Trabajos Originales

MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA Y MASTITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

Raúl Barrero P.^{1,2}, Alicia Benavides M.³, Manuel León B.³, David Barrero V.^a, Victoria Vargas V.^a

¹Unidad de Ginecología, ²Unidad de Patología Mamaria, ³Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Félix Bulnes.

^aAlumnos de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se evaluó el manejo de 13 pacientes con mastitis granulomatosa idiopática y mastitis de células plasmáticas, tratadas en el Hospital Félix Bulnes, por un período de tres años. Se estudió la relación con la edad, anticoncepción, embarazo, lactancia y la atopia. Se evaluaron las limitaciones de la mamografía y de la ecotomografía mamaria y el uso de la biopsia trucut. Se compararon los resultados del tratamiento médico y quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: *Mastitis granulomatosa, mastitis de células plasmáticas*

SUMMARY

13 patients with granulomatous mastitis and plasmatic cell mastitis were studied in Felix Bulnes Hospital, for a period of 3 years. We studied it's relation with age, contraception, pregnancy, breastfeeding and atopy. The limitation of the mammography and the mammary ultrasound, as well as the trucut biopsy was evaluated. The results between the medical and surgical treatment were compared.

KEY WORDS: *Granulomatous mastitis, plasmatic cells mastitis*

INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) y la mastitis de células plasmáticas (MCP), son enfermedades raras de etiología desconocida. Fueron descritas por primera vez por Kessler y Wolloch en 1972, y Adair en 1933, respectivamente (1). Son procesos inflamatorios crónicos que comprometen en mayor grado el estroma de la glándula mamaria y con frecuencia se abscedan y fistulizan.

El diagnóstico clínico de estas dos entidades es difícil; se confunden con cáncer de mama localmente avanzado (2, 3, 4, 5). La mamografía y la ecotomografía mamaria, no son específicas para el diagnóstico de estas patologías (6). El diagnós-

tico definitivo se hace con la biopsia (7, 8, 9). El tratamiento médico es variado y a veces poco satisfactorio, con recaídas y recidivas frecuentes (10, 11).

Se evalúan las analogías, las diferencias y otras variables de estas dos mastitis y los resultados del tratamiento médico y quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los antecedentes, el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento de 13 pacientes con MGI y MCP, que ingresaron a la Unidad de Ginecología y Patología Mamaria de Hospital Félix Bulnes, en el período comprendido entre el 30 de

Tabla I
CARACTERÍSTICAS MAMOGRAFICAS Y ECOTOMOGRAFICAS DE LA MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA

<i>Caso</i>	<i>Mamografía</i>	<i>Ecotomografía</i>
1	BIRADS 0	Áreas anecogénicas
2	BIRADS V	Tumor maligno
3	BIRADS 0	Distorsión de la arquitectura
4	BIRADS I	Zona fluctuante
5	BIRADS II	Áreas heterogéneas
6	BIRADS III	Zona heterogénea e imagen hipoeecogénica
7	BIRADS III	Zonas hipoeecogénicas
8	BIRADS 0	Nódulo probablemente maligno
9	BIRADS IV	Masa heterogénea
10	BIRADS V	Sin imágenes patológicas

junio de 2002 y el 30 de junio de 2005. Todas las pacientes se hospitalizaron por presentar tumoración de mama, dolor, eritema y aumento del calor local; a menudo con abscesos y fístulas. Se solicitaron exámenes de laboratorio, radiografía de tórax, mamografía y ecotomografía mamaria (Tablas I, II). Las pacientes recibieron tratamiento sintomático con anti-inflamatorios y antibióticos ante la sospecha de infección; todas fueron biopsiadas (Tabla III). Se hizo tratamiento médico a 9 pacientes con masas grandes, con abscesos y fístulas, y tratamiento quirúrgico a 4 pacientes con masas no abscedadas, indistintamente sean MGI o MCP (Tablas IV, V).

El tratamiento médico consistió en antibióticos y anti-inflamatorios por 10 días, prednisona 60 mg, 50 mg, 40 mg, y 30 mg por 7 días cada dosis; prednisona 30 mg/día por 1 mes; prednisona 30 mg, 20 mg, 10 mg, 5 mg por 7 días cada dosis. Drenaje de abscesos cuando correspondía.

El tratamiento quirúrgico fue mastectomía parcial con criterio estético y drenaje tipo Penrose, con apoyo de anti-inflamatorios y antibióticos por 1 semana.

Para el análisis las pacientes fueron agrupadas en: Grupo A (Mastitis granulomatosa idiopática) y Grupo B (Mastitis de células plasmáticas).

Tabla II
CARACTERÍSTICAS MAMOGRAFICAS Y ECOTOMOGRAFICAS DE LAS MASTITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS

<i>Caso</i>	<i>Mamografía</i>	<i>Ecotomografía</i>
11	BIRADS 0	Áreas heterogéneas
12	BIRADS 0	Sin imágenes patológicas
13	BIRADS 0	Zonas heterogéneas

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue de 34,9 años para el grupo A y de 40,6 años para el grupo B. El número promedio de hijos fue de 2 en ambos grupos. El promedio de edad del primer embarazo fue 23,2 años para el grupo A y 22,3 para el grupo B. La edad promedio del último embarazo fue de 26,9 años para el grupo A y 28,6 años para el grupo B. La lactancia fue de 25,5 meses como promedio en las pacientes del grupo A y 44,0 meses en el grupo B. No se observó galactorrea ni descarga por el pezón en ninguno de los casos. De las 13 pacientes solo una era usuaria de anticonceptivos orales. Se observó antecedente de alergia en 4 pacientes del grupo A y 2 en el grupo B. El lapso promedio, para el desarrollo de la enfermedad después del último embarazo fue de 8 años para la MGI y 12 años para la MCP. El tamaño promedio de la lesión fue de 6,5 cm para

Tabla III
TIPO DE BIOPSIA

<i>Mastitis granulomatosa idiopática</i>		<i>Mastitis de células plasmáticas</i>	
<i>Caso</i>	<i>Biopsia</i>	<i>Caso</i>	<i>Biopsia</i>
1	Trucut	11	Trucut
2	Trucut	12	Trucut
3	Intra operatoria	13	Intra operatoria
4	Trucut		
5	Core		
6	Excisional		
7	Trucut		
8	Trucut		
9	Trucut		
10	Trucut		

Tabla IV
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA

<i>Caso</i>	<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Recaída</i>	<i>Tiempo de curación (meses)</i>
1	Quirúrgico, mastectomía parcial	(-)	1
2	Médico y drenaje	(+) drenaje	5
3	Médico y drenaje	(+) drenaje	20
4	Médico	(-)	6
5	Médico y drenaje*	(+) drenaje bilateral	24
6	Quirúrgico, mastectomía parcial	(-)	1
7	Médico y drenaje*	(+) drenaje	10
8	Médico y drenaje*	(+) drenaje	10
9	Médico y drenaje	(+) drenaje	10
10	Médico y drenaje*	(+) drenaje	10

*Pacientes con antecedente de atopía.

Tabla V
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LAS MASTITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS

<i>Caso</i>	<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Recaída</i>	<i>Tiempo de curación (meses)</i>
11	Quirúrgico, mastectomía parcial	(-)	2
12	Médico*	(+) drenaje	12
13	Quirúrgico, mastectomía parcial*	(-)	1

*Pacientes con antecedentes de atopía.

las MGI y de 7,0 cm para las MCP (Figuras 1, 2 y 3).

DISCUSIÓN

La MGI se caracteriza por la presencia de granulomas en el estroma mamario. Se observan variadas cantidades de células gigantes multinu-

cleadas, con exudado linfocitario polimorfonuclear, linfocitos y algunos eosinófilos. Hay presencia de micro-abscesos. Puede agregarse metaplasia pavimentosa de los conductos (Figura 4).

La MCP se caracteriza por presentar una infiltración densa y difusa por células plasmáticas de las estructuras ductales y del estroma de la mama. Posiblemente se produzca como respuesta irritativa

Figura 1. Mastitis granulomatosa idiopática. Se observa gran tumoración que compromete el cuadrante superior externo de la mama.

Figura 2. Mastitis granulomatosa idiopática. Eritema y fistulas.

Figura 3. Mastitis granulomatosa idiopática bilateral.

Figura 4. Mastitis granulomatosa idiopática. Se observa granuloma histiocitario no necrotizante.

a la liberación de material lipídico de los conductos. También hay presencia de células gigantes y pocos linfocitos (Figura 5).

La mayoría de las publicaciones referentes al tema, tienen poca casuística, y las MGI y MCP son descritas por separado. La MCP se presentó en pacientes de mayor edad que las enfermas de MGI (1). No hubo relación con el embarazo, la lactancia reciente, y anticoncepción oral, a diferencia de lo afirmado por otros autores (12, 13, 10)

No hubo galactorrea ni descarga por el pezón. Se observó atopia en el 46,2% de las pacientes que padecían MGI y MCP; estas presentaron procesos inflamatorios de mayor tamaño y dificultad de tratamiento que las sin atopia.

Las pacientes consultaron por presentar tumores grandes, con imágenes que sugerían neoplasia maligna, lo que justifica la solicitud de mamografía y de biopsia. El tiempo de evolución de la enfermedad, hasta la solicitud de atención médica, fue de aproximadamente 1 mes. Se incluyó en el estudio la radiografía de tórax para descartar tuberculosis y sarcoidosis.

Para el diagnóstico la biopsia trucut fue la más empleada, por la facilidad en su realización y la obtención de muestras satisfactorias para estudio anatomopatológico. Se han descrito falsos positivos para cáncer de mama, especialmente en biopsias intraoperatorias.

El tratamiento médico de la MGI y MCP ha sido prolongado. El tiempo promedio de curación con éste método fue de 11,8 meses; la reaparición de abscesos obligó a realizar drenajes, lo que es concordante con otras experiencias internacionales (14, 15). Es importante tener presente las posibles complicaciones como consecuencia del uso

Figura 5. Mastitis de células plasmáticas. Infiltrado linfoplasmocitario estromal circundando un conducto mamario.

prolongado de corticoides, por lo que los controles médicos frecuentes son importantes. Contrasta con el tratamiento quirúrgico que fue más breve y satisfactorio, con un período promedio de curación de 1,2 meses y no observándose recaídas ni recidivas, por lo que es el tratamiento a recomendar.

Hemos estudiado estas dos mastitis juntas, por la similitud en su forma clínica, por lo que algunos autores la consideran como la misma enfermedad (16).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fatthaneh A, Tavassoli MD. Miscellaneous lesions. En: Fattaneh A, Tavassoli MD (eds). Pathology of

- the breast. 2nd ed. Connecticut: Editorial Appleton and Lange. Norwalk, 1992; 792-793.
2. Azlina AF, Ariza Z, Arni T, Hisham AN. Chronic granulomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations. *World J Surg* 2003; 27(5): 515-8.
 3. Memis A, Bilgen J, Ustun EE, Ozdemir N, Erhan Y, Kapkac M. Granulomatous mastitis: imaging findings with histopathologic correlation. *Clin Radiol* 2002; 57(11): 1001-6.
 4. Sakurai T, Oura S, Tanino H, Yoshimasu T, Kokowa Y, Kinoshita T y cols. A case of granulomatous mastitis mimicking breast carcinoma. *Breast Cancer* 2002; 9(3): 265-8.
 5. Herr R, Shrimankar J, Griffith CD. Granulomatous mastitis can mimic breast cancer on clinical, radiological or cytological examination: a cautionary tale. *Breast* 2003; 12(4): 283-6.
 6. Yilmaz E, Lebe B, Usal C, Balci P. Mamographic and sonographic findings in the diagnosis of idiopathic granulomatous mastitis. *Eur Radiol* 2001; 11(11): 2236-40.
 7. Tse GM, Poon CS, Law BK, Pang LM, Chu WC, Ma TK. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. *J Clin. Pathol* 2003; 56(7): 519-21.
 8. Tamiolakis D, Lambropoulou M, Koutlaki N, Alexiadis G, Tolparidou I, Papadopoulos N y cols. Imprint cytology of non-specific granulomatous mastitis. *Clin Exp Obstet Ginecol* 2001; 28(3): 176-8.
 9. Hirata S, Saito T, Kiyonagi K, Kitada M, Yamazaki K, Sasajima T y col. Granulomatous mastitis diagnosed by core-needle biopsy and successfully treated with corticosteroid therapy: A case report. *Breast Cancer* 2003; 10(4): 378-81.
 10. Diesling D, Axt-Fliedner R, Hornung D, Wiess JM, Diedrich K, Friedrich M. Granulomatous mastitis. *Arch Ginecol Obstet* 2004; 269(4): 233-6.
 11. Kim J, Tymms KE, Buckingham JM. Methotrexate in the management of granulomatous mastitis. *ANZ J Surg* 2003; 73(4): 247-9.
 12. Goldberg J, Baute L, Storey L, Park P. Granulomatous mastitis in pregnancy. *Obstet Ginecol* 2000; 96(5): 813-5.
 13. Poniecka AW, Krasuski P, Gal E, Lubin J, Howard L, Poppiti RJ. Granulomatous inflammation of the breast in a pregnant woman: report of a case with fine needle aspiration diagnosis. *Acta Cytol* 2001; 45(5): 797-801.
 14. Yip CH, Yayaram G, Swaim M. The value of cytology in granulomatous mastitis: a report of 16 cases from Malaysia. *Aust N Z J Surg* 2000; 70(2): 103-5.
 15. Belaabidia B, Essadki O, el Mansouri A, Squalli S. Idiopathic granulomatous mastitis: a propos of 8 cases and review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil* 2002; 30(5): 383-9.
 16. Bhaskaran CS, Prasad KR, Rao G, Kameshwari R, Sahbe DA, Aruna CA. Chronic granulomatous mastitis: review of 26 cases with special reference to chronic lobular mastitis. *Indian J Pathol Microbiol* 1992; 35(1): 38-43.
-