

Mastitis granulomatosa idiopática en adolescente, un caso inusual

Idiopathic granulomatous mastitis in an adolescent, an unusual case

Lyanne Paola Mesa Huérfano¹; Ginna Jessenia Puentes Poveda²; Cindy Carolina Castillo Bayona³; Rober Daniel Otero López⁴; Lorena García Agudelo⁵

Resumen

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad de curso crónico y benigno, de baja frecuencia, con mayor incidencia en edad reproductiva, su diagnóstico es histopatológico, tiene amplio espectro de características clínicas y puede simular enfermedad maligna, sin manejo terapéutico definido. Se presenta caso de paciente femenina de 15 años con tumefacción en mama izquierda, que requirió antibióticos de amplio espectro por choque séptico secundario y realizaron diagnóstico histopatológico de mastitis granulomatosa de origen idiopático, con evolución final adecuada. La MGI representa un reto diagnóstico que requiere estudios imagenológicos e histológicos, su tratamiento se basa en manejo quirúrgico y farmacológico con corticoides y seguimiento dada la alta frecuencia de la recurrencia.

Palabras clave: mastitis; absceso; mastitis granulomatosa; infección; idiopático.

Abstract

Idiopathic granulomatous mastitis (IGM) is a chronic and benign disease, of low frequency, with higher incidence in reproductive age, its diagnosis is histopathological, it has a wide spectrum of clinical features and can simulate malignant disease, without defined therapeutic management. We present the case of a 15-year-old female patient with tumefaction in the left breast, who required broad-spectrum antibiotics due to secondary septic shock and histopathological diagnosis of granulomatous mastitis of idiopathic origin, with adequate final evolution. MGI represents a diagnostic challenge that requires imaging and histological studies, its treatment is based on surgical and pharmacological management with corticosteroids and follow-up given the high frequency of recurrence.

Keywords: mastitis; abscess; granulomatous mastitis; infection; idiopathic.

1. Médico General Servicio de Pediatría, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia.;  <https://orcid.org/0000-0002-9211-590X>
2. Médico General, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal;  <https://orcid.org/0000-0002-6693-1356>
3. Especialista en Pediatría, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia;  <https://orcid.org/0009-0003-7473-4859>
4. Especialista en Pediatría, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia;  <https://orcid.org/0000-0002-2371-6736>
5. Especialista en Epidemiología, Magister VIH/SIDA, Proceso de Investigación, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia;  <https://orcid.org/0000-0001-9557-0900>



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Recibido: 20-03-2024

Aceptado: 10-06-2024

Publicado: 01-02-2025

DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol33/1/2025/87-92

*Correspondencia autor: dr.lorenagarcia29@gmail.com

Introducción

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI), también conocida como mastitis lobulillar granulomatosa, corresponde a una rara patología benigna inflamatoria, de origen desconocido, descrita por primera vez en 1972 por Kessler y Wolloch^{1,2}. El curso de esta enfermedad puede ser recurrente y generalmente afecta a mujeres con antecedente de lactancia o hiperprolactinemia y se presenta en la premenopausia³, puede ser una complicación secundaria de tuberculosis, sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, sífilis, infección por *Corynebacterium*, reacción a cuerpo extraño, vasculitis, infecciones fúngicas o parasitarias^{2,4} y también se ha relacionado a factores como traumatismos y al uso de los anticonceptivos orales^{5, 6}. Han considerado que inicia por un daño en el epitelio ductal con extravasación de secreciones lácteas en el tejido conjuntivo lobulillar, y esto conduciría a una respuesta inflamatoria local de tipo granulomatoso⁷⁻⁹. Se presenta como una tumoración mamaria dolorosa unilateral en mujeres jóvenes entre los 17 a 42 años, que suele asociarse a signos inflamatorios cutáneos, y puede acompañarse de úlceras, abscesos y fístulas⁸.

El diagnóstico constituye un gran desafío este se basa en la clínica y en toma de imágenes diagnósticas como ultrasonografía mamaria y la mamografía por cuanto la presentación frecuentemente simula el carcinoma de mama inflamatorio, por lo que la biopsia es obligatoria para la confirmación anatomopatológica^{10, 11}.

El tratamiento consiste en manejo quirúrgico y farmacológico con corticoides, inmunomoduladores y vigilancia estrecha, las recaídas pueden ocurrir en el 50%, por eso el tratamiento debe ser continuo y a largo plazo¹².

Presentamos un caso de MGI confirmado por biopsia, de paciente en edad inusual para esta patología destacando las características clínicas y el reto diagnóstico que representó.

Caso clínico

Paciente femenina de 15 años, escolar, procedente de área rural, con antecedente de consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas (cannabis); antecedentes gineco obstétricos: menarquia a los 12 años, ciclo regular de 30 x 5 días, negó antecedente de vida sexual activa.

Consultó por cuadro clínico de mastalgia, sensación de masa en mama izquierda, edema, eritema y calor de 1 día de evolución, refirió que no recibió tratamientos. Examen físico Fc: 133 X Min Fr: 19 X Min Ta: 80 / 51 MmHg Temp: 36,4 °c, Peso: 48,00 Kg Talla: 150,00 Cms IMC: 21,33 Categoría: Peso Normal. Exploración física detectaron tumefacción en mama izquierda aumentada de tamaño, con eritema periareolar de aproximadamente 10 cm, dolorosa a la palpación, sin otros hallazgos positivos en el examen.

Con respecto a los estudios que ordenaron: estudio ultrasonográfico: (**Figura 1**) que reporto: Proceso inflamatorio-infeccioso en mama izquierda.

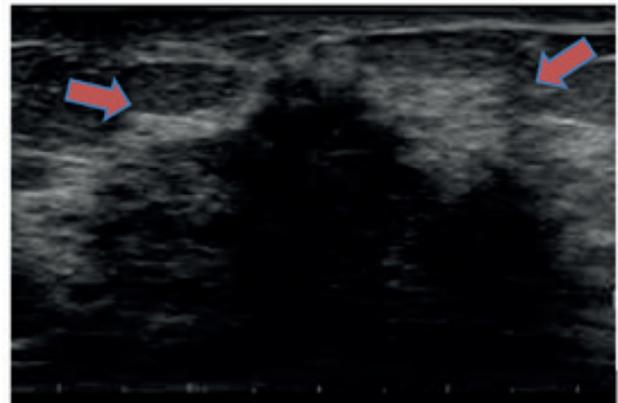


Figura 1. Ultrasonografía de mama izquierda. con aumento del volumen y ecogenicidad del tejido celular subcutáneo y mamario, con presencia de bandas líquidas sin evidencia de colecciones.

En cuanto al plan de manejo administraron antibióticos y antiinflamatorios (oxacilina 2 gramos intravenoso cada 4 horas, suspendida al segundo día, clindamicina 600 mg

Intravenoso cada 6 horas por 7 días) en contexto de celulitis de mama izquierda.

La evolución fue tórpida con extensión de signos inflamatorios a tejidos vecinos región claviclar izquierda, esternón, región subcostal, axilar y al dorso y presencia de tumefacción, la analítica mostró aumento gradual de leucocitosis con neutrofilia, formas inmaduras de estirpe mieloide y demás marcadores alterados (Tabla 1) consideraron que la paciente cursaba con sepsis de origen en tejidos blandos de mama izquierda, asociado a lesión renal aguda de origen prerrenal y renal, disfunción multior-

gánica, gases arteriales con acidosis respiratoria, con requerimiento de vasopresor, por lo cual remitieron a unidad de cuidados intensivos con escalonamiento de antibioterapia a cefepime 2 gramos intravenoso cada 8 horas por 7 días, amikacina 1 gramo intravenoso cada 24 horas por 8 días, continuando con vancomicina 500 miligramos intravenoso cada 6 horas por 15 días según la respuesta, los hemocultivos N° 1, N° 2 reportaron negativos, los cultivos especiales para microorganismos reportaron negativos a las 48 horas de incubación para gérmenes aerobios, el urocultivo reportó negativo.

Tabla 1. Analítica y laboratorios de la paciente.

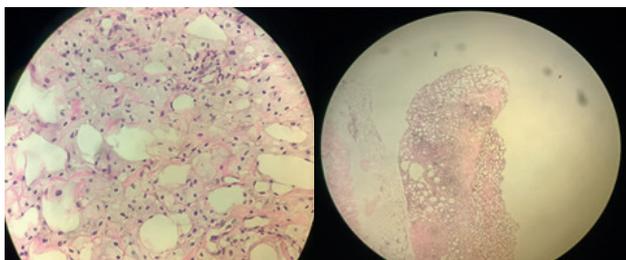
PARÁMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
Leucocitos	25.14 * 10 ³ /Mm ³	4.000-10.000/mm ³
Neutrófilos	82%	40-75%.
Monocitos	2%	2-10%.
Eritrocitos	4.88 * 10 ⁶ /Mm ³	1.500-4.000/mm ³ ó 20-45%.
Cayados	3%	0
Hematocrito	34.3 %	35,5 % - 44,9 %
Hemoglobina	12 g/dl	11,6 - 15 gramos/dl
Plaquetas	214 * 10 ³ /mm ³	150.000 y 400.000 por mm ³ .
Procalcitonina	34.57 Ng/ml	< 0.5 Ng/ml
Transaminasa Pirúvica	960 u/l	5-60 u/l.
Transaminasa Oxalocética	463 u/l	10 a 34 u/l
Albúmina	2.94 g/dl	3,4 - 5,4 g/dl.
Potasio	4.32 mmol/l	3.7 -5.2 mmol/l
Sodio	140 mEq/l	136 - 145 mEq/l
Magnesio	1.72 mg / dl	1,7-2,2 mg/l
Calcio	7.8 mg/dl	8,5-10,2 mg/l
Cloro	104.2 mmol/l	96 - 106 mmol/l
Fosfatasa Alcalina	118 u/l	44 -147 u/l
Bilirrubina Total	2.45 mg/dl	0.1 - 1.2 mg/dl
Bilirrubina Directa	2.10 mg/dl	0.3 mg/dl
Deshidrogenasa Láctica	1058 u/l	140 - 280 u/l
Nitrógeno Ureico	29.5 mg / dl	6 - 20 mg/dl
Creatinina	1.40 mg / dl	0.7 - 1.3 mg/dl
Lactato	2.1 mmol/l	<2 mmol/l
T. De Protrombina	39.5 Seg	10 - 12,5 segundos
K.P.T.T.:	43.2 Seg	20 - 40 segundos.
Proteína C Reactiva	24 mg/l	< 6 mg/l
Beta HCG:	< 2.00 mui/ml	< 5 mUI/mL

Fuente: Registros clínicos- Software DHG-HORO

Recibió manejo con curaciones avanzadas, posterior al manejo antibiótico, presentó disminución y control de la progresión de los signos inflamatorios (**Figuras 2,3,4**), tomaron biopsia para estudio histopatológico, la cual reporta una mastitis granulomatosa (**Figuras 4 y 5**), las tinciones especiales y el cultivo para micobacterias no arrojaron ningún resultado, por lo cual fue considerada idiopática.



Figuras 2, 3, 4: Mama izquierda con presencia de lesiones ulcerativas confluentes en ambos cuadrantes inferiores, eritema y destrucción de la superficie epitelial se evidencia la evolución hacia el control del proceso infeccioso sobreagregado.



Figuras 5 y 6: Corte histopatológico hematoxilina a4x, con datos de inflamación fragmentos cilíndricos de tejido de color pardo amarillentos, el mayor mide 1x0.2 cm y el menor de 0.8x0.2 cm. Los cortes muestran glándula mamaria con inflamación aguda y crónica, en su mayoría el componente inflamatorio está formado por histiocitos reactivos, no hay evidencia de malignidad.

La paciente fue remitida a un nivel de mayor complejidad para complementar estudios y descartar patologías de base. Al egreso del hospital, presentaba el proceso infeccioso controlado, y debía continuar con vigilancia por parte de cirugía plástica y cuidados de piel. Posteriormente la paciente acudió a seguimiento por ginecología indicando remisión de los síntomas y concluyeron que la mastitis se consideraba idiopática dado que los estudios realizados para descartar diagnósticos diferenciales reportaron negativos.

Discusión

La mastitis granulomatosa es una entidad de origen incierto y se ha relacionado directamente con daño a nivel del epitelio ductal que ocasiona la transición de las secreciones lumbinales y tejido graso con altas en proteínas hacia el tejido lobar generando una inflamación local circunscrita y con la respuesta inflamatoria típica de migración de macrófagos y linfocitos regionales¹³.

Á.M. González Aranda et al, presentaron un caso de una mujer de 44 años con mastitis granulomatosa complicada con un absceso por *Gordonia sputi*, que requirió manejo integral quirúrgico y antibióticos¹⁴, muy similar al caso que presentamos, donde se asoció a proceso infeccioso, donde no se logró aislar el germen sobreagregado.

Santiago- Sanabria L. et al., describieron un caso en mujer de 35 años con tumefacción de 7 meses de evolución en mama izquierda y retracción del pezón con cambios de

coloración que simulaba síntomas de una neoplasia a la cual por estudio histopatológico le realizaron el diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática con respuesta favorable al tratamiento farmacológico¹⁵.

En un estudio realizado a ocho casos que fueron refractarios al tratamiento instaurado con lavado quirúrgico, antibióticos, administración de corticoides y metotrexato, encontraron una respuesta favorable en las pacientes al administrar manejo con mifepristato de mofetilo, indicando que al aparecer es exitoso tanto en la recurrencia como en la desaparición de la enfermedad¹⁶.

En un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en Medellín donde identificaron 18 casos de MGI la edad media encontrada fue de 30 años, con rango entre 23 y 39 años, similar a lo reportado por otros autores¹⁷, por el contrario, en el caso que presentamos la edad es de 15 años, inusual para esta patología, donde la mayoría de las pacientes tienen antecedentes recientes de embarazo y lactancia¹⁸, antecedentes que este caso no presentaba.

Contribución de los autores:

a) Concepción, planificación y diseño del trabajo: CCCB, LPMH, LGA.

b) Análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito: CCCB, LPMH, RDOL, GJPP y LGA.

c) Aprobación de su versión final: LGA, LPMH

d) Aporte de paciente o material: CCCB, RDOL.

e) Asesoría técnica o administrativa: todos los autores.

Conflicto de interés: Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Financiación: este trabajo de investigación no recibió financiación.

Consideraciones éticas: este manuscrito cuenta con el consentimiento informado firmado por los padres de la paciente, autorizando el uso de los registros clínicos e imágenes con fines investigativos.

Agradecimiento:

Los autores agradecemos al Hospital Regional de la Orinoquía por el apoyo prestado para el desarrollo de este proyecto de investigación.

Bibliografía

1. **Grover, H., Grover, S. B., Goyal, P., Hegde, R., Gupta, S., Malhotra, S., ... & Gupta, N.** Clinical and imaging features of idiopathic granulomatous mastitis-The diagnostic challenges and a brief review. *Clinical imaging*. 2021; 69: 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.06.022>
2. **Tuesta Panduro, I. M.** Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con mastitis crónica atendidas en el servicio de medicina, en el Hospital II-2 de Tarapoto, en el periodo 2018-2020. 2021. <http://hdl.handle.net/11458/4166>
3. **Pluguez-Turull, CW, Nanyes, JE, Quintero, CJ, Alizai, H., Mais, DD, Kist, KA y Dornbluth, NC.** Mastitis granulomatosa idiopática: manifestaciones en imágenes multimodales y trampas. *Radiografías*. 2018; 38 (2): 330-356. <https://doi.org/10.1148/rg.2018170095>
4. **Comas, A. G. V., Caravajal, J. G., Marco, V. S., Diana, C. F., Ferrer, F. V., Esteban, M. B., & Fernández, C. Z.** Etiología de la mastitis crónica: propuesta de secuencia diagnóstica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2018; 45(3): 98-108. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2016.07.006>
5. **Mercado Sánchez, G. G.** Aspectos epidemiológicos y clínicos en pacientes con mastitis granulomatosa en el departamento de gineco-obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue-2019. 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/2882>
6. **Torres Negro, C. T.** Mastitis granulomatosa idiopática en una mujer en edad reproductiva en un Hospital privado de la ciudad de Quito-Ecuador. 2020. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/18618>

7. **Ximenes, B. D., Gómez, E. P., Vilavedra, G. C., Rodríguez, F. T., & Gutiérrez, S. P.** Revisión radiológica de la mastitis granulomatosa. *Seram*. 2018; 2(1). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8188>
8. **Rahmani M, Pourashraf M.** A review of imaging findings of idiopathic granulomatous mastitis: Imaging of IGM. *Arch Breast Canc*. 2022; 9(3-SI):255–60. <https://doi.org/10.32768/abc.202293SI255-260>
9. **Erreis, S. S. C., & Aguirre, M. A. C.** Presentación clínica y hallazgos radiográficos de pacientes con diagnóstico histopatológico de mastitis granulomatosa idiopática. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*. 2022; 21(2): 1-8. <https://doi.org/10.36015/cambios.v21.n2.2022.878>
10. **Anguiano-Yazbek, R., & Ávila-Toscano, A.** Mastitis granulomatosa: un reto para el diagnóstico. *Cirugía Plástica*. 2017; 26(2): 82-87. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70944>
11. **Pérez-Velázquez, E. I., Espinosa-Valencia, K. M., Rosas-Baldazo, D., & Ibarra-Patiño, R.** Mastitis granulomatosa idiopática: características demográficas, clínicas e imagenológicas en una serie de casos. *Ginecología y obstetricia de México*. 2020; 88(9): 598-605. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i9.4440>
12. **Gómezpedroso-Rea, J., Iturralde-Rosas-Priego, P., & Flores-Alatriste, J. D.** Mastitis granulomatosa idiopática: características clínicas y tratamiento de una serie de casos. *Ginecología y obstetricia de México*. 2019; 87(6): 385-391. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i6.3073>
13. **Pérez, A. R., Novo, S. R., Domingo, Á. G., & Cabrera, J. N.** Mastitis granulomatosa: desafío diagnóstico y terapéutico en paciente joven. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2022; 49(1): 100714. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100714>
14. **Aranda, Á. G., Sánchez, S. Á., Velasco, F. A., Gómez, E. M., Sánchez, N. G., Rufo, M. L., ... & Goñi, Á. Z.** Mastitis granulomatosa idiopática complicada con absceso de mama producido por *Gordonia sputi*, caso clínico. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2022; 49(2): 100739. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100739>
15. **Santiago-Sanabria, L., Garza-Arrieta, J., Tesone-Lasman, J. E., Benardete-Harari, D. N., & Cortés-Rubio, J. L.** Mastitis granulomatosa: una simuladora de cáncer, un gran reto diagnóstico y terapéutico. *Ginecología y obstetricia de México*. 2022; 90(05): 448-455. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.6954>
16. **Durán, M. A. M., Salinero, C. G., Sanchez, M. A., Freijanes, M. P. S., Romero, J. R. V., & Oses, J. J. M.** Avance en el tratamiento de la mastitis granulomatosa idiopática: utilidad de micofenolato de mofetilo. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 2022; 35(1): 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.03.003>
17. **Bonilla-Sepúlveda Óscar A.** Mastitis granulomatosa en centros de referencia en Medellín (Colombia), 2019. Estudio descriptivo. *Cir. cir.* 2021 ;89(3):369-376. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000431>
18. **Baslaim MM, Khayat HA, Al-Amoudi SA.** Idiopathic granulomatous mastitis: a heterogeneous disease with variable clinical presentation. *World J Surg*. 2007;31:1677-81. <https://doi.org/10.1007/s00268-007-9116-1>

Cómo citar: Mesa Huérfano LP, Puentes Poveda GJ, Castillo Bayona CC, Otero López RD, García Agudelo L. Mastitis granulomatosa idiopática en adolescente, un caso inusual. *MetroCiencia*. 1 de febrero de 2025; 33(1):87-92. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/585>