

Mastopatía diabética: una entidad infrecuente a diferenciar

Dres Arturo M Gorodner,¹ Ofelia Zibelman,² Roxana Lenkovich,³ Lucía Borda⁴

¹ Profesor Adjunto de Anatomía, Facultad de Medicina, UNNE.

² Profesora Titular de Histología, Facultad de Medicina, UNNE; Jefa del Departamento Investigación.

³ Jefa Instructora Clínica Médica, Sanatorio Frangioli, Resistencia, Chaco.

⁴ Servicio de Ginecología., Hospital José R Vidal, Corrientes Capital.

Resumen

Antecedentes. La diabetes mellitus produce microvasculitis y alteración histoarquitectural de la mama. Se encuentra en el 1% de la mastopatía benigna. Sin embargo, la distorsión del parénquima produce sintomatología inflamatoria clínicamente similar a las mastopatías inflamatorias infecciosas. Su diagnóstico imagenológico es, a su vez, de gran dificultad interpretativa. Estos parámetros inespecíficos desembocan en tratamientos que no logran eficacia en la enfermedad, más aún si se ignora el contexto de la enfermedad de origen, la cual es sistémica. **Objetivos.** Destacar la importancia del diagnóstico diferencial de esta infrecuente entidad patológica. **Material y Métodos.** Se revisaron historias clínicas de un servicio de mastología por el término de seis meses a efectos de recabar información estadística. Población. Se estudiaron dos pacientes en un universo de más de cien historias clínicas abordadas. **Resultados.** Histológicamente, estas pacientes presentaron rasgos microscópicos que consisten en una lobulitis linfocitaria que afecta al epitelio y gran vasculitis edematosa. El diagnóstico histológico es crucial para llegar al tratamiento. **Discusión y conclusiones.** La mastopatía de las pacientes diabéticas insulino dependientes es la manifestación crónica de eventos sistémicos, producida en un porcentaje muy bajo de pacientes con la enfermedad. La correcta interpretación clínica y mamográfica, además de la sospecha semiológica, desembocan en el adecuado tratamiento de esta enfermedad inserta en un contexto sistémico.

Palabras claves. Mastopatía, diabetes, diagnóstico, diferencial, cáncer.

Diabetic mastopathy: an uncommon entity to differentiate

Summary

Background. Diabetes mellitus occurs histoarquitectural microvasculitis and alteration of the breast. It is found in 1% of benign breast disease. However, distortion occurs

parenchymal inflammatory symptoms clinically similar to infectious inflammatory breast disease. Its diagnostic imaging is in turn highly interpretive difficulty. These nonspecific parameters lead to effective treatments that fail in the disease, especially if the context of disease origin is unknown, which is systemic. **Objectives.** To highlight the importance of the differential diagnosis of this rare disease entity. **Material and methods.** Clinical histories mastology service for a period of six months for the purpose of collecting statistical data were reviewed. **Population.** Two patients were studied in a universe of more than one hundred medical records addressed. **Results.** Histologically, these patients had microscopic features consisting lobulitis lymphocytic affecting large edematous epithelium and vasculitis. Histological diagnosis is crucial to get the treatment. **Discussion and conclusions.** Diabetic mastopathy in insulin dependent patients is chronic manifestation of systemic events produced in a very low percentage of patients with the disease. The correct clinical and mammographic interpretation, in addition to lead to suspicion semiológica proper treatment of this disease, inserted in a systemic context.

Key words. Mastopathy, diabetes, diagnosis, differential, cancer.

Antecedentes

La diabetes mellitus es una enfermedad que produce daño de la microvascularización de los tejidos, los que crónicamente se van deteriorando, dependiendo del tiempo de evolución y del tratamiento instituido. El tejido mamario no escapa a estas alteraciones, produciéndose fenómenos histopatológicos cuyos componentes conforman la denominada mastopatía diabética. Esta entidad, infrecuente (hasta el 1% de la patología mamaria benigna) y poco estudiada, fue descrita por primera vez por Soler y cols en 1984. Ha sido comunicada en pacientes con DBT mellitus tipo I, premenopáusicas inmunodeprimidas por hiperglucemia crónica. Produce desechos de glicosilación, los cuales se depositan extracelularmente generando autoanticuerpos por parte de los linfocitos B. El inconveniente clínico de esta patología es

Correspondencia. Dr Arturo Martín Gorodner
E-mail: artgorodner@yahoo.com

su baja frecuencia, el escaso índice de sospecha y el dificultoso diagnóstico diferencial con la mastopatía escleroquistica y el carcinoma lobulillar infiltrante. Pueden existir adenosis, hiperplasia ductal y metaplasia apócrina, las cuales no se presentan en la enfermedad fibroquistica. Para diferenciarla del carcinoma, son útiles los marcadores inmunohistoquímicos específicos. La mamografía demuestra imágenes inespecíficas. El tratamiento está ligado fundamentalmente a la enfermedad de base.

Objetivos

Destacar la importancia del diagnóstico diferencial de esta infrecuente entidad con el carcinoma poniendo énfasis en la sospecha clínica. Destacar la presentación de dos casos de mastopatía DBT en un servicio hospitalario en el término de seis meses.

Figura 1. Mastitis del cuadrante SE. Mama Derecha.



Figura 2. Ecografía. Distorsión ecográfica. Patrón inflamatorio edematoso. Nódulo difuso con sombra acústica posterior leve.

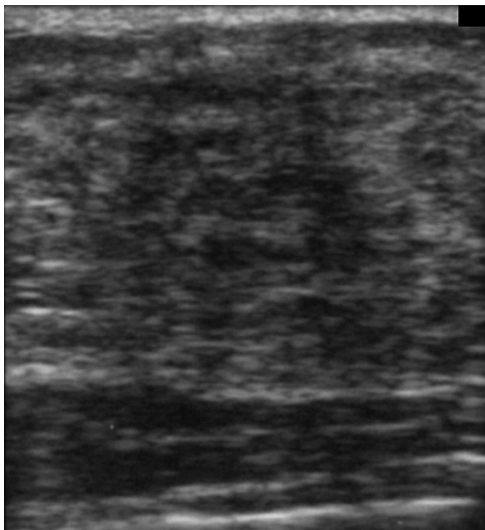


Figura 3. Mamografía. Proyección Medio Oblicuo-Lateral. Densidad difusa en ambos CSE. Nódulo MD.

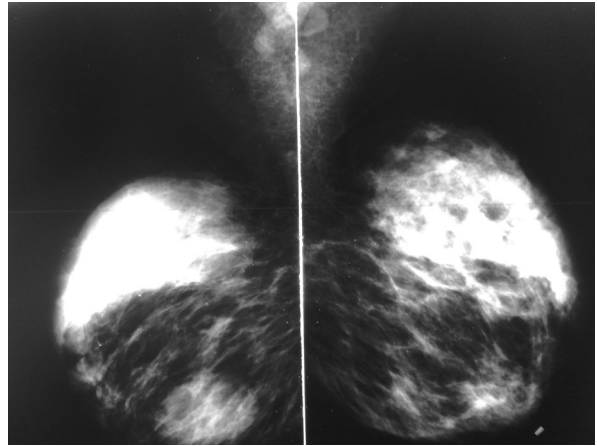
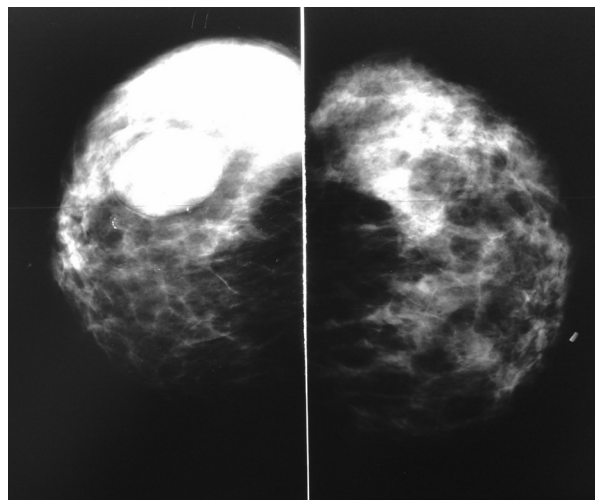


Figura 4. Mamografía. Proyección Cráneo Caudal. Densidad difusa en ambos CSE. Nódulo MD.



Material y métodos

Se revisaron historias clínicas de un servicio de mastología hospitalario en el término de dos años, hallándose dos casos de mastopatía diabética en pacientes insulinodependientes premenopáusicas de 37 y 41 años. Se correlacionaron los casos clínicos con los resultados de la descripción histopatológica. Se recabaron datos mamográficos y se efectuó diagnóstico diferencial con otras entidades.

Población

Se estudió una paciente premenopáusica de 37 años, con dolor mamario crónico, mamografía con imagen de distorsión parenquimatosa nodular, bordes irregulares BIRADS IV. Se le efectúa *core biopsy*, cuyo resultado correspondió a mastopatía diabética. Se investigó otra paciente de 41 años premenopáusica,

con dolor mamario bilateral, en tratamiento discontinuado por DBI insulinodependiente. ECO mamaria con alteración parenquimatosa fibroglandular difusa, sombra acústica posterior y mamografía con distorsión histoarquitectural a predominio nodular subareolar. Se le efectuó biopsia core con resultado de mastopatía diabética.

Figura 5. Mamografía Proyección MOL. Nodularidad difusa bilateral. Parénquima inflamatorio. Nódulo MD. Sólido predominante.



Descripción anaátomo-patológica

Microscopía: Se observa tejido mamario con estroma colagenoso de aspecto queiloide, con células epitelioides poligonales dispersas (miofibroblastos), atrofia lobular e infiltrado inflamatorio perivascular y lobulillar constituido principalmente por linfocitos.

Figura 6. Estroma colagenoso tipo queiloide. Células en huso en el estroma.

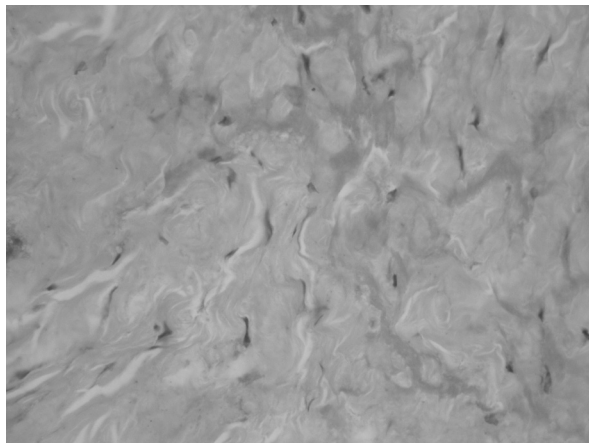


Figura 7. Células epitelioides poligonales en el colágeno (miofibroblastos).

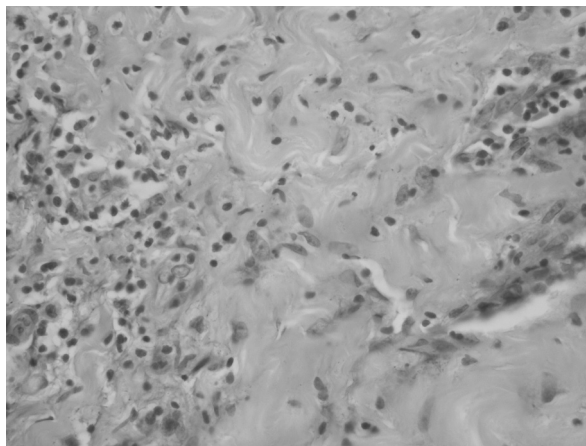


Figura 8. Linfocitos perivasculars, alrededor de conductos y en los lobulillos.

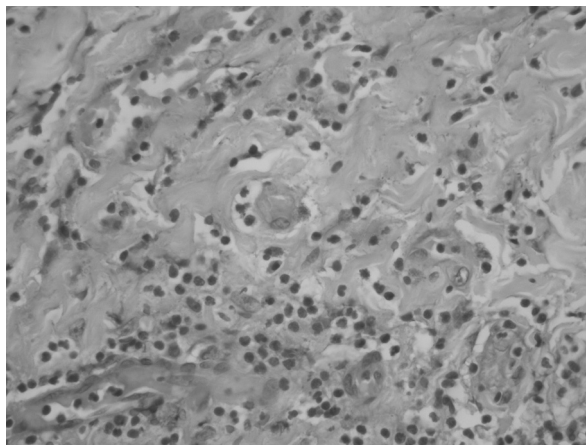
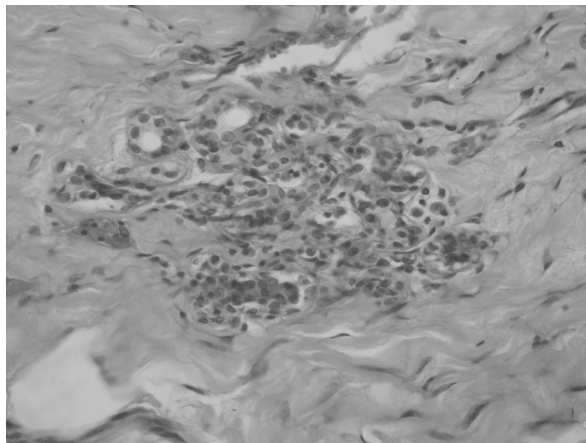


Figura 9. Atrofia lobular.



Resultados

Histológicamente estas pacientes presentaron rasgos microscópicos que consisten en una lobulitis linfocitaria que afecta al epitelio, con abundantes células inflamatorias en la periferia de los ductos, perivasculitis mononuclear, tanto en capilares como vénulas y una fibrosis queloidea que alterna con bandas de colágeno hialino. Es constante la presencia de fibroblastos epitelioides en el estroma. La evolución clínica dependió del tratamiento de base y su sospecha permitió descartar el carcinoma lobulillar infiltrante. El tratamiento depende fundamentalmente del diagnóstico de sospecha y la acertada descripción histológica.

Discusión y conclusiones

La mastopatía de las pacientes diabéticas insulino-dependientes no es otra cosa más que la manifestación crónica de eventos sistémicos de tipo endocrino-metabólicos y locales de características autoinmunes y microvasculares. Su frecuencia es muy baja (1% del total de las enfermedades benignas de la mama) y su diagnóstico es de sospecha clínica. Simula clínica y mamográficamente una enfermedad displásica fibroquística, y en menor medida, un carcinoma lobulillar infiltrante. Debido a que son entidades cuyos tratamientos son disímiles, el rol del diagnóstico histológico por biopsia *core* dirigida y la experiencia del patólogo son fundamentales para describir la entidad y poder diferenciarla. Clínicamente no se distinguen de otras mastopatías: dolor, nodularidad subareolar, inflamación cutánea, eritema e induración crónicas. Puede ser bilateral en un 60% de los casos. El tratamiento depende en este caso de la enfermedad de base, no recomendándose la extirpación quirúrgica por constituir lesiones que desaparecen espontáneamente o de presentación irregular.

Bibliografía

- Andrews-Tang D, Diamond AB, Rogers L, Butler D. Diabetic mastopathy: Adjunctive use of ultrasound and utility of core biopsy in diagnosis. *Breast J* 2000; 6: 183-8.
- Camuto PM, MD, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy. A report of 5 cases and a review of the literature. *Arch Surg* 2000; 135: 1190-3.
- Elías, Simone; Francisco Celli, Marina; Kemp, Claudio; Verenhitach Daou, Beatriz; Francisco Celli, Fabiano; Wolgien, María del Carmen. Mastopatía Diabética: un inusitado diagnóstico diferencial: relato de un caso. *Radiol Bras* 2008; 41 (4): 275-276.
- Kudva YC, Reynolds C, O'brien T, Powell C, Oberg AL, Crotty TB. Diabetic mastopathy or sclerosing lymphocytic lobulitis is strongly associated with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2002;25: 121-6.
- Granados, Rosario. SEAP. Reunión Territorial de Madrid. Mayo de 2008.
- Mak CW, Chou CK, Chen SY, Lee PS, Chang JM. Diabetic mastopathy. *Br J Radiol* 2003; 76: 192-4.
- Membrilla, Estela; Jimeno, Mireya; Martínez, Miguel; Corominas, Josep; Grande, María. Mastopatía Diabética en Paciente con Diabetes Mellitus tipo II. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. España. Ed. 2008.
- Pérez, Juan; Carrasco, Cristian. Mastopatía Diabética. Diagnóstico poco habitual. Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Servicios de Cirugía y Patología del Hospital de Valdivia. Chile. *Rev. Med. Chile*. Ed. Pp.1305-1308. Sept. 2003.
- Rosen PP. Rosen's Breast Pathology: Inflammatory and Reactive Tumors. New York, Lippincott-Raven Publishers 1997; 46-9.
- Shaffrey JK, Askin FB, Gatewood OM, Brem R. Diabetic fibrous mastopathy. Case reports and radiologic-pathologic correlation. *Breast J* 2000; 6: 414-7.
- Soler NG, Khardori R. Fibrous disease of the breast, thyroids and cheiroarthropathy in type I diabetes mellitus. *Lancet* 1984; 1: 193-5.
- Suárez S, Sánchez N. Diabetic mastopathy: considerations of a case report. *Med Clin (Barc)* 2002;118: 639.
- Tomaszewski JE, Brooks JS, Hicks D, Livolsi VA. Diabetic mastopathy: a distinctive clinicopathologic entity. *Hum Pathol* 1992; 23: 780-6.
- Weinstein SP, Conant EF, Orel SG, Lawton TJ, ACS G. Diabetic mastopathy in men: imaging findings in two patients. *Radiology* 2001; 219: 797-9.
- Wong KT, Tse GM, Yang WT. Ultrasound and MR imaging of diabetic mastopathy. *Clin Radiol* 2002; 57: 730-5.
- Zaragoza C, García JA, Mauir F, Vázquez JL. Diabetic mastopathy; source of confusion with breast cancer. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 718-9.
- Zimmerli L, Yurtsever H, Conen D, Truninger K. Adiabatic breast lump. *Lancet* 2001; 357: 1670.