



Mastitis granulomatosa crónica, reporte de nueve casos, y el hallazgo de *Mycobacterium fortuitum* en un caso

Javier A. Infante ¹
Alfredo G. Guerreros ¹

RESUMEN

Se presentan nueve casos con diagnóstico histológico de mastitis granulomatosa crónica, luego de haberse realizado estudio histológico en resecciones quirúrgicas de lesiones en mama. En todos los casos, estas lesiones fueron inicialmente abordadas quirúrgicamente con fines diagnósticos y terapéuticos. En uno de los casos se logró identificar de *Mycobacterium fortuitum* en el cultivo. Se revisó la epidemiología, cuadro clínico, estudios por imágenes, hallazgos quirúrgicos, resultados histopatológicos, y evolución de todos los casos.

Summary

*We show nine patients with a histologic diagnosis of having mastitis granulomatous chronic. In all cases, the first approach to the lesions was by surgery for diagnosis and treatment. The medium of culture was positive for *Mycobacterium fortuitum* in one patient. We described the epidemiology, clinical, images, surgical findings, pathology, and the evolution of each case.*

Palabras clave: Mastitis tuberculosa. Micobacteria no tuberculosa. Tuberculosis de mama.

Keywords: *Non-tuberculous mycobacterium. Tuberculous mastitis. Tuberculosis of the breast.*

1. Servicio de Cirugía General y Oncológica, Clínica Internacional, Lima, Perú.
2. Servicio de Neumología, Clínica Internacional, Lima, Perú.

Cómo citar el artículo: Guerreros AG, Infante JA. Mastitis granulomatosa crónica, reporte de nueve casos, y el hallazgo de *Mycobacterium fortuitum* en un caso. *Interciencia RCCI.* 2020;10(1):

Introducción

La mastitis granulomatosa crónica (MGC), es una entidad que afecta la mama, es rara, benigna y de características inflamatorias, los factores asociados propuestos son muchos y no han sido del todo dilucidados ni aceptados. Se han propuesto factores autoinmune, hiperprolactinemia y factores infecciosos. La presentación clínica y radiológica en muchos casos puede confundirse con patología maligna o con un absceso, así, esta entidad se encuentra en el grupo de diagnósticos diferenciales en patología de mama. Asimismo, existen distintas terapias descritas, escisión quirúrgica -15, tratamiento con corticoesteroides, y metrotexate.

El objetivo del presente reporte de casos es mostrar las características clínicas, anatomía patológica, y tratamiento, en nueve casos tratados durante el periodo 2011-2012 en nuestra institución.

Pacientes y Métodos

Se revisaron retrospectivamente casos de MGC, a partir de los registros en la Clínica Internacional de Lima, Perú. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico histopatológico de mastitis granulomatosa durante los años 2011 y 2015 registrados en la Clínica Internacional.

La búsqueda de información se realizó a partir del registro de los diagnósticos, a los que se accedió desde el área de informática de la institución, en donde se encuentra la información de los pacientes categorizada por diagnóstico, lugar de atención, mes, año y médico tratante. Las variables consideradas fueron: signos y síntomas, lugar anatómico de la lesión, lugar

de procedencia, diagnóstico por imágenes, diagnóstico anatomopatológico, diagnóstico microbiológico, tratamiento, y evolución luego del tratamiento. La información fue consignada en la historia clínica de cada paciente, de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos, resultados de imágenes, histología, así como la información concerniente al tratamiento. Los diagnósticos de imágenes, microbiológico y de anatomía patológica fueron realizados dentro de la institución.

Resultados

Se recopilaron nueve casos de mastitis granulomatosa crónica, todos los pacientes fueron de sexo femenino, la edad media fue de 35,4 años y el rango de edad fue de 26 a 61 años. Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de importancia. La epidemiología de los casos muestra a este grupo de pacientes, casadas, en edad reproductiva, de nivel socioeconómico medio, y provenientes de distritos con alta densidad demográfica y elevados índices de pobreza. Se notó además que los casos se presentan por periodos de dos años, seguidos por lapsos donde no hay casos.

Localización, en seis casos se presentó en la mama derecha y en tres en la mama izquierda. El diagnóstico inicial en dos casos fue tumor mamario; en seis, mastitis; y en uno, enfermedad fibroquística. Al estudiar el compromiso ganglionar o linfático se encontró que la gran mayoría no lo presentaba (ocho casos), solo una paciente (paciente 6) presentó compromiso ganglionar único. En ocho casos, el primer acercamiento diagnóstico fue mediante ecografía del área afectada. Para el caso de presentación ganglionar, el primer intento de diagnóstico fue mediante tomografía computarizada.

En el estudio ecográfico los resultados fueron muy similares en la mayoría de casos, la descripción se caracterizó por “imágenes anecogénicas o hipoecogénicas con bordes mal definidos”, el tamaño de las imágenes varió entre 3 mm y 30 mm de diámetro, en ninguno de los casos se encontró compromiso de ganglios; la ecografía fue descrita de manera distinta en dos casos: para la paciente 6, donde se detalló: “imagen ovalada, de bordes irregulares, medianamente homogénea, sin actividad vascular al examen doppler”; y para la paciente 7, donde se describió una “imagen que presenta aumento de ecogenicidad, sin compromiso ganglionar”.

En todos los casos se decidió resección quirúrgica y drenaje con fines terapéuticos y diagnósticos; la descripción de los hallazgos quirúrgicos en casi todos los casos fue “tejido afectado de consistencia gelatinosa, mal delimitado, incremento de la vascularización, y presencia de micro abscesos que confluyen”. Se enviaron las piezas operatorias para estudio. El resultado de anatomía patológica, que fue el criterio de selección para el presente estudio, fue mastitis crónica granulomatosa, presencia de células gigantes multinucleadas y áreas con abscesos en todos los casos.

En todos los casos se estudió minuciosamente la posibilidad de Mycobacterium como agente etiológico, se estableció como protocolo para descartar de tuberculosis pulmonar. Solo en dos (pacientes 6 y 9) del total de casos, se encontraron síntomas respiratorios. En todos los casos se realizó radiografía de pulmón, y en la totalidad el resultado fue normal; en los nueve casos se realizaron tinciones y cultivos para Mycobacterium en el tejido extraído durante la cirugía, y en todos ellos las tinciones de Ziehl-

Nilsen fueron negativas y uno de los cultivos para Mycobacterium, (paciente 7) resultó positivo y se identificó Mycobacterium fortuitum. Uno de los casos (paciente 9) tenía el antecedente del cónyuge con tuberculosis en la juventud. La prueba de PPD resultó positiva en dos pacientes (pacientes 6 y 9). En los nueve casos se inició tratamiento estándar para tuberculosis, así como seguimiento y descarte a familiares de los pacientes; con la paciente 7 se cambió el tratamiento luego de conocerse el agente etiológico. En ocho casos la evolución clínica y controles ecográficos fue favorable; la paciente 7, tras recibir tratamiento durante dos meses, recibió un golpe en la mama que generó inflamación y posterior drenaje y secreción.

Tabla 1. Total de los casos agrupados por grupo etario

GRUPO ETARIO	N	%
20-29 años	1	11,1 %
30-39 años	7	77,8 %
40-49 años	0	0,0 %
50-59 años	0	0,0 %
60 a más años (paciente 6)	1	11,1 %

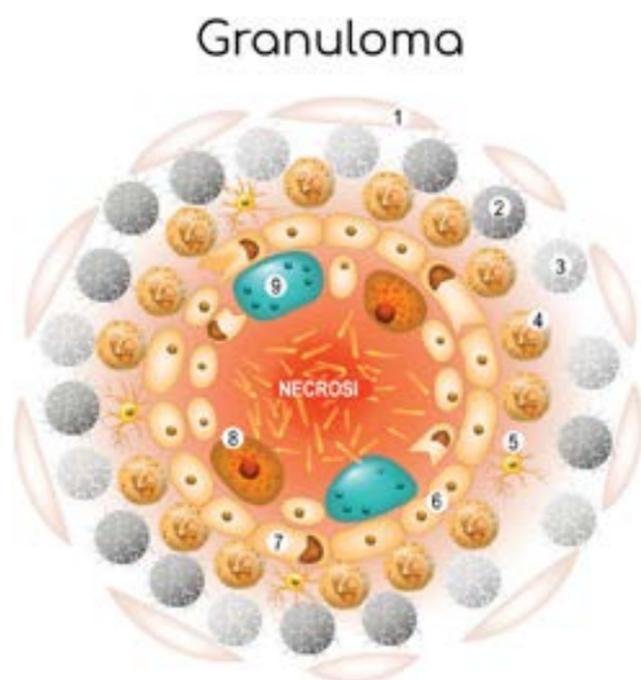
Tabla 2. Descripción de signos y síntomas encontrados en los nueve casos presentados.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	N	%
Dolor	8	88,9 %
Aumento de volumen de la mama	5	55,6 %
Cambios en la piel de la mama afectada	4	44,4 %
Enrojecimiento	4	44,4 %
Tumefacción	3	33,3 %
Fístula y secreción purulenta	3	33,3 %
Quemazón	2	22,2 %
Nódulo retroareolar	1	11,1 %

Discusión

No existe un consenso para la definición de esta entidad, en muchas ocasiones se pretende adoptar nomenclaturas en relación a posibles etiologías, pero no siempre terminan siendo aceptadas, lo cual se debe a lo poco que se conoce de la etiología. Existen estudios donde se evalúa la diferencia entre mastitis crónica granulomatosa idiopática (MCGI) y mastitis tuberculosa, la MCGI se basa en una hipótesis autoinmune¹, sin embargo, representa un reto pues no se conoce su causa, Bani-Hani y colaboradores han propuesto que la MCGI no es más que la infección por tuberculosis sin diagnosticar, y al igual que nosotros, ellos hacen notar que la gran mayoría de casos proviene de países en vías de desarrollo, el patrón histopatológico es idéntico, y la gran dificultad para encontrar los bacilos en ácido alcohol resistente en los cortes histológicos, así como la presentación clínica son muy similares, nuestros resultados ecográficos también son bastante similares a los encontrados en otros casos reportados como MCGI.

En conclusión, dadas las características clínicas, epidemiológicas, quirúrgicas, histológicas y el hallazgo de Mycobacterium fortuitum en el cultivo de uno de las pacientes, consideramos que la causa es principalmente infecciosa y específicamente por el género Mycobacterium.



Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguna.

Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto al presente manuscrito.

Referencias

1. Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol.*1972;58(6):642-6.
2. Veysiére C, Vives M, Smadja A. Difficultés diagnostiques de la tuberculose mammaire. Le problème de la mastite granulomateuse. *Lille Chir.* 1967;22:104-9.
3. Lacambra M, Thai TA, Lam CC, Yu AM, Pham HT, Tran PV, et al. Granulomatous mastitis: the histological differentials. *J Clin Pathol.* 2011;64(5):405-11.
4. Ozel L, Unal A, Unal E, Kara M, Erdođdu E, Krand O, et al. Granulomatous mastitis: is it an autoimmune disease? Diagnostic and therapeutic dilemmas. *Surg Today.* 2012;42(8):729-33.
5. Letourneux C, Diemunsch P, Korganow AS, Akladios CY, Bellocq JP, Mathelin C. First report of granulomatous mastitis associated with Sjögren's syndrome. *World J Surg Oncol.* 2013;11:268.
6. Zhang LN, Shi TY, Yang YJ, Zhang FC. An SLE patient with prolactinoma and recurrent granulomatous mastitis successfully treated with hydroxychloroquine and bromocriptine. *Lupus.* 2014;23(4):417-20.
7. Stary CM, Lee YS, Balfour J. Idiopathic granulomatous mastitis associated with corynebacterium sp. *Infection.* *Hawaii Med J.* 2011;70(5):99-101.
8. Binelli C, Lorimier G, Bertrand G, Parvery F, Bertrand AF, Verrielle V. Granulomatous mastitis and corynebacteria infection. Two case reports. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1996;25(1):27-32.
9. Eroztgen F, Ersoy YE, Akaydin M, Memmi N, Celik AS, Celebi F, et al. Corticosteroid treatment and timing of surgery in idiopathic granulomatous mastitis confusing with breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;123(2):447-52.
10. Pouchot J, Foucher E, Lino M, Barge J, Vinceneux P. Granulomatous mastitis: an uncommon cause of breast abscess. *Arch Intern Med.* 2001;16:611-2.
11. Takano J, Priale P. Mastitis crónica granulomatosa idiopática: reporte de un caso. *Rev peru med exp salud pública.* 2010;27(4):635-7.
12. Pérez JA, Bohle J, Sánchez G, Carrasco C, Mariángel P. Mastitis granulomatosa idiopática: Diagnóstico y tratamiento en 14 casos. *Rev Chil Cir.* 2007;59(4):259-63.
13. Akcan A, Oz AB, Dogan S, Akgün H, Akyüz M, Ok E, et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis: Comparison of Wide Local Excision with or without Corticosteroid Therapy. *Breast Care (Basel).* 2014 May;9(2):111-5.
14. DeHertogh DA, Rossof AH, Harris AA, Economou SG: Prednisone management of granulomatous mastitis. *N Engl J Med.* 1980;303:799-800.
15. Akbulut S, Yilmaz D, Bakir S. Methotrexate in the management of idiopathic granulomatous mastitis: review of 108 published cases and report of four cases. *Breast J.* 2011;17:661-8.
16. Boufettal H, Hermas S, Noun M, Samouh N. Mastite granulomateuse idiopathique bilatérale. *Imagerie Femme.* 2009;19:262-4.
17. Seo HR, Na KY, Yim HE, Kim TH, Kang DK, Oh KK, et al. Differential diagnosis in idiopathic granulomatous mastitis and tuberculous mastitis. *J Breast Cancer.* 2012;15(1):111-8.
18. Bani-Hani KE, Yaghan RJ, Matalka II, Shatnawi NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: time to avoid unnecessary mastectomies. *Breast J.* 2004;10:318-22.
19. Han BK, Choe YH, Park JM, Moon WK, Ko YH, Yang JH, et al. Granulomatous mastitis: mammographic and sonographic appearances. *AJR Am J Roentgenol.* 1999;173:317-20.
20. Akcan A, Akyildiz H, Deneme MA, Akgun H, Aritas Y. Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem. *World J Surg.* 2006;30:1403-9.

Correspondencia:

Javier A. Infante
 Servicio de Cirugía general y oncológica
 Clínica Internacional
 Av. Garcilaso de la Vega 1420. Lima, Perú.
E-mail: jaid21@hotmail.com