

# Notas cortas

## Mastitis linfocitaria: un diagnóstico difícil en la punción aspiración con aguja fina

M.J. Hernández Ortiz\*, I. Amengual Antich\*, J. Torrecabota Pagés\*\*  
y R. Canet Ribas de Pina\*

---

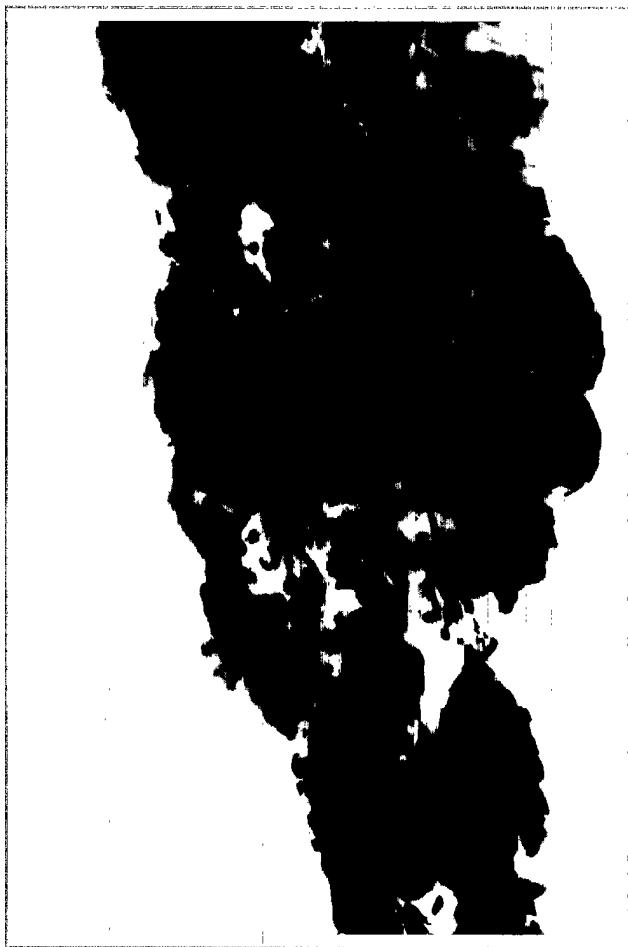
*Servicios de \*Anatomía Patológica y \*\*Ginecología, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.*

La mastitis linfocitaria, cuyo sustrato morfológico es una lobulitis esclerosante linfocitaria, fue descrita por primera vez por Soler y Khardori en 1984 (1). Se trata de una entidad clinicopatológica definida que afecta a mujeres jóvenes con diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) con administración de insulina de larga evolución (2, 3). Esta complicación poco frecuente de la enfermedad causa la aparición de nódulos palpables en la mama de la mujer diabética. Las descripciones coinciden en todos los casos. La mayoría de las veces existe un nódulo palpable de consistencia gomosa (4). La mastitis diabética tiene unas características histológicas muy definidas, que consisten en una área nodular, no encapsulada, donde existe un infiltrado linfoide denso perilobular, intralobular y perivascular. En el lobulillo mamario hay atrofia glandular debida a la esclerosis del estroma intra y extralobulillar, con presencia de característicos fibroblastos epitelioides (3). También hay ductitis y perivascularitis linfocitaria (1-5). En todos los casos se trata de un infiltrado linfoide de fenotipo B. Se dice que las lesiones de mastitis diabética recuerdan a la insulinitis pancreática, a los cambios morfológicos del síndrome de Sjögren y de la tiroiditis de Hashimoto, los cuales coinciden con gran frecuencia en su aparición. Este hecho, junto con la presencia de anticuerpos antimicrosomales y la coincidencia de los HLA expresados por los pacientes, sugieren una etiología autoinmune (5).

### CASO CLÍNICO

---

Una mujer de 36 años acudió a la consulta de Punciones del Servicio de Anatomía Patológica del hospital. No tenía antecedentes de enfermedad mamaria y acababa de notar la aparición de un bulto. Se trataba de un nódulo de aproximadamente 2 cm, bien delimitado, irregular, adherido superficialmente a la mama, localizado en la unión de los cuadrantes superiores de la mama derecha. La mamografía y la ecografía mamaria no aportaron hallazgos significativos. Se realizaron tres punciones del nódulo, según la técnica habitual, obteniéndose escaso material graso. Las extensio-

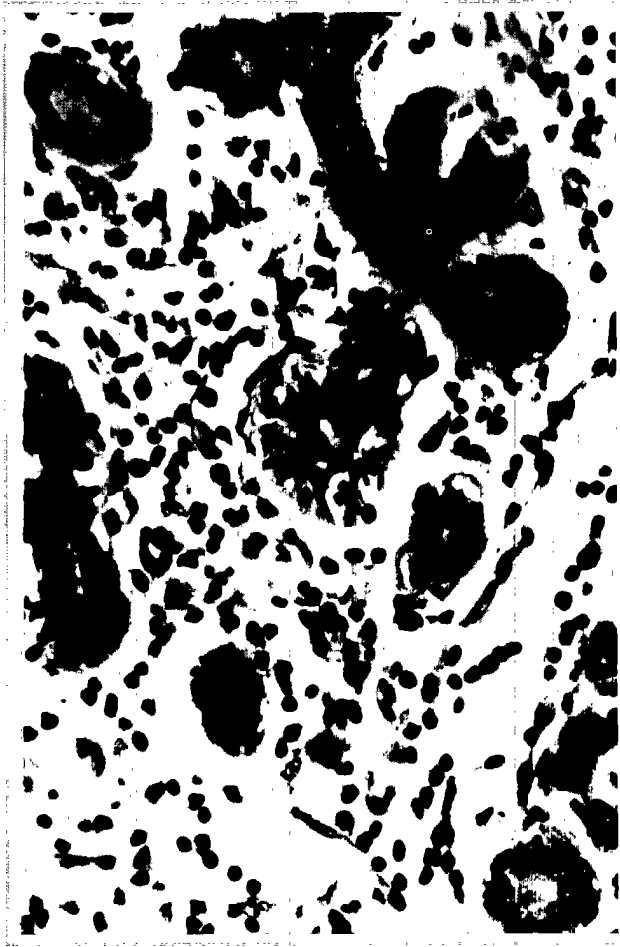


**Figura 1.** Microfotografía de un lobulillo mamario completo obtenido por punción aspiración con aguja fina (PAAF). Los acinos atrapados por la fibrosis no se sueltan, como es habitual en las preparaciones de citología mamaria por punción (original, Papanicolaou,  $\times 400$ ).



**Figura 2.** Detalle del lobulillo a mayor aumento, que muestra un acino con infiltración del espacio perilobulillar por linfocitos, que aparecen elongados por el artefacto de arrastre (flechas) (original, Papanicolaou  $\times 1000$ ).

nes se procesaron con la técnica de Papanicolaou y Diff-Quik. En el estudio citológico el fondo era limpio, con glóbulos grasos y escasa celularidad epitelial. Algunos grupos se identificaban como pequeñas acumulaciones de células ductales y otros como lobulillos enteros (Fig. 1), los cuales aparecían permeados por linfocitos pequeños maduros, muchos de los cuales presentaban artefacto de arrastre (Fig. 2). En el fondo los linfocitos se observaban dispersos; la mayoría eran maduros y pequeños, con elementos transformados aislados. Algunos acúmulos, constituidos por una maraña de hilos basófilos, representaban presumiblemente acúmulos linfoides con artefacto de arrastre. También había permeación linfoide en un fragmento de tejido fibroadiposo. Un material amorfo, denso, homogéneo, intensamente basófilo con tinción de Diff-Quik, representaba fragmentos de estroma hialinizado, obtenidos con la aguja. La citología se consideró no concluyente para diagnóstico y se recomendó el estudio histológico. Se recibió una pieza quirúrgica de parénquima mamario de  $3 \times 2 \times 2$  cm, constituido por un tejido de aspecto fibroso. En los cortes histológicos se observaba una área nodular con un estroma densamente colagenizado. Los lobulillos mamarios presentaban atrofia y estaban permeados por un infiltrado linfocitario que también se disponía de forma perilobulillar y perivascular (Fig. 3). Ante la sospecha de mastitis linfocitaria se preguntó por el dato clínico de si la paciente era diabética: en la historia clínica constaba una DMID que requería la administración de insulina desde los 12 años. Ante este dato afirmativo la biopsia se diagnosticó como mastopatía diabética.



**Figura 3.** Sección histológica del lobulillo mamario que pone en evidencia mucho más fácilmente la atrofia lobulillar, la fibrosis perilobulillar y la distribución del infiltrado linfoide (original, hematoxilina-eosina  $\times 400$ ).

más complicado el diagnóstico citológico de este tipo de lesiones. En el caso de los linfomas existe un problema similar: en estas neoplasias, que representan el 0,14% de los tumores primarios malignos mamarios, se observan, en la mayoría de los casos, áreas de mastitis linfocitaria en la periferia del tumor (11). Por otra parte, en la mama la hiperplasia linfoide reactiva puede aparecer en forma de una masa palpable. El cuadro citológico descrito es muy similar, con presencia de linfocitos en diferentes estadios madurativos, grupos de células ductulares benignas y aislados fibroblastoides (12). En este caso, al igual que en los anteriores diagnósticos diferenciales propuestos, el criterio más fiable para el diagnóstico de esta entidad es el dato clínico de que la paciente sea diabética y que lleva muchos años recibiendo insulina. Proponemos incluir esta cuestión en la lista de preguntas a realizar por todas las pacientes que consultan para punción de nódulos mamarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soler NG, Khardori R. *Fibrous disease of the breast, thyroiditis, and cherioarthropathy in type 1 diabetes mellitus*. Lancet 1984; i: 193-195.
2. Tomaszewski JE, Brooks J, Hicks D, Livolsi VA. *Diabetic mastopathy: A distinctive clinicopathologic entity*. Hum Pathol 1992; 23: 780-786.
3. Seidman J, Schnaper LA, Phillips LE. *Mastopathy in insulin-requiring diabetes mellitus*. Hum Pathol 1994; 25: 819-824.
4. Lammie GA, Borrow LG, Staunton MDM, Lesison DA, Pages G, Millis RR. *Sclerosing lymphocytic lobulitis of the breast-evidence for an autoimmune pathogenesis*. Histopathology 1991; 19: 13-20.

## DISCUSIÓN

El cuadro histológico de un nódulo con esclerosis estromal, atrofia lobulillar, infiltrado inflamatorio de tipo linfocitario perilobulillar, periductal y perivascular y presencia de fibroblastos epitelioides, coincide en todos los casos descritos (1-5), por lo que parecen ser relativamente específicos de la mastopatía diabética. La preponderancia del componente linfoide o del componente esclerosante únicamente están en relación con el momento evolutivo de la lesión. En los estadios iniciales predomina el componente linfoide, llegando al final a un estadio esclerosante. Por su parte, las características citológicas en aspiraciones con aguja fina se han descrito en 3 casos (6-8). En todos ellos la celularidad era escasa, conformando grupos ductales con pocas células ordenadas, junto con la presencia de aislados linfocitarios y fragmentos amorfos de tejido fibroso más o menos hialinizado y algunos fibroblastos de núcleo activado. A diferencia de la biopsia, que cuenta con la arquitectura, estos hallazgos citológicos son muy inespecíficos, especialmente si no se dispone del contexto clínico adecuado, lo que es bastante habitual. Black y Speer (9) estudiaron infiltrados linfocitos mamarios y encontraron que existía un infiltrado inflamatorio linfocitario significativo en un 40% de los casos de cáncer de mama, pero en ningún caso de mastopatía fibroquística. Por tanto, los linfocitos en un frotis de un nódulo de mama pueden ser motivo de preocupación ya que pueden representar un problema de muestreo. El hecho de que la mastopatía linfocitaria se haya descrito recientemente en asociación con un carcinoma ductal *in situ* y lobulillar infiltrante (10) aún hace

5. Schwartz IS, Astrauchen JA. *Lymphocytic mastopathy. An autoimmune disease of the breast.* Am J Clin Pathol 1990; 93: 725-730.
6. Rollins SD. *Fine-Needle Aspiration Cytology of diabetic fibrous mastopathy.* Diagn Cytopathol 1993; 9: 687-690.
7. Peppoloni L, Buttaro FM, Cristallini EG. *Diabetic mastopathy. A report of two cases by aspiration cytology.* Acta Cytol 1997; 41: 1349-1352.
8. Abele JS, Miller TR. *Diabetic fibrous mastopathy: Additional considerations.* Diagn Cytopathol 1994; 11(2): 207-209.
9. Black MM, Speer FD. *Periductal lymphoid infiltration in mammary tissue.* Arch Pathol 1955; 60: 457-461.
10. Coyne JD, Baildam AD, Asbury D. *Lymphocytic mastopathy associated with ductal carcinoma in situ of the breast.* Histopathology 1995; 26: 579-580.
11. Rooney N, Snead D, Goodman S, Webb AJ. *Primary breast lymphoma with skin involvement arising in lymphocytic lobulitis.* Histopathology 1994; 24: 81-84.
12. Nada R, Ganguli M, Dey P. *Reactive lymphoid hyperplasia presenting as a palpable nodule in the breast.* Acta Cytol 1997; 41(6): 1868-1869.