20 meses de un parto vaginal fue derivada a la unidad de patología mamaria por una mastitis crónica de más de un mes de evolución sin respuesta a tratamientos antibióticos. A la exploración se observa una úlcera cutánea de unos 4 cm con masa subyacente de 8 cm, en unión de cuadrantes superiores y periareolar de la mama derecha, poco móvil, dura sin signos flogóticos y altamente sospechosa.

Se solicitó de forma urgente una mamografía bilateral (Fig. 4) donde se observó una mama derecha algo retraída y en la que destacaba una gran asimetría ocupando los cuadrantes superiores y parte de la región subareolar de unos 11 x 10 x 5 cm con márgenes mal definidos y no asociado a microcalcificaciones, retracción de la piel y engrosamiento cutáneo (BIRADS 5), hallazgos catalogados de alta sospecha radiológica. El examen ecográfico mostró una gran masa sólida, hipocóica y de bordes irre-

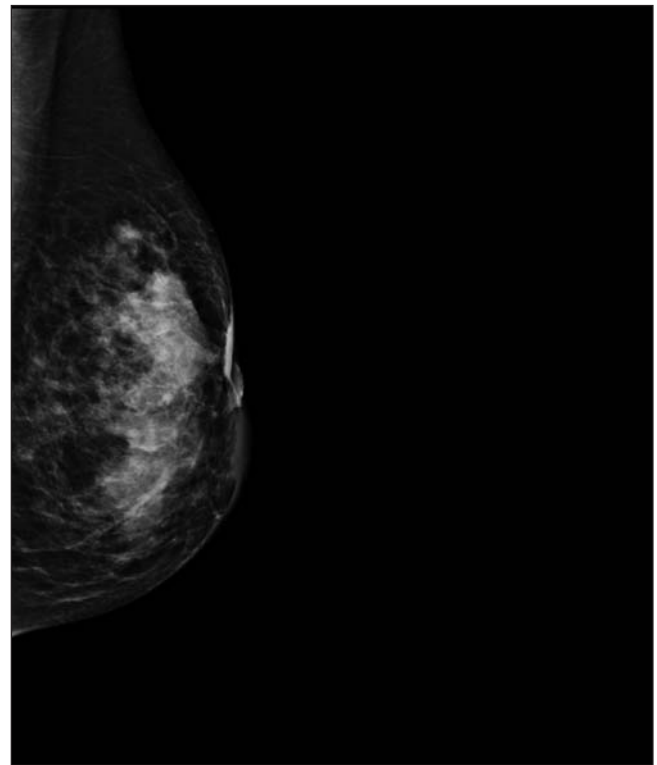


Fig. 4. Mamografía que muestra la mama derecha algo retraída y en la que destaca una gran asimetría ocupando los cuadrantes superiores y parte de la región subareolar de unos 11 x 10 x 5 cm con márgenes mal definidos y no asociado a microcalcificaciones, retracción de la piel y engrosamiento cutáneo.

gulares ocupando el cuadrante superior interno, el cuadrante superior externo y la región peri y subareolar de aspecto infiltrativo y extendiéndose al tejido celular subcutáneo y piel. Se observaron adenopatías axilares homolaterales de hasta 13-14 mm algunas con hilo excéntrico y cortical focalmente engrosadas de aspecto sospechoso. Ambos estudios orientaron los hallazgos hacia una neoplasia localmente avanzada con afectación clínica cutánea.

Se realizó una RM (Fig. 5) con contraste hallando una tumoración en cuadrantes superiores de la mama derecha invadiendo piel y pezón compatible con neoplasia de mama. Se observaron 2 pequeños nódulos satélites en cuadrantes inferiores. Ganglios axilares derechos sospechosos. En la mama izquierda, múltiples y pequeños focos de captación agrupados en cuadrantes externos compatibles con zonas de adenosis (BIRADS 3).

El dictamen de la BAG informó de cambios compatibles con mastitis granulomatosa y tinción Ziehl negativa y la PAAF de la adenopatía no mostró evidencia de neoplasia.

El estudio patológico sugirió descartar un traumatismo, cuerpo extraño o una infección por micobacteria para concluir que se trataba de una mastitis granulomatosa idiopática.



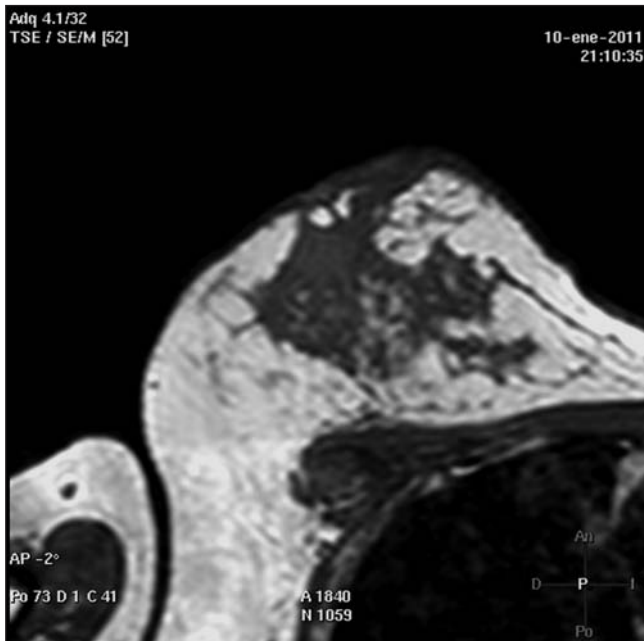


Fig. 5. RM que muestra una tumoración en cuadrantes superiores de la mama derecha invadiendo piel y pezón compatible con neoplasia de mama.

Dado que resultó negativo para TBC se remitió a reumatología para iniciar tratamiento médico con corticoides (dacortin).

Los resultados clínicos tras tratamiento medico se ilustran en la figs. 6 y 7.



Fig. 6. Aspecto clínico de la mama en paciente afecta de mastitis granulomatosa previo a tratamiento médico.



Fig. 7. Aspecto clínico de la mama en paciente afecta de mastitis granulomatosa tras 2 meses de tratamiento con corticoides.

**Caso 4:** Mujer de 38 años española, sin antecedentes patológicos de interés, con ciclos menstruales naturales normales y múltipara de 2 hijos. Consultó por nódulo palpable de 5 cm en la mama izquierda catalogado como BIRADS 5 (mamografía y ecografía) y con BAG negativa para malignidad. Se solicitó estudio mamográfico que mostró una zona de asimetría focal (40 x 42 x 43 mm) en la unión de cuadrantes inferiores de la mama izquierda próximo a pezón (2 cm) y que coincidía con la lesión palpable. No había microcalcificaciones, con densidad no homogénea presentando en su margen más posterior e inferior un aspecto nodular. La misma lesión se visualizó en la ecografía como una zona de alteración de la ecogenicidad y ecoestructura con bordes irregulares y mal definidos en su margen anterior. El estudio concluyó que los hallazgos eran de alta sospecha de malignidad sin evidencia ecográfica de afectación ganglionar. Se realizó una BAG que diagnosticó una inflamación aguda y crónica con focos de necrosis grasa y aislada, células gigantes multinucleadas, de tipo cuerpo extraño y leves cambios fibroadenomatosos, sin evidencia de neoplasia. Se realizó una segunda BAG que informó como parénquima mamario con cambios fibroadenomatosos y focos de inflamación granulomatosa periductal con células gigantes de tipo cuerpo extraño, de nuevo sin evidencia de neoplasia. Se decidió derivar a reumatología por la posibilidad elevada de tratarse de una mastitis granulomatosa e iniciar tratamiento médico con corticoides (deflacort) en pauta descendente durante 4 meses. Actualmente se encuentra en tratamiento médico.

## DISCUSIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad benigna de la mama poco común. Existen publicaciones de estudios retrospectivos de series pequeñas de casos que cuestionan el origen de esta infrecuente entidad y plantean diferentes puntos de vista terapéuticos sin llegar a un consenso (2,5-7). Su etiología podría quedar ligada a un origen autoinmune 1 por su excelente respuesta al tratamiento con corticoides, aunque no se han detectado anomalías del sistema inmune en estas pacientes. Otros autores sugieren una causa hormonal por su asociación dudosa con los anticonceptivos orales y la existencia de algún patógeno no detectado que cause una reacción alérgica a cuerpo extraño (8,9).

Suele observarse en mujeres que han tenido hijos, a veces en relación con embarazos recientes y lactancias maternas (3). Se da entre 17-82 años (media de 30 años) (4). No se observa una clara relación con la administración de contraceptivos hormonales orales.

Se caracteriza por la ausencia de manifestaciones específicas. Se trata de un proceso inflamatorio que cursa con la formación de uno o varios nódulos dolorosos con un tamaño que oscila entre 0,5 y 8 cm sin predilección por un lugar concreto de la mama. Puede estar asociado a adenopatías y es bilateral en el 25% de los casos (10). En ocasiones, puede haber afectación cutánea del tipo absceso, fístula o ulceración crónica (11,12).

Por todas las características anteriormente descritas y en especial por su similitud con una neoplasia mamaria conducen al clínico a solicitar pruebas diagnósticas que ayuden a descartar un proceso neoplásico maligno de la mama (12).

Así mismo, la mamografía y la ecografía mamaria serán de gran utilidad para caracterizar estas lesiones a pesar de que en la mayoría de los casos catalogan estas lesiones como de alta sospecha diagnóstica, por lo que el diagnóstico definitivo nos lo dará el estudio anatomopatológico de la lesión mediante PAAF (punción y aspiración con aguja fina) o BAG (biopsia con aguja gruesa) (13,14).

Histológicamente se caracteriza por una reacción inflamatoria granulomatosa de los lobulillos mamarios, compuesta por histiocitos epiteloideos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, además de linfocitos, plasmocitos y ocasionales leucocitos polimorfonucleares.

A veces se forman abscesos (necrosis grasa y acúmulo de polimorfonucleares), que pueden condicionar una fibrosis con distorsión de la arquitectura lobulillar produciendo atrofia y degeneración del epitelio así como dilatación de los conductos mamarios. De forma menos frecuente presenta metaplasia escamosa de los conductos mamarios y los abscesos de gran tamaño. Las tinciones y cultivos (para bacterias, hongos y organismos ácido-alcohol resistentes) son típicamente negativos, lo que ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con patologías infec-

ciosas de la mama que cursan con mastitis granulomatosas (tuberculosis, blastomicosis, actinomicosis, histoplasmosis y toxoplasmosis) (1,3).

La primera entidad a descartar en el diagnóstico diferencial es la neoplasia de mama. Debemos considerar otras entidades como la TBC mamaria, la sarcoidosis, la enfermedad por arañazo de gato, la reacción granulomatosa en el cáncer de mama, la necrosis grasa, la ectasia ductal, la mastitis aguda, la granulomatosis de Wegener, la infección por *Taenia solium*, *Salmonella typhi*, *Histoplasma capsulatum* y *Wuchereria bancrofti* (15).

En cuanto al tratamiento, se han descrito en la literatura varias opciones terapéuticas que oscilan desde amplias resecciones quirúrgicas hasta tratamientos conservadores e incluso conductas expectantes (13). El tratamiento médico consiste en una pauta descendente de corticoides vía oral durante un periodo mínimo de 1 mes hasta 4 meses de duración (16). Este tratamiento se ha mostrado eficaz tanto en la reducción de la lesión como en la remisión de las lesiones. Por tanto, creemos que el tratamiento médico es una alternativa válida al tratamiento quirúrgico ofreciendo como principal ventaja la ausencia de secuelas estéticas tales como retracciones cutáneas y asimetrías mamarias. Se contempla como mejor opción en los casos de recidivas múltiples tras tratamiento quirúrgico. Alrededor de un 40% de las MG presentarán recidiva de la enfermedad, hecho que condiciona el seguimiento de estas pacientes durante largos periodos de tiempo (17).

Desde nuestro punto de vista y tras los excelentes resultados obtenidos la pauta con corticoides resultaría el tratamiento de elección. En cuanto a la opción quirúrgica y teniendo en cuenta que se trata de una patología benigna debería realizarse un tratamiento conservador.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis. *Am J Clin Pathol* 1972;58:642-6.
2. Axelsen RA, Reasbeck P. Granulomatous lobular mastitis: Report of a case with previously undescribed histopathological abnormalities. *Pathology* 1988;20:383-9.
3. Fletcher A, Magrath IM, Riddell RH, Talbot IC. Granulomatous mastitis: a report of seven cases. *J Clin Pathol* 1982;35:941-5.
4. Going JJ, Anderson TJ, Wilkinson S, Chetty U: Granulomatous lobular mastitis. *J Clin Pathol*, 1987;40:535-40.
5. Ahmed R, Sultan F. Granulomatous mastitis: a review of 14 cases. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2006;18:52-4.
6. Patel RA, Strickland P, Sankara IR, Pinkston G, Many W Jr, Rodriguez M. Idiopathic granulomatous mastitis: case reports and review of literatura. *J Gen Intern Med* 2010;25(3):270-3. Epub 2009 Dec 15.
7. Cohen C: Granulomatous mastitis. *Am Med J* 1977; 52:14-6.
8. Rowe PH. Granulomatous mastitis associates with prolactinoma. *Br J Clin Practice* 1984;38:32-4.
9. Imoto S, Kitaya T, Kodema T, Hasebe T, Mukai K. Idiopathic granulomatous mastitis: case report and review of the literatura. *Jpn J Clin Oncol* 1997;27:274-7.
10. Al-Khaffaf B, Knox F, Bundred NJ. Idiopathic granulomatous masti-

- tis: a 25-year experience. *J Am Coll Surg* 2008;206:269-73. Epub 2007 Oct 29.
11. Baslaim MM, Khayat HA, Al-Amoudi SA. Idiopathic granulomatous mastitis: a heterogenous disease with variable clinical presentation. *World J Surg* 2007;31(8):1677-81.
  12. Akcan A, Akyidiz H, Deneme MA, Akgun H, Aritas Y. Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem. *World J Surg* 2006;30:1403-9.
  13. Tuncbilek N, Karakas HM, Okten OO. Imaging of granulomatous mastitis: assessment of three cases. *Breast* 2004;13:510-4.
  14. Tse GM, Poon CS, Law BK, Pang LM, Chu WC, Ma TK. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. *J Clin Pathol* 2003; 56:519-21.
  15. Lester SC. Differential diagnosis of Granulomatous Mastitis. *Breast J* 2005;11:534-5
  16. DeHertogh DA, Rossof AH, Harris AA, Economou SG. Prednisone management of granulomatous mastitis. *N Engl J Med* 1980;303: 799-800.
  17. Azlina AF, Aniza Z, Arni T, et al. Chronic granulomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations. *World J Surg* 2003;27:515-8.