

Mastitis granulomatosa idiopática durante embarazo

(Idiopathic Granulomatous Mastitis During Pregnancy)

Joseph Alburquerque-Melgarejo¹, Juan Carlos Roque-Quezada²
Horus Michael Virú-Flores³, Claudia Veralucia Saldaña-Díaz⁴, Jorge Enrique Vidal-Olcese⁵

Resumen

Introducción: la mastitis granulomatosa idiopática es una patología crónica inflamatoria infrecuente de etiología incierta que suele afectar a mujeres en edad reproductiva entre sus 20 y 40 años y a mujeres que tengan el antecedente de lactancia. Debido a su presentación clínica puede ser confundida fácilmente con otras patologías de la mama, por lo que el clínico debe sospechar de ella en la primera visita. El objetivo de presentar este caso clínico es ilustrar las dificultades en el diagnóstico con las que se puede encontrar quien enfrenta a un caso de esta enfermedad, así como las consideraciones en el manejo que han de tenerse al tratarse de una paciente gestante.

Caso clínico: paciente gestante de 41 años con 13 semanas 1/7 de gestación, G4 P3 003, dos cesáreas anteriores, con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, la cual refiere dolor y tumefacción en la mama izquierda. La paciente había recibido tratamiento antibiótico por vía oral con dicloxacilina, sin embargo, el dolor persistía. No tenía otros antecedentes de importancia. Sus funciones vitales al examen se encontraban estables. Al examen físico se evidenció una piel eritematosa, acompañada de signos de inflamación local (aumento de volumen, rubor y calor) en la mama izquierda, además se palpaban 2 masas localizadas en el cuadrante superior interno y cuadrante superior externo, las cuales eran dolorosas a la palpación. El resto del examen físico no mostró nada destacable.

Se le realizó una ecografía de mamas, la cual levantó la sospecha de una probable mastitis infecciosa complicada con abscesos. Se decidió iniciar tratamiento antibiótico empírico con clindamicina 900 mg EV c/8h por 9 días, sin aparente mejoría, luego se le pasó a clindamicina de 300 mg VO c/8h por 5 días y antiinflamatorios no esteroideos, sin mejoría. La radiografía de tórax, así como la prueba de PPD fueron negativas. La serología para ANA, ENA, ANCA, factor reumatoideo, Anti-smith, anti-dsDNA fue negativa.

La biopsia de la mama izquierda reveló la presencia de un infiltrado neutrófilo, con evidencia de destrucción de la unidad ductolobulillar, así como la presencia de células gigantes multinucleadas, y de microabscesos. El estudio histopatológico de la lesión fue negativo para la tinción de Ziehl Neelsen. El diagnóstico final fue el de una mastitis granulomatosa idiopática. Al tratarse de una paciente gestante se decidió optar por un manejo médico ambulatorio conservador basado en la literatura que respalda una evolución autolimitada del cuadro clínico.

Descriptor: mastitis; diagnóstico y terapia mastitis granulomatosa

Abstract

Aim: Idiopathic granulomatous mastitis is a rare chronic inflammatory pathology of uncertain etiology that usually affects women of reproductive age between 20 and 40 years of

Afiliación Institucional:

¹Universidad Científica del Sur, Lima, Perú. jalburqueque@cientifica.edu.pe

ORCID 0000-0002-8846-8884,

²Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Lima, Perú. Juan.roqueq@urp.edu.pe

ORCID 0000-0002-1886-0426,

³Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Lima, Perú. horusmichaelviruflores@gmail.com

ORCID 0000-0002-6685-9497,

⁴Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. cvsaldi.med@gmail.com

ORCID 0000-0003-3117-5332,

⁵Hospital Nacional Eduardo Rebagliati Martins, Servicio de Ginecología Oncológica, Lima, Perú. enriquevidalo@hotmail.com

ORCID 0000-0002-0403-6436,

Lugar de realización del trabajo:

Hospital Centro Médico Naval

Abreviaturas:

MGI; mastitis granulomatosa idiopática.

Fuentes de apoyo: El presente estudio no contó con ningún tipo de apoyo financiero.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

✉ jalburqueque@cientifica.edu.pe



Esta obra está bajo una licencia internacional: Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

age and women who have a history of breastfeeding. Due to its clinical presentation, it can be easily confused with other breast pathologies, so the clinician should suspect it at the first visit. The aim of presenting this clinical case is to illustrate the difficulties in diagnosis that the clinician may encounter when faced with a similar case, as well as the management considerations that must be taken into account in the case of a pregnant patient.

Clinical case: a 41-year-old pregnant patient with 13 1/7 weeks of gestation, G4P3003, two previous cesarean sections, with a disease time of 2 weeks reporting pain and swelling in the left breast. The patient had received oral antibiotic treatment with dicloxacillin; however, the pain persisted. He had no other important background. Her vital signs at the examination were stable. Physical examination revealed erythematous skin, accompanied by signs of local inflammation (increased volume, flushing and warmth) in the left breast, in addition to palpating 2 masses located in the upper internal quadrant and upper external quadrant, which were painful to the touch. The rest of the physical examination showed nothing remarkable. A breast ultrasound was performed, which raised the suspicion of probable infectious mastitis complicated by abscesses. It was decided to initiate empirical antibiotic treatment with clindamycin 900 mg EV c/8h for 9 days, with no apparent improvement, then clindamycin 300 mg PO c/8h for 5 days and non-steroidal anti-inflammatory drugs, without improvement. The chest x-ray, as well as the PPD test, were negative. Serology for ANA, ENA, ANCA, rheumatoid factor, Anti-smith, anti-dsDNA was negative. Biopsy of the left breast revealed the presence of a neutrophil infiltrate, with evidence of destruction of the ductolobulillar unit, as well as the presence of multinucleated giant cells and microabscesses. The histopathological study of the lesion was negative for the Ziehl Neelsen stain. The final diagnosis was idiopathic granulomatous mastitis. In the case of a pregnant patient, it was decided to opt for conservative outpatient medical management based on the literature that supports a self-limited evolution of the clinical picture.

Keywords: Mastitis, diagnosis and therapy granulomatous mastitis

Fecha de recibido: 18, marzo, 2025. **Fecha de aceptado:** 19, febrero, 2026

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una patología crónica inflamatoria infrecuente de etiología incierta que suele afectar a mujeres en edad reproductiva.^{1,2} Esta condición fue descrita inicialmente por Kessler y Wolloch en el año 1972, y desde entonces se han reportado cientos de casos alrededor del mundo, con una incidencia estimada de 2.4 casos por 100 000 mujeres.¹

Esta entidad suele presentarse como una masa indurada en la mama con signos de inflamación local hasta incluso llegar a la presencia de ulceraciones, abscesos y fístulas. Debido a la presentación clínica variable de esta entidad es que puede ser confundida con otras entidades. Su diagnóstico definitivo requiere un estudio histopatológico donde suelen evidenciarse granulomas no caseificantes localizados en los lobulillos mamarios.^{1,3} Aunque no existe un tratamiento definitivo para esta entidad, los glucocorticoides e inmunosupresores han mostrado buenos resultados. Sin embargo, debe guardarse cierta cautela en el caso de la paciente gestante.^{1,4} Por lo expuesto, es de extrema importancia tener en cuenta esta entidad en lo que respecta a su diagnóstico y su manejo en pacientes

gestantes. Se presenta este caso clínico con el propósito de ilustrar las dificultades en el diagnóstico con las que se puede encontrar el personal médico cuando se enfrente a un caso similar, así como las consideraciones en el manejo que han de tenerse al tratarse de una paciente gestante.

Caso clínico

Una paciente gestante de 41 años con 13 semanas 1/7 G4P3003 se presentó a la emergencia del servicio de ginecología y obstetricia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, quien refiere dolor y tumefacción en la mama izquierda. La paciente había recibido tratamiento antibiótico por vía oral con dicloxacilina, sin embargo, el dolor persistía. La paciente tenía el antecedente de haberse realizado 2 cesáreas en 2013 y 2015, no tenía otros antecedentes de importancia.

Sus funciones vitales al examen se encontraban estables: FC:62 latidos x', FR: 18 respiraciones x', PA:

80/60 mmHg, SatO₂: 96%, T: 36.5°C. Al examen físico se evidenció una piel eritematosa, acompañada de signos de inflamación local (aumento de volumen, rubor y calor) en la mama izquierda, además se palpaban 2 masas localizadas en el cuadrante superior interno y cuadrante superior externo, las cuales eran dolorosas a la palpación. (Figura 1) El resto del examen físico no mostró nada destacable.



Figura 1. Se evidencia una lesión ulcerativa con signos de inflamación local en el cuadrante superior interno de la mama izquierda.

Los exámenes de laboratorio de la paciente mostraron: Hb: 9.7 g/dL, Hct: 29%, VCM: 90.2 fL, HCM: 30.3 pg, CHCM: 33.6 g/dL, Plaquetas: 365 x 10³ x uL, Leucocitos: 8.80 x 10³ x uL, Abastionados: 0 %, Segmentados: 77.9% (aumentados), linfocitos: 15.7%, monocitos: 5.0%, eosinófilos: 1.3%, basófilos: 0.1%, PCR ultrasensible: 104.7 mg/dl, VSG: 100 mm/h.

Se le realizó una ecografía de mamas, donde se reportó lo siguiente: A nivel de la mama izquierda se encontró la presencia de colecciones heterogéneas con cápsula gruesa e irregular en cuadrante superior interno de 43x15x42 mm con volumen 16cc y en cuadrante superior externo de 29x51x49 mm con volumen de 40cc, acompañado de edema en tejido celular subcutáneo; y ectasia ductal de 5 mm, no se observó vascularización aumentada al doppler. A nivel de la mama derecha se

evidenció tejido mamario homogéneo de ecogenicidad conservada, ectasia ductal de 5 mm, y presencia de algunos conductos de contenido hiperecogénico, no se evidenció vascularización aumentada al doppler (Figura 2). Con estos hallazgos se levantó la sospecha de una probable mastitis infecciosa complicada con abscesos. Se decidió iniciar tratamiento antibiótico empírico con clindamicina 900 mg EV c/8h por 9 días, sin aparente

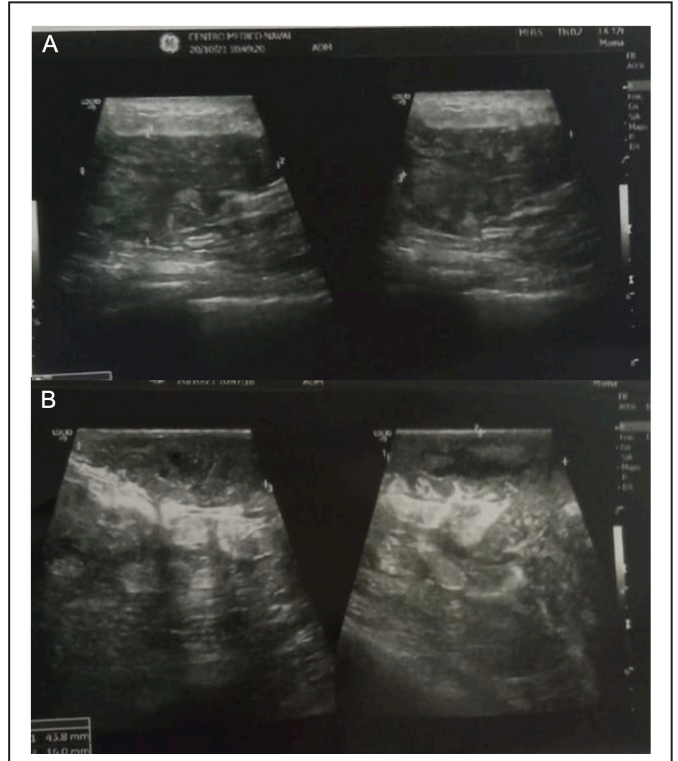


Figura 2. Ecografía mamaria. 2A. En la mama izquierda se evidencia la presencia de colecciones heterogéneas rodeadas de una cápsula gruesa e irregular en el cuadrante superior interno. 2B. En la mama derecha se observan áreas hiperecogénicas dentro de los conductos.

mejoría, luego se le pasó a clindamicina de 300 mg VO c/8h por 5 días y antiinflamatorios no esteroideos.

Debido a que no hubo mejoría clínica del cuadro, se planteó la posibilidad de realizar una biopsia core a partir de la sospecha de una probable mastitis granulomatosa secundaria o tuberculosa. Se le realizó una radiografía de tórax a la paciente, así como una prueba de PPD, las cuales fueron negativas. La serología para ANA, ENA, ANCA, factor reumatoideo, Anti-smith, anti-dsDNA fue negativa. La biopsia de la mama izquierda reveló la presencia de un infiltrado neutrófilo, con evidencia de destrucción de la unidad ductolobulillar, así como la presencia de células gigantes multinucleadas, y de microabscesos. (Figura 3) Además, el estudio histopatológico de la lesión fue negativo para la tinción de Ziehl Neelsen. Ante estos hallazgos, el diagnóstico final fue el de una mastitis granulomatosa idiopática.

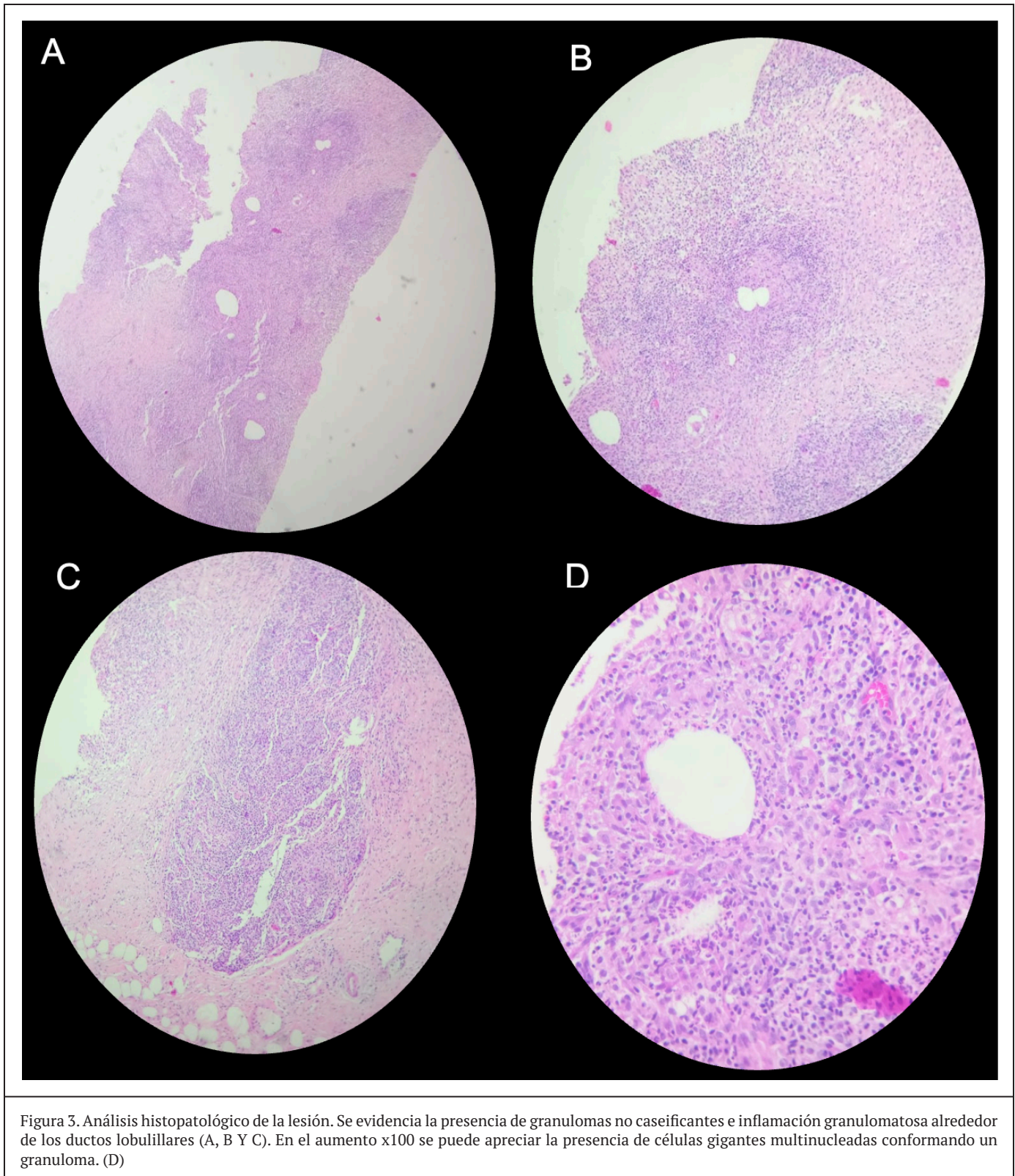


Figura 3. Análisis histopatológico de la lesión. Se evidencia la presencia de granulomas no caseificantes e inflamación granulomatosa alrededor de los ductos lobulillares (A, B Y C). En el aumento x100 se puede apreciar la presencia de células gigantes multinucleadas conformando un granuloma. (D)

Debido a su condición de gestante, la paciente recibió manejo ambulatorio conservador con antiinflamatorios y se le indicó la colocación de paños tibios en la región afectada. En las siguientes semanas, la paciente reportó una leve mejoría de las lesiones con una evolución favorable.

Discusión

El presente caso ilustra las dificultades en el diagnóstico con las que se puede encontrar al enfrentarse a un caso similar, así como las consideraciones en el mane-

jo que han de tenerse al tratarse de una paciente gestante. La MGI constituye una patología benigna crónica de la mama cuya etiología ha sido atribuida a una respuesta inflamatoria autoinmune aberrante que produce daño epitelial.^{1,4} Varios estudios han destacado la posible asociación entre la MGI y la infección por *Corynebacterium kroppenstedtii*, un bacilo gram positivo; sin embargo, esta asociación no tiene repercusión diagnóstica debido a que esta bacteria también ha sido identificada en la flora normal de la piel.^{1,5} Varios factores se han asociado a su origen dentro de las que destacan desequilibrio hormonal, autoinmunidad, agentes microbiológicos, tabaco y la deficiencia de alfa 1 antitripsina.^{4,5}

Ha de tenerse en cuenta que esta entidad se considera un diagnóstico de exclusión debido a que para su diagnóstico es necesario excluir otras enfermedades granulomatosas de la mama como mastitis de células plasmáticas, granulomatosis de Wegener, reacción granulomatosa secundaria a cuerpo extraño, sarcoidosis, ruptura de un quiste en la mama, ectasia ductal, necrosis grasa, tuberculosis, actinomicosis, brucelosis, así como infecciones fúngicas y parasitarias.⁵

La teoría más aceptada propone que debido a un desequilibrio hormonal (alteración en el radio de estrógeno-progesterona o hiperprolactinemia) se induce una secreción no puerperal en el epitelio de la mama con subsecuente inflamación, lo que conlleva acumulación de secreción rica en proteínas a nivel intraductal, aspecto que se conoce como ectasia ductal, donde la inflamación permanente produce la perforación de los ductos y permite el contacto de la secreción con las células del tejido conectivo estromal, que conlleva a desencadenar una reacción granulomatosa con migración de linfocitos y macrófagos.^{4,5}

También, se ha planteado la posibilidad de que la secreción extravasada de los lóbulos pueda generar una respuesta autoinmune que desencadene una respuesta inflamatoria. La hipótesis autoinmune se ve reforzada en el hecho de la aparente buena respuesta de esta condición a la administración de corticoides y a que se han reportado casos de eritema nodosum como una manifestación extramamaria de la MGI.^{6,7}

Esta entidad suele afectar con mayor frecuencia a mujeres entre las edades de 20 a 40 años en edad reproductiva y con antecedente de lactancia materna.⁷ La mayoría de los casos reportados de MGI pertenecen a países hispanos, arábigos, asiáticos y europeos, por lo que se podría precisar que existe una mayor ocurrencia en estas regiones. En Estados Unidos se reportó una incidencia de 2.4 casos por 100, 000 mujeres.^{1,7} Con respecto a la incidencia de MGI en gestantes y mujeres que están dando de lactar, esta se desconoce debido a que es raramente reportada.⁸

La MGI suele presentarse como una masa unilateral dolorosa a la palpación, con induración en la piel, retracción del pezón, signos de inflamación local, ulceración, que puede llegar hasta la formación de tractos fistulosos y abscesos en la mama.^{8,9} Para considerar el diagnóstico de MGI otras entidades deben ser excluidas como neoplasias, infecciones bacterianas, fúngicas, enfermedades autoinmunes, tuberculosis y sarcoidosis.^{8,10} Debido a que en nuestro medio existe una alta incidencia de tuberculosis, fue necesario descartar esta patología, antes de proceder. Esto fue confirmado en el examen histopatológico donde se evidenció negatividad para la tinción de Ziehl Neelsen, y por la ausencia de caseificación central en los granulomas. Asimismo, los cultivos de BK en esputo fueron negativos y el PPD de la paciente también, lo cual alejó la posibilidad de un diagnóstico de TBC. La radiografía de tórax de la paciente tampoco mostró anomalías que hicieran pensar en alguna infección fúngica. Aunque por la presentación inicial de la paciente, el cuadro era consistente con el de una mastitis infecciosa, la pobre respuesta a los antibióticos y a los antiinflamatorios conllevó a replantear los diagnósticos y llevó a pensar en una posible MGI.

De acuerdo con la literatura médica existente, el tratamiento de la MGI se basa en corticoides e inmunosupresores. Los corticoides pueden indicarse por vía oral a bajas dosis o a altas dosis por un periodo aproximado de 3 a 6 meses. También se han intentado otros abordajes con corticoides tópicos en crema. Otra opción es el uso de metotrexate, el cual suele indicarse ante una falla en la respuesta de los corticoides. Otra alternativa terapéutica es una escisión quirúrgica amplia de la lesión. Tanto el tratamiento médico conservador y el quirúrgico dependen de las condiciones en las que se encuentre la paciente, así como de la respuesta al tratamiento inicial, de la evolución del cuadro y de la decisión de la paciente.^{11,12} Asimismo, existe un riesgo de recurrencia en el tratamiento con corticoides. Un metaanálisis realizado por Lei et al. reportó una tasa de recurrencia acumulada del 20% en pacientes que recibieron terapia oral con corticoides.¹³

De acuerdo con algunos autores esta condición suele ser autolimitada en un rango de aproximadamente 24 meses, sin embargo, también podría tener una duración mayor a este periodo.^{1, 11,14} Sin embargo, al tratarse de una paciente gestante no era posible realizar una terapia con corticoides, inmunosupresores o incluso optar por un abordaje quirúrgico, por lo que se decidió optar por un manejo médico ambulatorio conservador basado en la literatura que respalda una evolución autolimitada del cuadro clínico.

Referencias

1. Wolfrum A, Kümmel S, Theuerkauf I, Pelz E, Reinisch M. Granulomatous mastitis: a therapeutic and diagnostic challenge. *Breast Care*. 2018; 13: 413-418. DOI: [10.1159/000495146](https://doi.org/10.1159/000495146)
2. Garcia-Rodriguez JA, Pattullo A. Idiopathic granulomatous mastitis: a mimicking disease in a pregnant woman: A case report. *BMC Res Notes*. 2013; 6: 95. DOI: [10.1186/1756-0500-6-95](https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-95)
3. Li SB, Xiong Y, Han XR, Liu ZY, Lv XL, Ning P. Pregnancy associated granulomatous mastitis: clinical characteristics, management, and outcome. *Breastfeed Med*. 2021; 16: 759-764. DOI: [10.1089/bfm.2021.0023](https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0023)
4. Altintoprak F, Kivilcim T, Ozkan OV. Aetiology of idiopathic granulomatous mastitis. *World J Clin Cases* 2014; 2: 852-858. DOI: [10.12998/wjcc.v2.i12.852](https://doi.org/10.12998/wjcc.v2.i12.852)
5. Gautier N, Lalonde L, Tran-Thanh D, Khoury ME, David J, Labelle M et al. Chronic granulomatous mastitis: imaging, pathology and management. *Eur J Radiol*. 2013; 82: e165-e175. DOI: [10.1016/j.ejrad.2012.11.010](https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2012.11.010)
6. Bes C, Soy M, Vardi S, Sengul N, Yilmaz F. Erythema nodosum associated with granulomatous mastitis: report of two cases. *Rheumatol Int*. 2010; 30: 1523-1525. DOI: [10.1007/s00296-009-1109-y](https://doi.org/10.1007/s00296-009-1109-y)
7. Thomas MV, Alexander SA, Bindal P, Vredenburg J. Idiopathic granulomatous mastitis-a mystery yet to be unraveled: a case series and review of literature. *Cureus*. 2020; 12: e6895. DOI: [10.7759/cureus.6895](https://doi.org/10.7759/cureus.6895)
8. Ding ST, Gao YJ, Qin CX, Liu HY, Zhang HW, Li Y, Zhang Y. Granulomatous mastitis in multiparae during pregnancy and lactation: observational study (STROBE compliant). *Medicine (Baltimore)*. 2021; 100: e25912. DOI: [10.1097/MD.00000000000025912](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025912)
9. Omranipour, R, Vasigh, M. Mastitis, breast abscess, and granulomatous mastitis. *Dis Breast Pregnancy Lactation*. 2020; 53-61. DOI: [10.1007/978-3-030-41596-9_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_7)
10. Martinez-Ramos D, Simon-Monterde L, Suelves-Piqueres C, Queralt-Martin R, Granel-Villach L, Laguna-Sastre JM et al. Idiopathic granulomatous mastitis: a systematic review of 3060 patients. *Breast J*. 2019; 25:1245-1250. DOI: [10.1111/tbj.13446](https://doi.org/10.1111/tbj.13446)
11. Yuan QQ, Xiao SX, Farouk O, Du YT, Sheybani F, Tan QT, et al. Management of granulomatous lobular mastitis: an international multidisciplinary consensus. *Mil Med Res*. 2022 Apr 26;9:20. DOI: [10.1186/s40779-022-00380-5](https://doi.org/10.1186/s40779-022-00380-5)
12. Calis H, Karabeyoglu SM. Follow-up of granulomatous mastitis with monitoring versus surgery. *Breast Dis*. 2017; 37: 69-72. DOI: [10.3233/BD-160259](https://doi.org/10.3233/BD-160259)
13. Lei X, Chen K, Zhu L, Song E, Su F, Li S. Treatments for idiopathic granulomatous mastitis: Systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med*. 2017; 12: 415-421. DOI: [10.1089/bfm.2017.0030](https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0030)
14. Yukawa M, Watatani M, Isono S, Fujiwara Y, Tsujie M, Kitani K et al. Management of granulomatous mastitis: a series of 13 patients who were evaluated for treatment without corticosteroids. *Int Surg*. 2015; 100:774-782. DOI: [10.9738/INTSURG-D-14-00231.1](https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-14-00231.1)