

Mastopatía diabética: hallazgos radiológicos que pueden simular un cáncer de mama

José Ignacio Barragán Tabarés/ Complejo asistencial de Palencia
Alejandro Relea/ Complejo asistencial de Palencia
Begoña Encinas/ Complejo asistencial de Palencia
Mónica González/ Complejo asistencial de Palencia
Blanca Esther Viñuela/ Complejo asistencial de Palencia

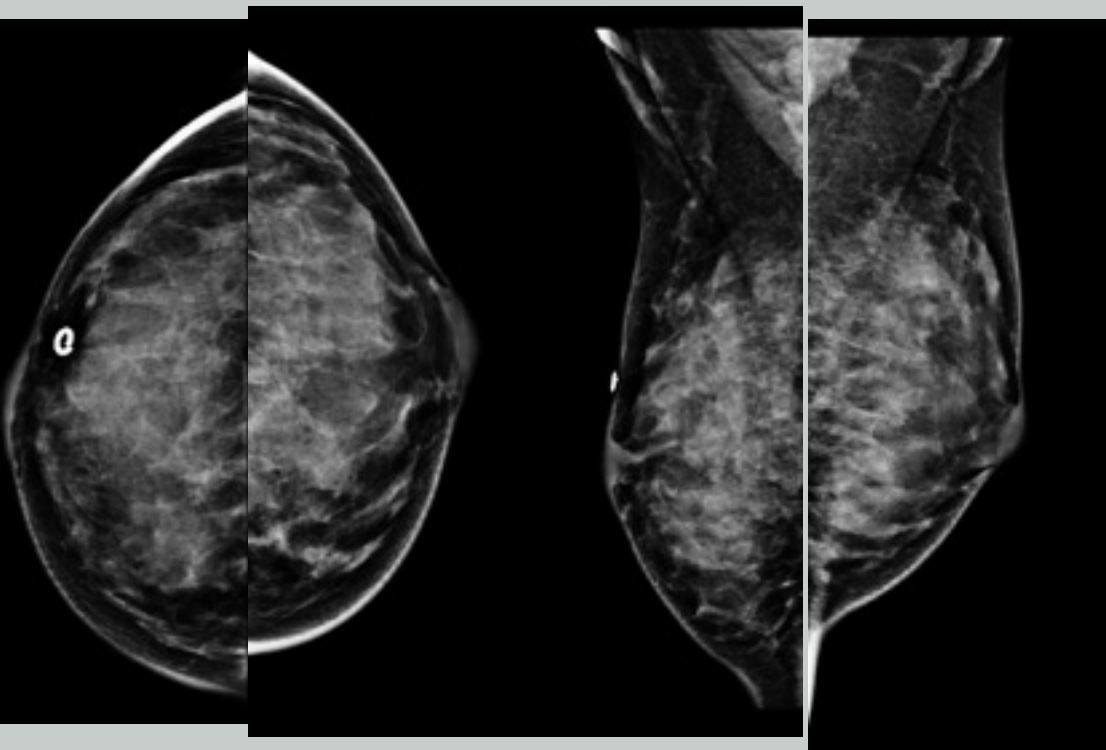
1.-Objetivos:

Reconocer los hallazgos mamográficos y ecográficos de la mastopatía diabética (MD).

Saber plantear otros diagnósticos diferenciales al cáncer de mama, como la mastopatía diabética, ante hallazgos mamográficos y ecográficos sugestivos de malignidad en pacientes con historia de diabetes mellitus.

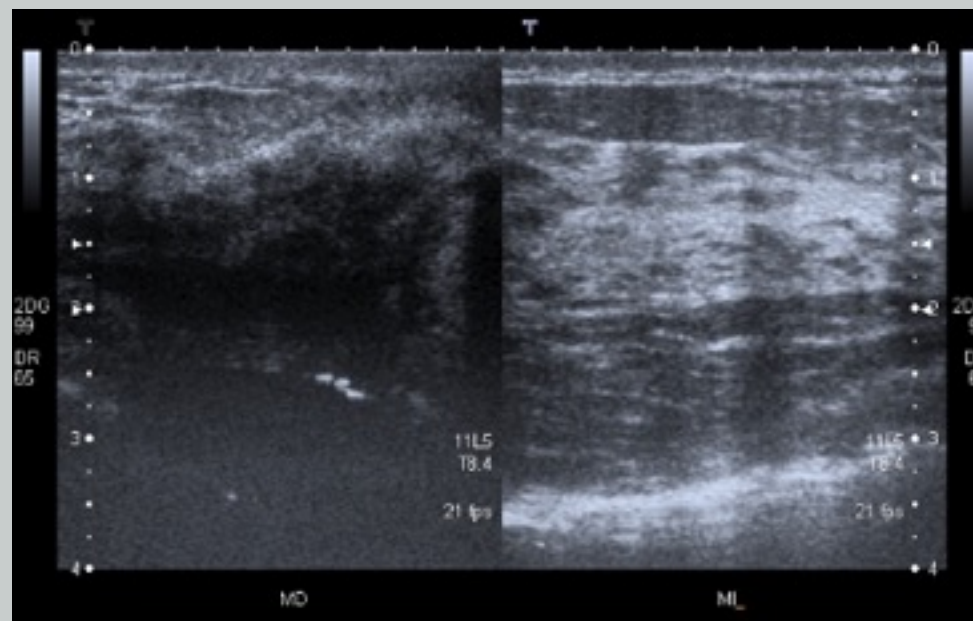
2.-Material y métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 31 años con clínica de induración retroareolar en la mama derecha no dolorosa a la palpación. La paciente no presenta antecedentes médicos de interés. Se le realiza estudio mamográfico y ecográfico.



← Mx con marcaje cutáneo en la zona indurada. Mamografía anodina, no delimitándose nódulos ni microcalcificaciones agrupadas.

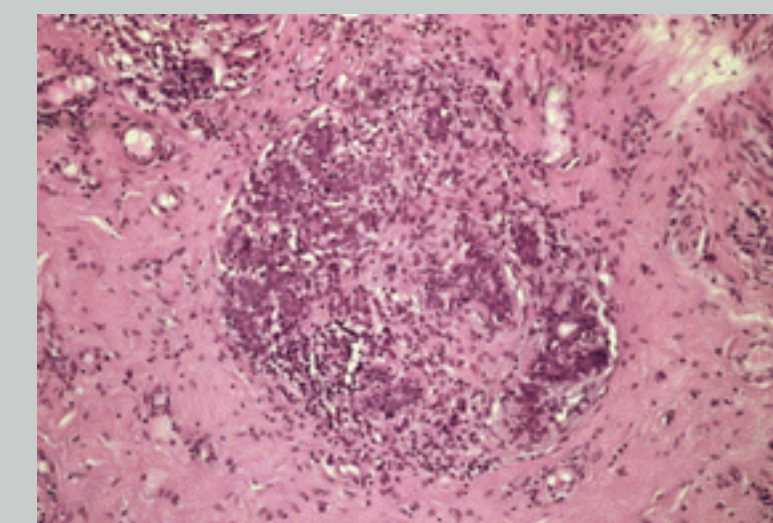
Las mamas son radiológicamente densas en consonancia con la edad de la paciente.



Tras el estudio ecográfico coincidiendo con la zona palpable, se evidencia una amplia área de contornos imprecisos de ecogenicidad mucho menor que el resto del tejido y que la mama contralateral, alcanzando la zona más hipoecoica una extensión de 25 mm.

3.-Resultados:

La mastopatía diabética afecta con más frecuencia a mujeres diabéticas insulino dependientes de larga evolución, de entre 30 y 50 años de edad. Se presenta como nódulo mamario uní o bilateral, sintomático o no y de tamaño variable. Su consistencia es dura, bastante delimitado a la exploración física, pero de bordes imprecisos. La anomalía mamográfica que se encuentra con más frecuencia es la asimetría de densidad entre ambas mamas, sin embargo en este caso los hallazgos fueron anodinos, no delimitándose nódulos ni microcalcificaciones agrupadas. En la ecografía se describen masas hipo o anecoicas con marcada sombra posterior. El diagnóstico histológico demuestra fibrosis queloide, fibroblastos epiteloideos, infiltración linfocítica difusa periductal/lobulillar, infiltración linfocítica perivascular, y atrofia lobulillar. El mecanismo de regresión permanece todavía sin aclarar, se postula la hipótesis de que un óptimo control glucémico podría influenciar en el acúmulo de matriz extracelular regulando la producción «in situ» de proteínas de colágeno tipo I y IV en el tejido mamario.



Los hallazgos anatomopatológicos tras biopsia con aguja gruesa (BAG) de 14 G, demuestran un infiltrado inflamatorio leucocitario perivascular y perilobulillar en el seno de un estroma fibroso, compatible con MD.

La paciente presentó un nuevo foco de mastopatía en la misma mama al año del diagnóstico inicial.

4.-Conclusión:

-Es importante el conocimiento de esta entidad para poder establecer el diagnóstico diferencial con el cáncer de mama en pacientes diabéticos.

-El diagnóstico de la MD es complejo, requiriéndose una buena correlación clínica, radiológica (mamografía y ecografía) y anatomo-patológica con BAG.

5.-Bibliografía:

-A.M. Arnal Burró, A. Moreno Reviriego, E. Asensio Díaz, E.M. Martín Medrano^a I. González Blanco, C. Cantos García, I. García Serna y F. Labarga Rodríguez. Mastopatía diabética: lesión poco conocida que simula un cáncer de mama. Clin Invest Gin Obst. 2013.- Murakami R, Kumita S, Yamaguchi K, Ueda T. Diabetic mastopathy mimicking breast cancer. Clinical Imaging. 2009;33:234-6. -Martínez Agulló A, Caballero Garate A, Lloret Pastor C, Burgués Gasió O, Ampudia-Blasco FJ. Mastopatía diabética: diagnóstico y tratamiento. Av Diabetol. 2008;24:210-3.