



P-444 - MASTITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS. UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL CARCINOMA INFLAMATORIO

M. Paredes Quiles, C. García Zamora, P. Galindo Fernández, C. Marín Hernández, A. Bas Bernal, R. García Pérez, J. Fernández Carrión, V. Olivares Ripoll, J. Abrisqueta Carrión, I. Abellán Morcillo y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: La mastitis de células plasmáticas es una entidad muy poco frecuente, descrita por Adair en 1933. Clínicamente puede debutar con signos inflamatorios mamarios estando obligado realizar el diagnóstico diferencial con el carcinoma inflamatorio de mama. Presentamos un caso de una paciente con mastitis de células plasmáticas con diagnóstico inicial de carcinoma inflamatorio.

Caso clínico: Mujer de 47 años remitida por tumoración en mama derecha de un mes de evolución. No presenta antecedentes previos de patología mamaria ni antecedentes familiares de patología maligna. A la exploración se palpa una tumoración de 7-8 cm mal delimitada, dura, en cuadrantes centrales de mama derecha, con retracción espontánea de la piel y del complejo areola-pezón, adenopatías axilares móviles y signos inflamatorios que afectan a casi toda la mama. La mamografía informa de imagen nodular sospechosa de malignidad (BIRADS 4C), localizada en área central-cuadrante superoexterno, con retracción y engrosamiento del complejo areola-pezón, y patrón edematoso peritumoral, siendo estos hallazgos sugestivos de carcinoma inflamatorio. La ecografía informa de nódulo de 4cm, sospechoso de malignidad (BIRADS 5), con ganglio sospechoso en axila derecha. Se realiza también RMN que evidencia nódulo de 3 cm localizado en zona intercuadrántica central-inferior, con contornos mal definidos, captación heterogénea del contraste de forma difusa en parénquima mamario, engrosamiento cutáneo y retracción del complejo areola-pezón, sugestivo de carcinoma inflamatorio. Se realiza BAG de la lesión hallando infiltración difusa intersticial por numerosas células plasmáticas con un número menor de linfocitos, abundantes histiocitos y neutrófilos, presentando un parénquima mamario sin atipias; por lo que se cataloga de mastitis de células plasmáticas. Se trató con antiinflamatorios, disminuyendo el tamaño de la tumoración y los signos inflamatorios, y tras 3 meses desde el diagnóstico la paciente queda asintomática. En controles posteriores las pruebas de imagen se normalizan.

Discusión: La mastitis de células plasmáticas es una forma extrema de mastitis periductal, difícil de distinguir clínicamente del carcinoma de mama. Tras una primera fase caracterizada por signos inflamatorios cutáneos en la mama, la piel se torna edematosa y bajo la misma, se palpan masas duras de varios centímetros. La secreción espesa y la retracción del pezón son frecuentes. Los ganglios linfáticos axilares a menudo se aumentan. La imagen radiológica típica consiste en calcificaciones difusas que siguen la orientación de los conductos a nivel intraductal o periductal. El diagnóstico definitivo lo da la biopsia que caracteriza por presentar una infiltración densa y difusa

por células plasmáticas de las estructuras ductales y del estroma de la mama. Posiblemente se produzca como respuesta irritativa a la liberación de material lipídico de los conductos. También hay presencia de células gigantes y pocos linfocitos. Tras descartar la etiología maligna del cuadro, generalmente se resuelven con tratamiento antiinflamatorio. No obstante, en casos de formación de abscesos, recidivas y/o fístulas se requerirá de tratamiento quirúrgico