

# MASTITIS LINFOCÍTICA: REPORTE DE TRES CASOS

*Nelson Luraguiz, Melisa Romano, Yemisi Ojemakinde, Fluerette Abreo.*

## Resumen

La mastitis linfocítica, también conocida como mastopatía diabética o lobulitis esclerosante linfocítica, es una inflamación fibrótica de la mama. Se presenta más frecuentemente como complicación de la diabetes insulino-requiriente de larga evolución, aunque se ha visto su relación con algunas enfermedades autoinmunes y endócrinas, como así también en paciente sin ninguna de estas comorbilidades. Su importancia radica en la similitud clínico-radiológica que esta patología tiene con el cáncer de mama. El propósito de este trabajo es describir los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos de tres casos confirmados de mastitis linfocítica, uno de ellos en paciente sano.

**Palabras clave:** Mastitis, linfocítica, ecografía, mamografía.

## Abstract

*Lymphocytic mastitis, also known as diabetic mastopathy or sclerosing lymphocytic lobulitis, is a fibrotic inflammation of the breast. It is often a complication of long-standing insulin-dependent diabetes, although it has been found in patients with autoimmune and endocrine diseases, as well as in patients without any of these conditions. It is important to know the characteristics of this pathology since it has many clinical and radiological similarities with breast cancer. The purpose of this paper is to describe the clinical, radiological and pathological findings in three confirmed cases of lymphocytic mastitis, one of which is a healthy patient.*

**Key words:** Mastitis, lymphocytic, ultrasound, mammography.

### Datos de contacto:

Melisa Romano.

State University Health Sciences Center - Shreveport, Louisiana.

E-mail: melis\_romano@yahoo.com.ar

**Recibido:** 25 de noviembre de 2014 / **Aceptado:** 17 de marzo de 2015

*Received:* November 25, 2014 / *Accepted:* March 17, 2015

## Introducción

El primer caso se trató de una mujer de 33 años de edad, no diabética y sin enfermedades autoinmunes conocidas. Consultó al servicio por presentar nódulos palpables en ambas mamas, los cuales eran duros, fijos y no dolorosos ubicados aproximadamente en hora 12, tercio anterior de la mama derecha (MD) y en hora 3, tercio anterior de la mama izquierda (MI). Se le realizó mamografía bilateral (MX) y luego compresión focalizada en la zona de interés, lo que reveló tejido fibroglandular heterogéneo sin evidencia de masas, distorsión de la arquitectura o calcificaciones sospechosas (**Figura 1**). Sin embargo la ecografía (US), en coincidencia con la clínica, mostró en el lugar de las tumoraciones palpables, lesiones nodulares sólidas-hipoecoicas, irregulares, de bordes espiculados y con sombra acústica posterior, midiendo la derecha 3,75 x 2,75 cm y la izquierda 3,35 x 1,74 cm (**Figura 2**). Las lesiones fueron caracterizadas como Bi rads 4C (de acuerdo al sistema de reporte del Colegio Americano de Radiología) y se procedió a realizar biopsia escisional. El diagnóstico definitivo fue de mastitis linfocítica (ML), sin evidencia de atipia celular (**Figura 3**). En la actualidad (luego de 7 años del diagnóstico inicial) no se han constatado signos de recidiva.

El segundo caso fue una mujer de 30 años con diabetes tipo 1 diagnosticada en la infancia que no presentaba hasta ese entonces ninguna complicación crónica. La paciente consultó por un nódulo palpable en MD el cual era fijo, de consistencia dura, no doloroso que se ubicaba en hora 9, aproximadamente a 2 cm del pezón. Se le realizó MX y compresión localizada que mostró tejido fibroglandular heterogéneo sin evidencia alguna de lesión focal, distorsión de la arquitectura o calcificaciones sospechosas (**Figura 4**). La ecografía, como en el caso anterior, mostró en coincidencia con la clínica, una lesión nodular sólida-hipoecoica irregular, de bordes no definidos y con sombra acústica posterior, midiendo 3 x 2,5 cm (**Figura 5**). Se la caracterizó como Bi rads 4C y se realizó escisión quirúrgica cuyo diagnóstico anatomopatológico arrojó ML. Luego de 3 años del diagnóstico y tratamiento no se han constatado signos de recidiva.

El tercer caso se trató de una mujer de 63 años con diabetes tipo 2 e hipotiroidismo de origen au-

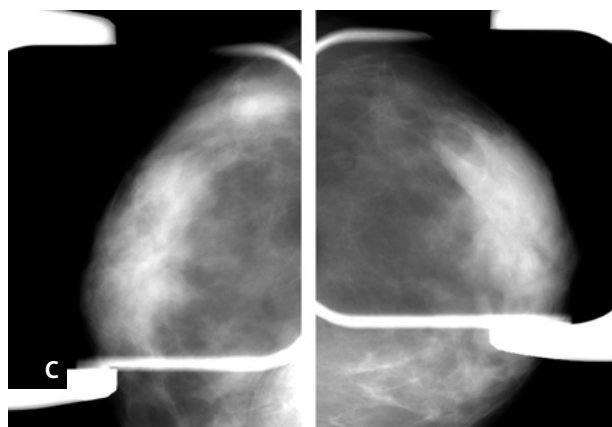
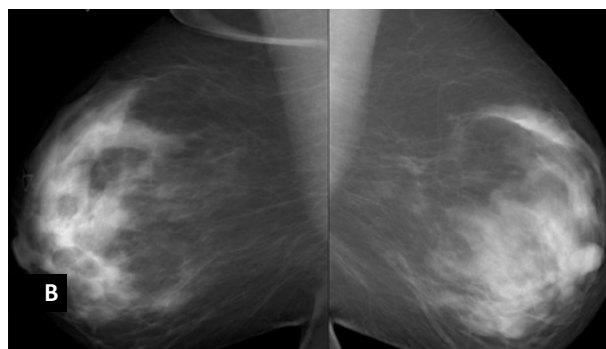
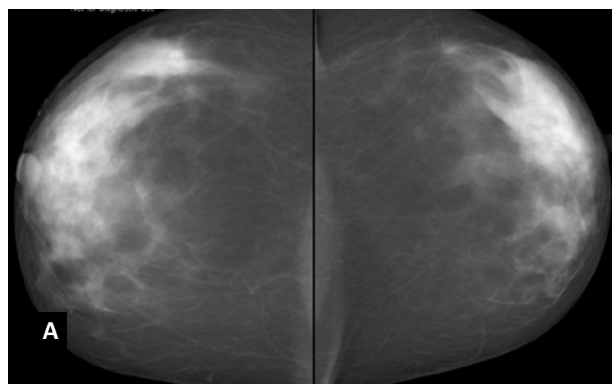
toimmune, tratada con hipoglucemiantes orales y levotiroxina. Consultó al servicio por presentar nódulo palpable en la región subareolar de la mama izquierda, asociado a inversión del pezón. El mismo era duro, fijo y levemente doloroso. Se le realizó MX y compresión localizada que mostró tejido predominantemente graso, prótesis de gel de silicona sin signos de ruptura extracapsular y masa irregular de bordes indefinidos en retroareola, que asociaba retracción del pezón (**Figura 6**). Se decidió completar el estudio con ecografía la que reveló en el sitio clínicamente positivo y en coincidencia con la lesión visible en la MX nódulo sólido-hipoecoico, irregular, con sombra acústica posterior, de aproximadamente 2,8 x 1,2cm (**Figura 6**). Las lesiones fueron caracterizadas como Bi rads 4C (de acuerdo al sistema de reporte del Colegio Americano de Radiología) y se procedió a realizar biopsia escisional. El diagnóstico definitivo fue de ML, sin evidencia de atipia celular. El caso ha sido reciente por lo que no contamos aún con datos de la evolución de la paciente.

## Discusión

La ML, también conocida como mastopatía diabética o lobulitis esclerosante linfocítica (1), es una inflamación fibrótica de la mama que se presenta frecuentemente como una complicación de la diabetes insulino-requiriente de larga evolución, aunque la podemos encontrar también en relación a enfermedades autoinmunes, endócrinas o incluso en pacientes sin las comorbilidades antes mencionadas, como sucedió en nuestro primer caso.

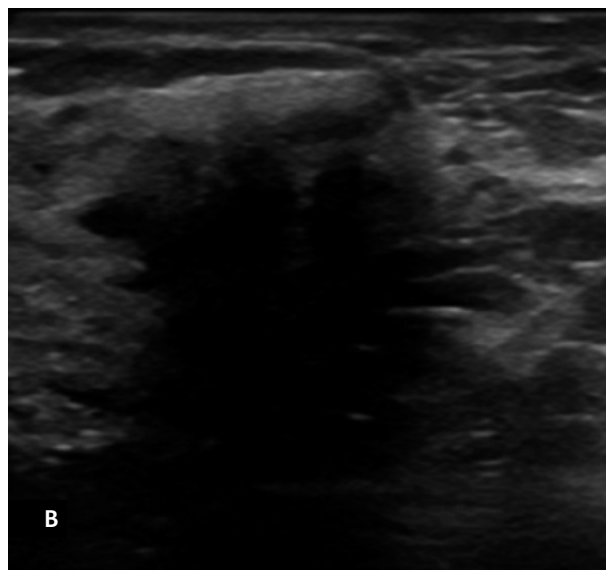
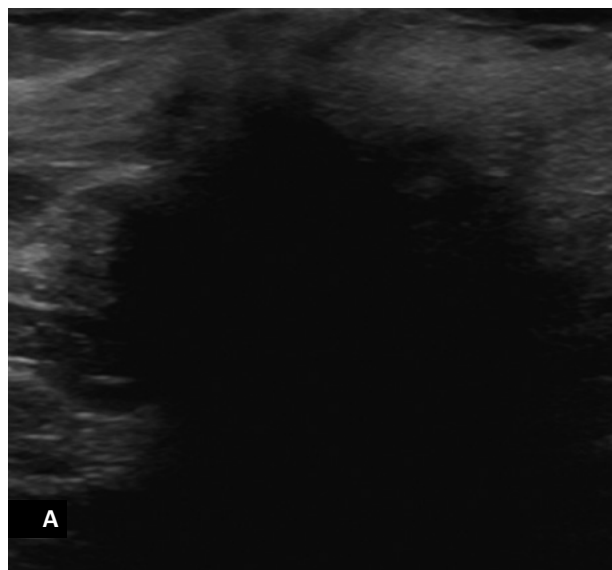
Fue descrita por primera vez por Soler y Khardori en 1984, pero su nombre fue fundado en 1987 por Byrd y col. (2).

La etiología de esta enfermedad se desconoce (1, 2). Se plantean diversas teorías, entre ellas la posibilidad de tratarse de una reacción inflamatoria o inmunitaria a la insulina de administración exógena (2). Otra teoría incluye la producción de matriz extracelular alterada, generada por la hiperglucemia. Los valores altos de glucemia, a través de procesos de glicosilación, estimularían a factores de crecimiento que inducirían la producción de colágeno resistente a la degradación. Este colágeno funcionaría como antígeno estimulando una respuesta inmunitaria se-



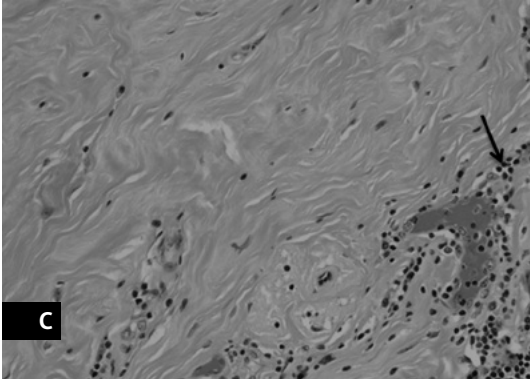
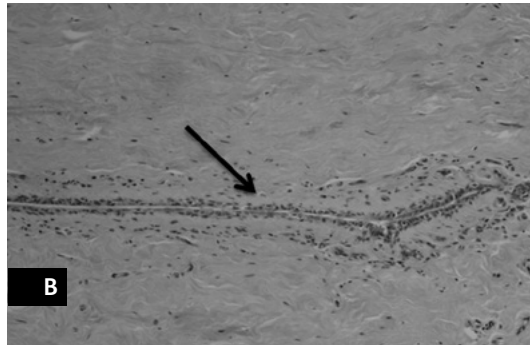
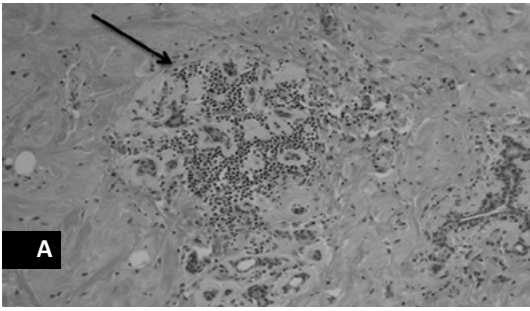
**Figura 1. Mamografía digital.**

**A)** Incidencia craneocaudal (CC). **B)** Incidencia oblicua mediolateral (MLO). Muestra tejido fibroglandular heterogéneo, sin evidencia de masas, distorsión de la arquitectura o calcificaciones sospechosas. El marcador triangular indica la región palpable de la mama derecha, mejor visualizada en incidencia MLO. El marcador triangular de la MI no se observa en esta imagen. **C)** Compresión focalizada. Se observa compresión de la zona de interés sin evidencia de signos positivos.



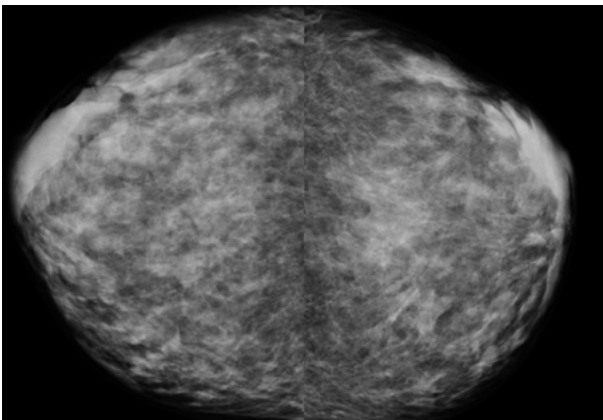
**Figura 2. Ultrasonido bilateral en escala de grises.**

**A)** MD. **B)** MI. Sobre la región clínicamente positiva se visualizan nódulos sólidos-hipoecoicos irregulares, con sombra acústica posterior.



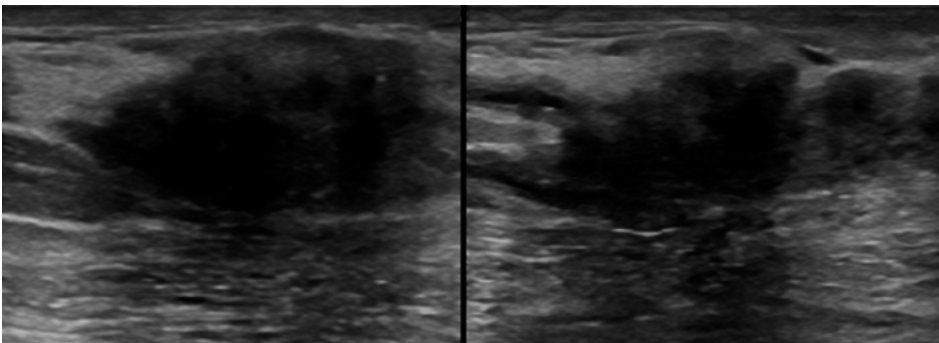
**Figura 3. Anatomía patológica.**

**A)** Tinción Hematoxilina-eosina (H&E), 100x. Muestra infiltración linfocitaria perilobular con extensa fibrosis (*flecha*). **B)** H&E, 100x. Se visualiza infiltración linfocitaria periductal con fibrosis tipo queloide (*flecha*). **C)** H&E, 100x. Se observa infiltración linfocitaria perivascular, presencia de histiocitos epitelioides y fibrosis tipo queloide (*flecha*).



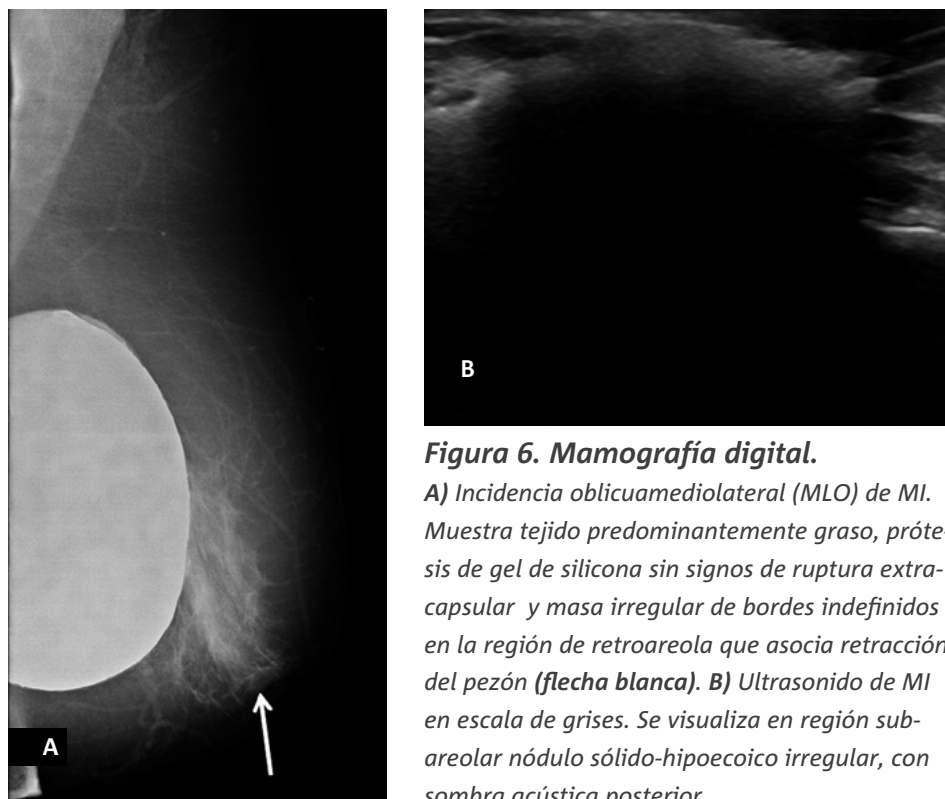
**Figura 4. Mamografía digital.**

Incidencia craneocaudal (CC). Muestra tejido fibroglandular heterogéneo, sin evidencia de masas, distorsión de la arquitectura o calcificaciones sospechosas.



**Figura 5. Ultrasonido de MD en escala de grises.**

Sobre la región clínicamente positiva se visualiza nódulo sólido-hipoecoico irregular, con sombra acústica posterior.



**Figura 6. Mamografía digital.**

**A)** Incidencia oblicuamediolateral (MLO) de MI. Muestra tejido predominantemente graso, prótesis de gel de silicona sin signos de ruptura extracapsular y masa irregular de bordes indefinidos en la región de retroareola que asocia retracción del pezón (**flecha blanca**). **B)** Ultrasonido de MI en escala de grises. Se visualiza en región subareolar nódulo sólido-hipoecoico irregular, con sombra acústica posterior.

cundaria con proliferación de linfocitos B y producción de anticuerpos. La llegada de los macrófagos generaría incremento en la cantidad de factores de crecimiento, con la consecuente mayor producción de colágeno (3). Esto explica los hallazgos histológicos de esta patología, caracterizados por grados variables de infiltración linfocitaria tipo B a nivel perilobular (lobulitis), periductal (ductitis) y perivascular (vasculitis), asociado a abundante cantidad de tejido fibroso de aspecto queloide (2-4). También se menciona la presencia de histiocitos epitelioides, principalmente en pacientes diabéticos (4, 5).

Si bien hemos reportado un caso en una mujer postmenopáusica, es una entidad que ocurre más frecuentemente en mujeres premenopáusicas (1, 3) siendo la edad media de aparición 46,6 +/- 15,6 años, según el trabajo publicado por Pereira MA y col. en donde se estudiaron 31 pacientes (4). Existen también reportes de casos en hombres (2, 4).

La clínica de estos pacientes se caracteriza por nódulos duros y firmes a la palpación, generalmente no dolorosos y de tamaños variables, que pueden ser únicos o múltiples, uni o bilaterales de aparición

sincrónica o metacrónica, que podrían simular un carcinoma (2-4). Se ubican en cualquier zona de la mama aunque se cree que hay favoritismo por la región subareolar (4, 5). Estos nódulos no van acompañados de signos inflamatorios como ocurre con otros procesos de mama (4).

Los características imagenológicas no son específicas (4). En la mayoría de las publicaciones se menciona como hallazgo más frecuente la presencia de asimetrías. También se describen opacidades nodulares, incluso pueden no observarse signos patológicos evidentes, siendo la mamografía negativa como sucedió en dos de nuestros casos. La ecografía, por lo general muestra un nódulo sólido-hipoecoico, irregular con importante sombra acústica posterior debido a la fibrosis que caracteriza a esta patología (1, 2, 4). Existen reportes donde tanto la MX como la ecografía resultaron negativas (3). Aunque en nuestro trabajo no poseemos imágenes de resonancia magnética de mama (RMN), algunas revisiones mencionan que estas lesiones pueden tener realce intenso con gadolinio y curvas de captación, velocidad y lavado no concluyentes por lo que este método no

permite catalogar a estas lesiones como benignas en todos los casos (1, 2, 4).

Debido a que los hallazgos clínicos e imagenológicos podrían simular patología maligna de la mama, en las mayorías de los casos se precisa de la confirmación histopatológica para el diagnóstico definitivo. Por lo general, la conducta a seguir en estos pacientes depende de la cantidad de lesiones, en caso de lesión única podría optarse por biopsia escisional. En pacientes con lesiones múltiples o recurrentes podría elegirse biopsia guiada por ecografía y una vez revelado el diagnóstico de benignidad establecer seguimiento (3, 4).

Se estima un grado de recurrencia elevado, de aproximadamente el 32% y no hay evidencia que avale que la ML predisponga al desarrollo del cáncer de mama (5).

Se plantean diversos diagnósticos diferenciales, el más nombrado es el carcinoma de mama. También se mencionan la mastitis de células plasmáticas, mastitis granulomatosas, linfoma no Hodgkin, tejido fibrótico, lesiones de tipo traumáticas, cambios fibroquísticos, panarteritis nodosa, enfermedad de Rosai-Dorfman y en caso de los hombres la ginecomastia (4, 5).

## Conclusión

La ML es una enfermedad benigna de la mama que ocurre frecuentemente en mujeres en período premenopáusico, generalmente como complicación de la diabetes insulino-requiriente de larga evolución, así como también en enfermedades autoinmunes, endócrinas y sujetos sanos. Su etiología continúa siendo desconocida aunque se apoya la teoría de origen autoinmune. Clínicamente se presenta como nódulos palpables por lo general firmes y poco dolorosos. El hallazgo mamográfico más frecuente es la asimetría, aunque pueden observarse opacidades nodulares o presentarse sin lesiones evidentes. La ecografía es la técnica por imágenes de mayor utilidad en esta patología ya que revela la presencia de nódulos sólidos irregulares con sombra acústica posterior, que imitan a lesiones malignas. Esto determina la realización de biopsia para establecer el diagnóstico definitivo, la que podrá ser de tipo escisional o biopsia guiada por ecografía dependiendo del caso.

---

## Bibliografía

- 1- Masaru O, Motoko S, Toru L, et al. A case of lymphocytic mastopathy requiring differential diagnosis from primary breast lymphoma. *Breast Cancer* 2009; 16:141–146.
- 2- Selma RV, Herrero JC, Rubio CM, et al. Mastopatía diabética: clínica, hallazgos radiológicos y anatomopatológicos y tratamiento. *Radiología* 2011; 53(4):349—354.
- 3- Camuto PM, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy. A report of 5 cases and a review of the literature. *Arch Surg* 2000; 135:1190-1193.
- 4- Pereira MA, de Magalhães AV, da Motta LD, et al. Fibrous mastopathy: Clinical, imaging, and histopathologic findings of 31 cases. *J Obstet Gynaecol Res* 2010; 36 (2): 326–335.
- 5- Alhabshi SM, Rahmat K, Westerhout CJ, Latar NH, Chandran PA, Aziz S. Lymphocytic Mastitis Mimicking Breast Carcinoma, Radiology and Pathology Correlation: Review of Two Cases. *Malays J Med Sci* 2013; 20(3): 83-87.