Hospital Clínic Universitari de València

SEAP-IAP
[Sociedad Española de Anatomía Patológica]
[International Academy of Pathology]
ASOCIACIÓN TERRITORIAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

CASO CLÍNICO 11

María Benito Serrano. R4 Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Octavio Burgues Gasión.

124 REUNIÓN TERRITORIAL SEAP COMUNIDAD VALENCIANA

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años.

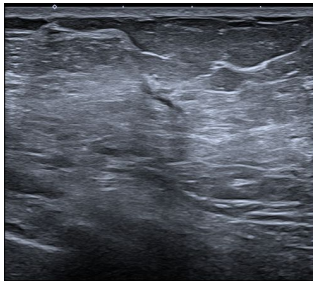
- HTA. En tratamiento con atorvastatina e indapamina.
- Sin otros antecedentes.

Remitida desde la Unidad de Prevención del Cáncer de Mama por la aparición de asimetrías focales múltiples en cuadrante superior de mama izquierda de nueva aparición.

HISTORIA CLÍNICA

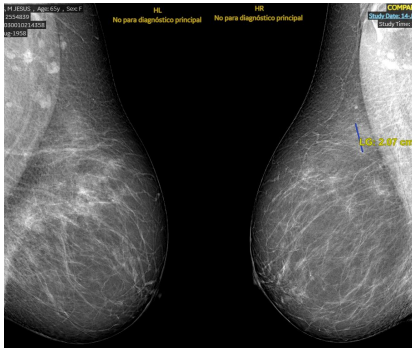
Ecografía mama y axila bilateral:

Aumento de densidad mal delimitada con tenue distorsión en CSI de MI de 40 mm. **BIRADS 4b**. Se identifica otra área de similar en CSI de MD de 14 mm. **BIRADS 4b**.
Ganglio axilar izquierdo con engrosamiento focal cortical en nivel I de Berg.



Tomosíntesis oblicua media lateral y craneocaudal bilateral:

Asimetría global en CSI de MI de hasta 8,5 cm, **BIRADS 4b**.
Asimetrías de nueva aparición en CSI de MD de hasta 14mm. Se identifica otra asimetría en CSE de 20mm.
Piel y pezón normales. No microcalcificaciones sospechosas.



HISTORIA CLÍNICA

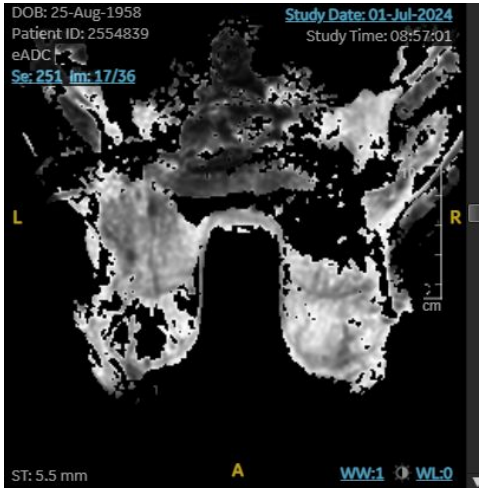
RM de mama bilateral:

Mama izquierda: **Realce tipo no masa de 10x7x3 cm de distribución regional que ocupa la práctica totalidad del tercio medio y profundo de los cuadrantes superiores e inferiores**. BIRADS 4.

No edema asociado. No engrosamiento cutáneos. No se evidencia adenopatías axilares patológicas mediante este estudio.

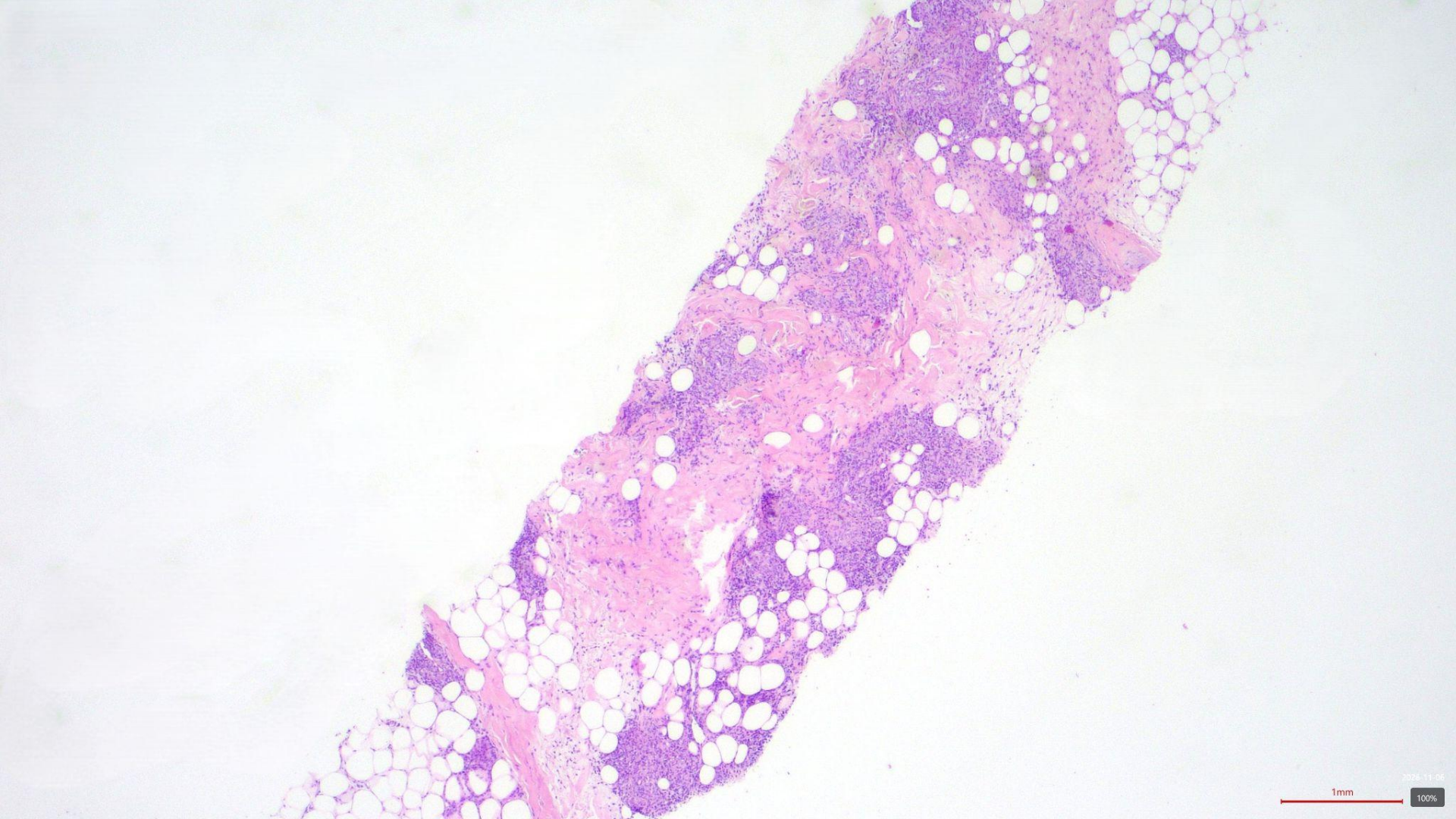
Mama derecha: **Realce tipo no masa de distribución segmentaria de aproximadamente de 5,4 cm de extensión AP.**

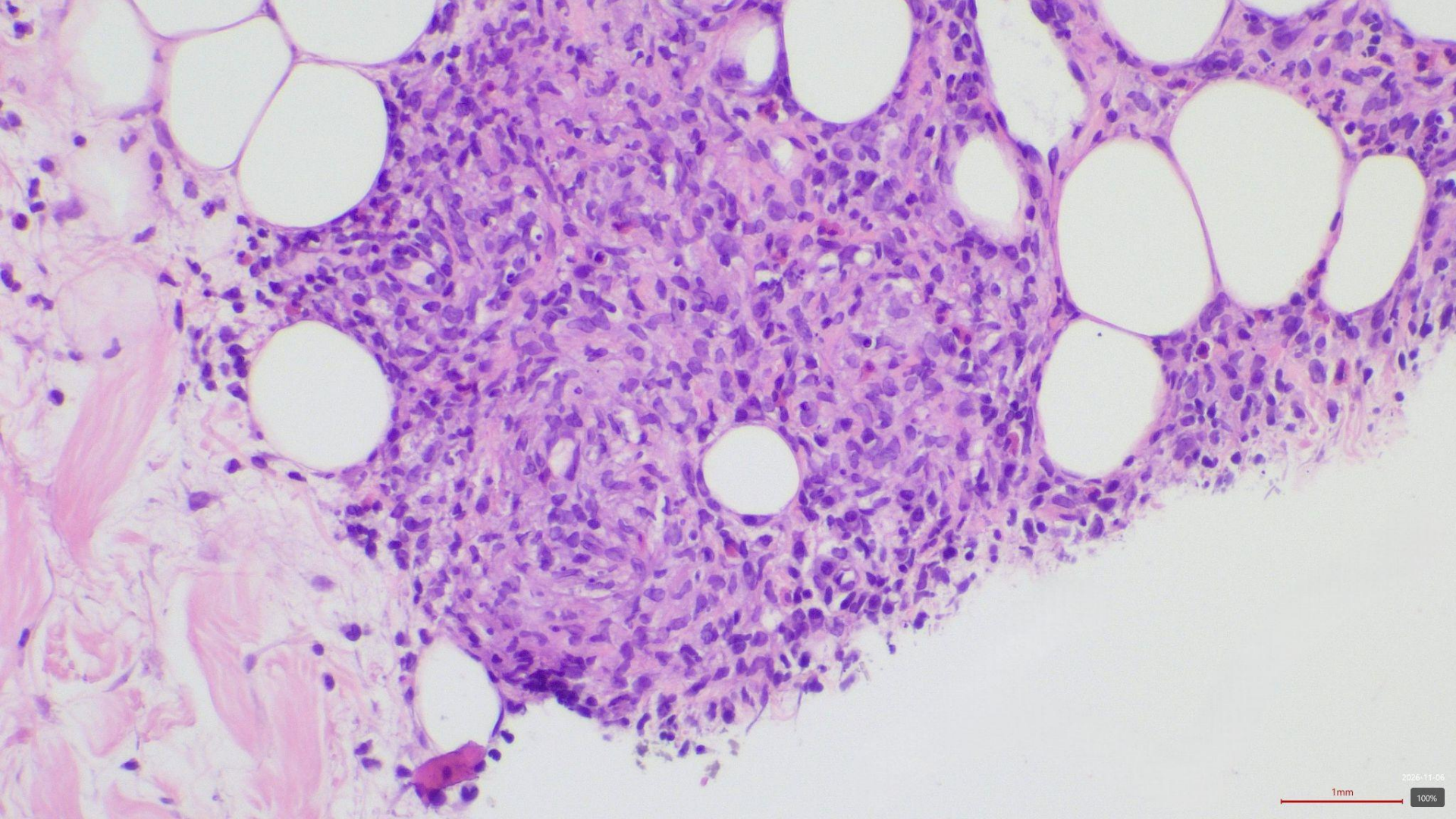
No engrosamientos cutáneos. No edema asociado. No se evidencia adenopatías axilares patológicas.

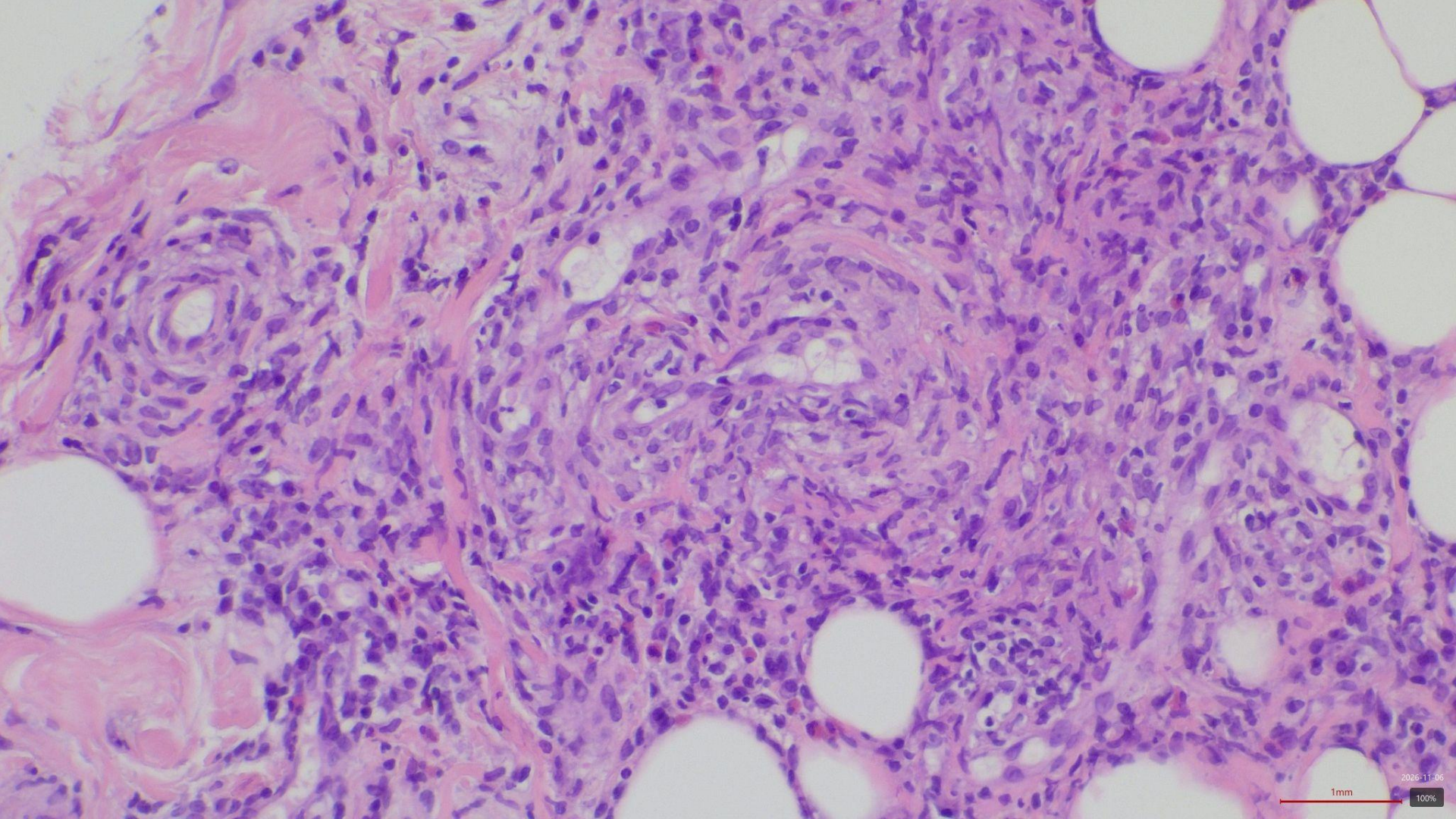


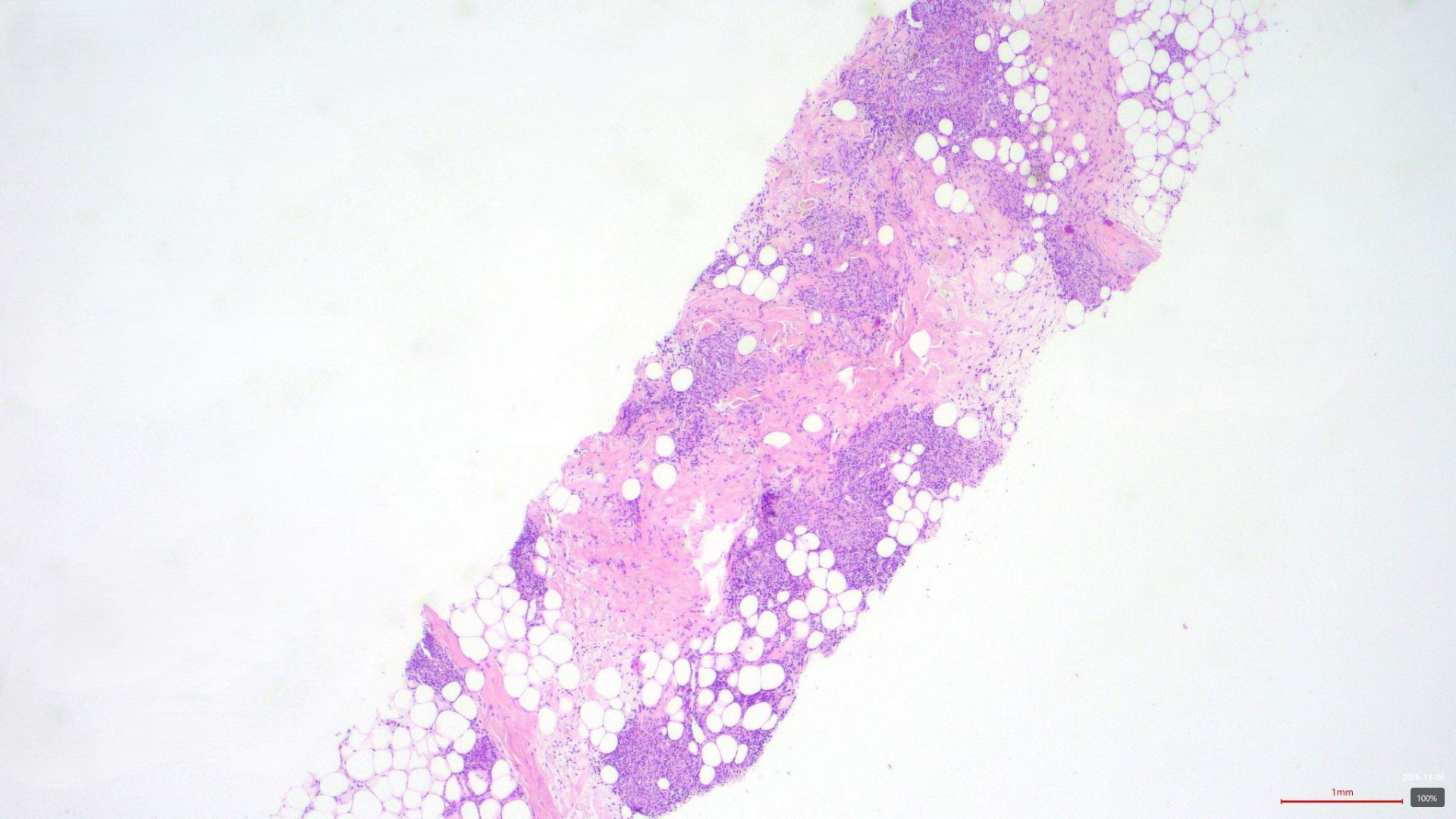
CONCLUSIÓN: **BIRADS 4 bilateral**.

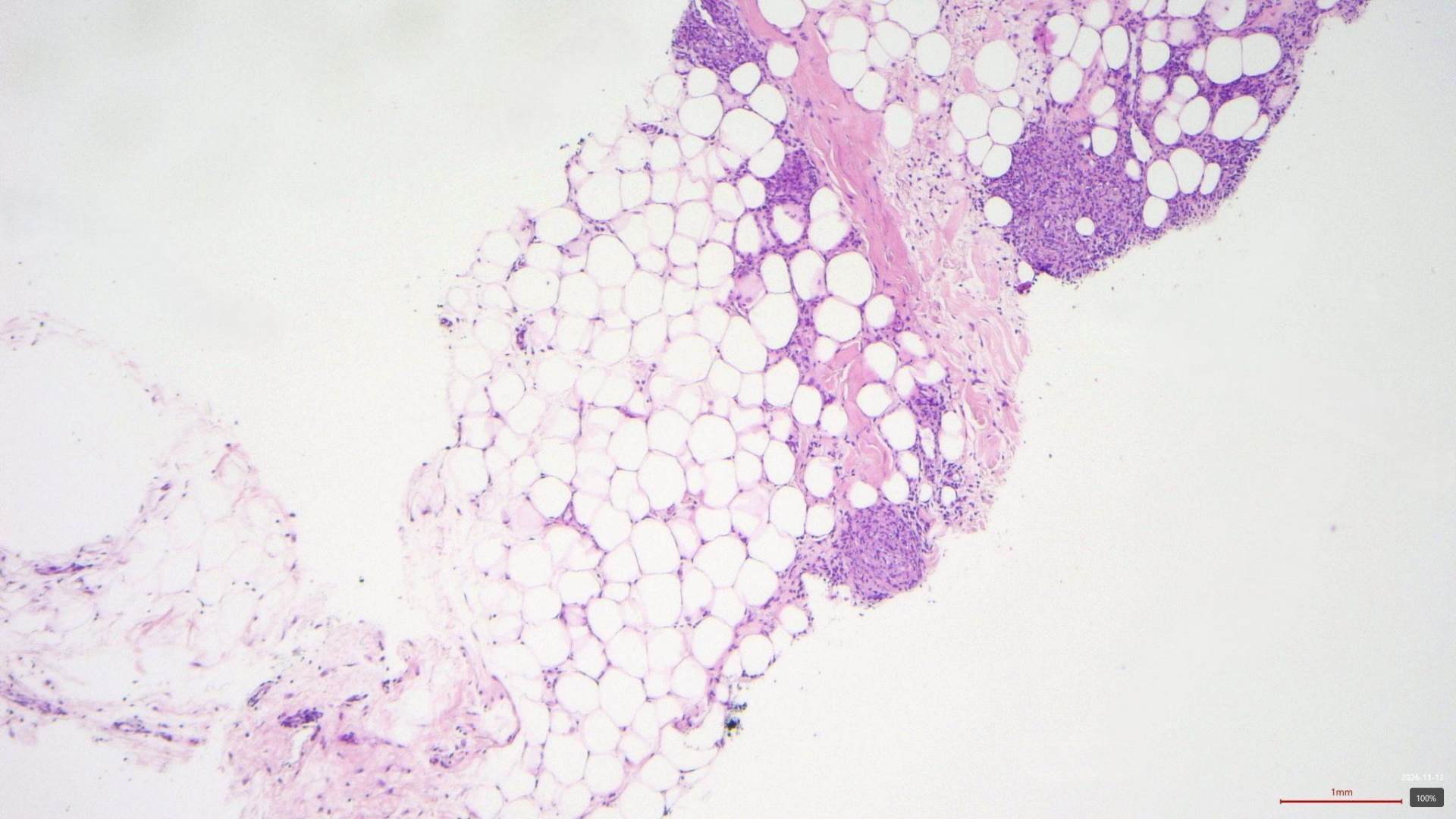


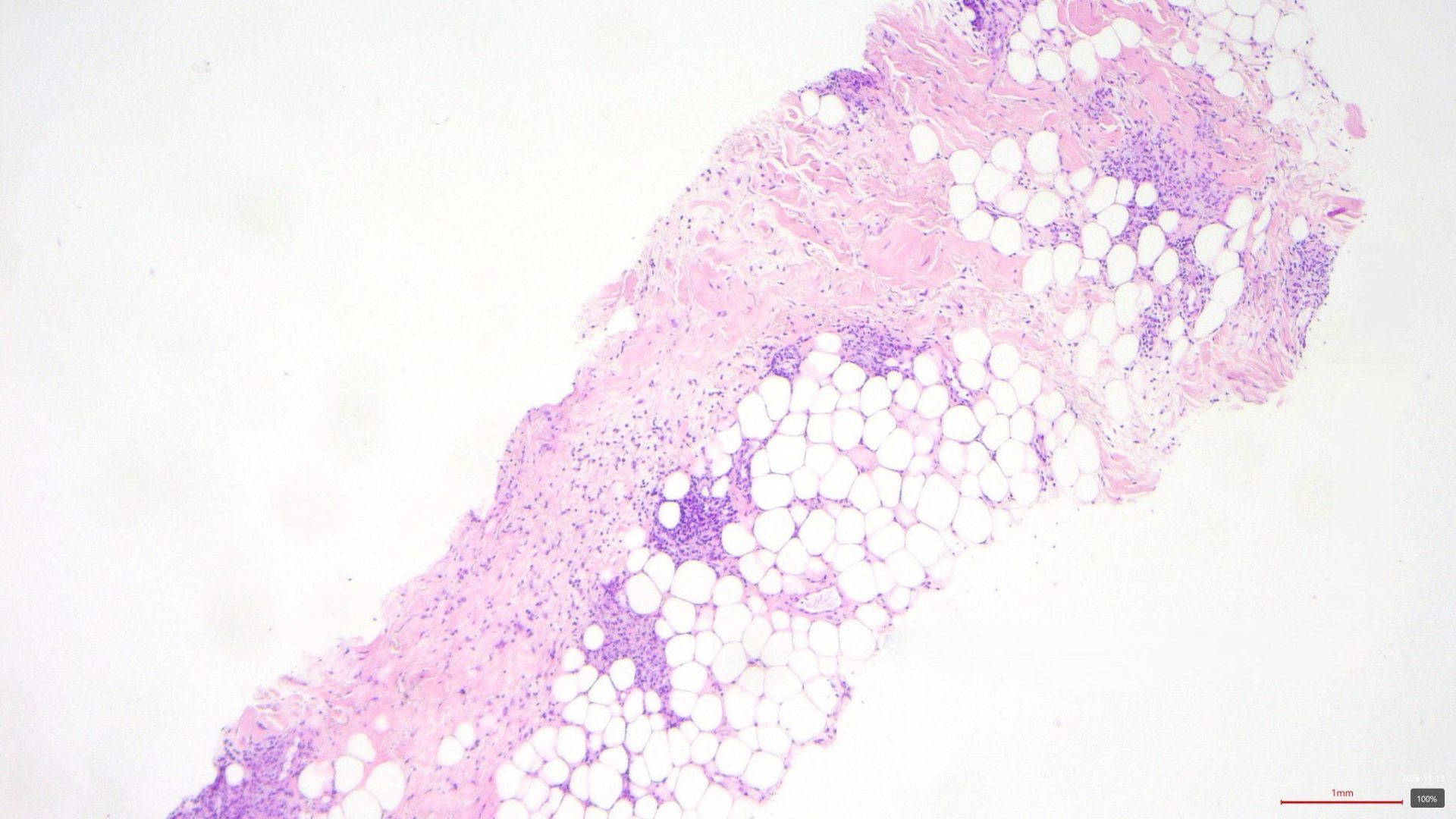

1mm
100%


1mm
100%

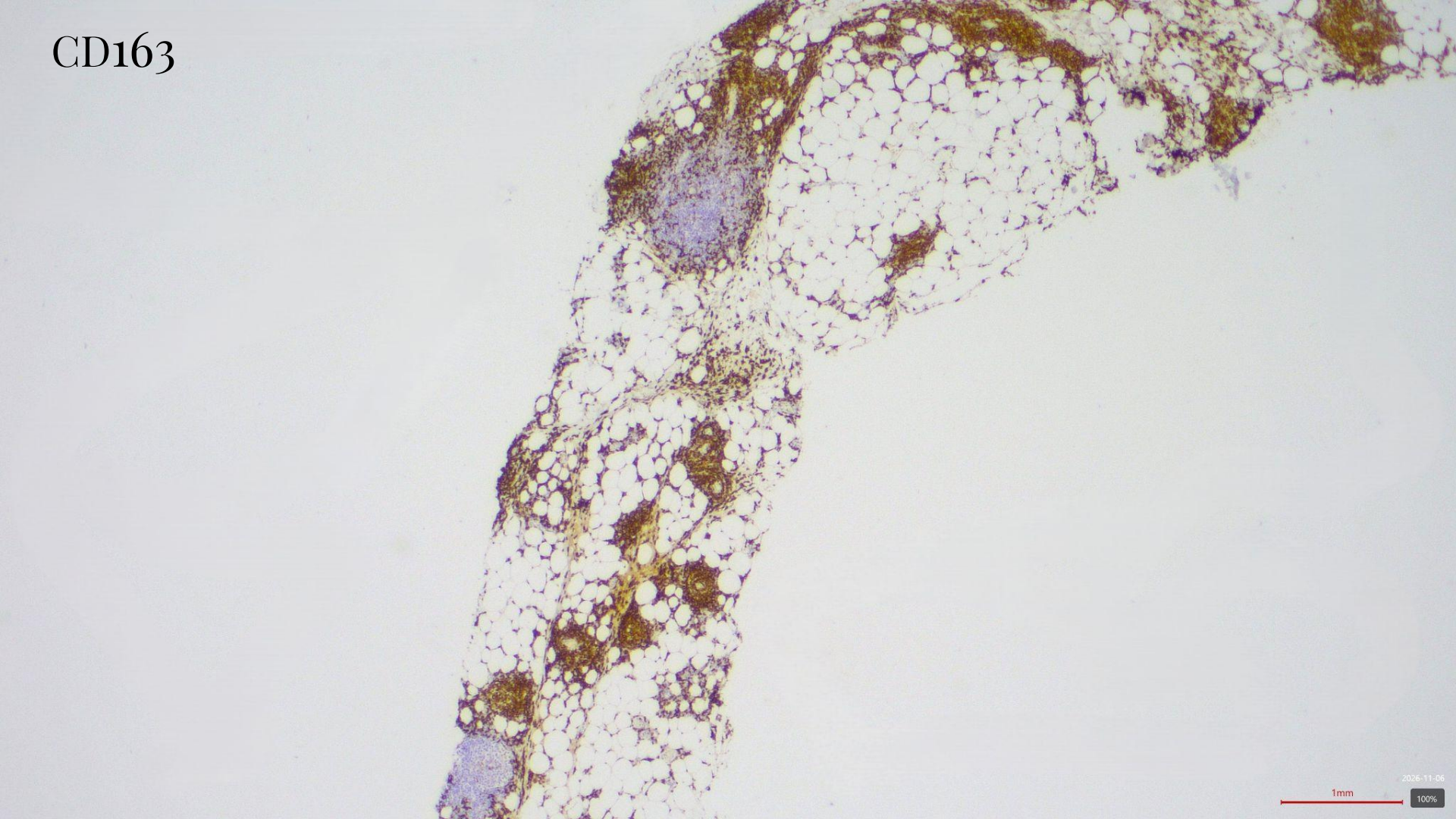

1mm
100%
2026-11-06

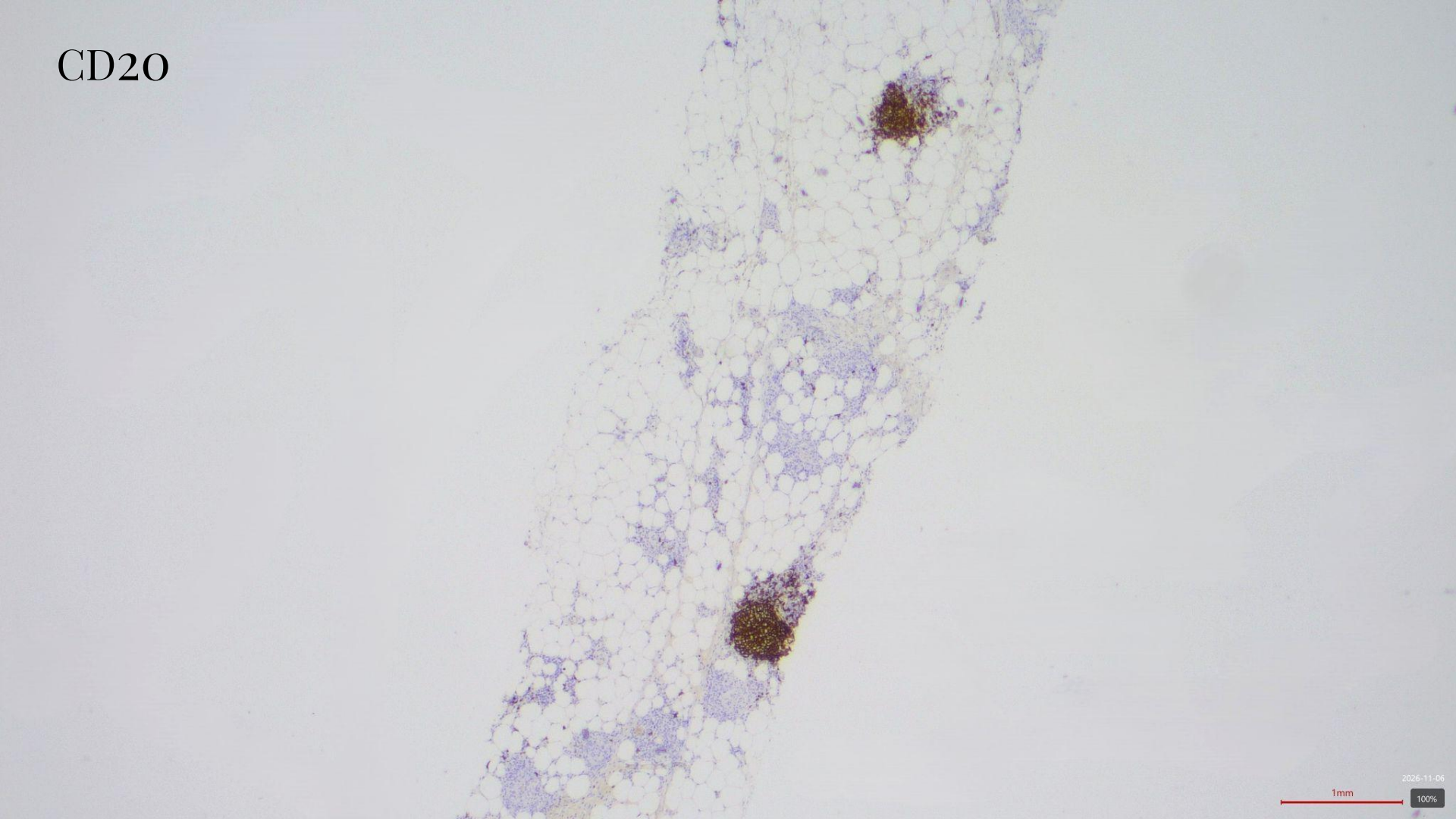

1mm
100%


2025-11-13
1mm
100%

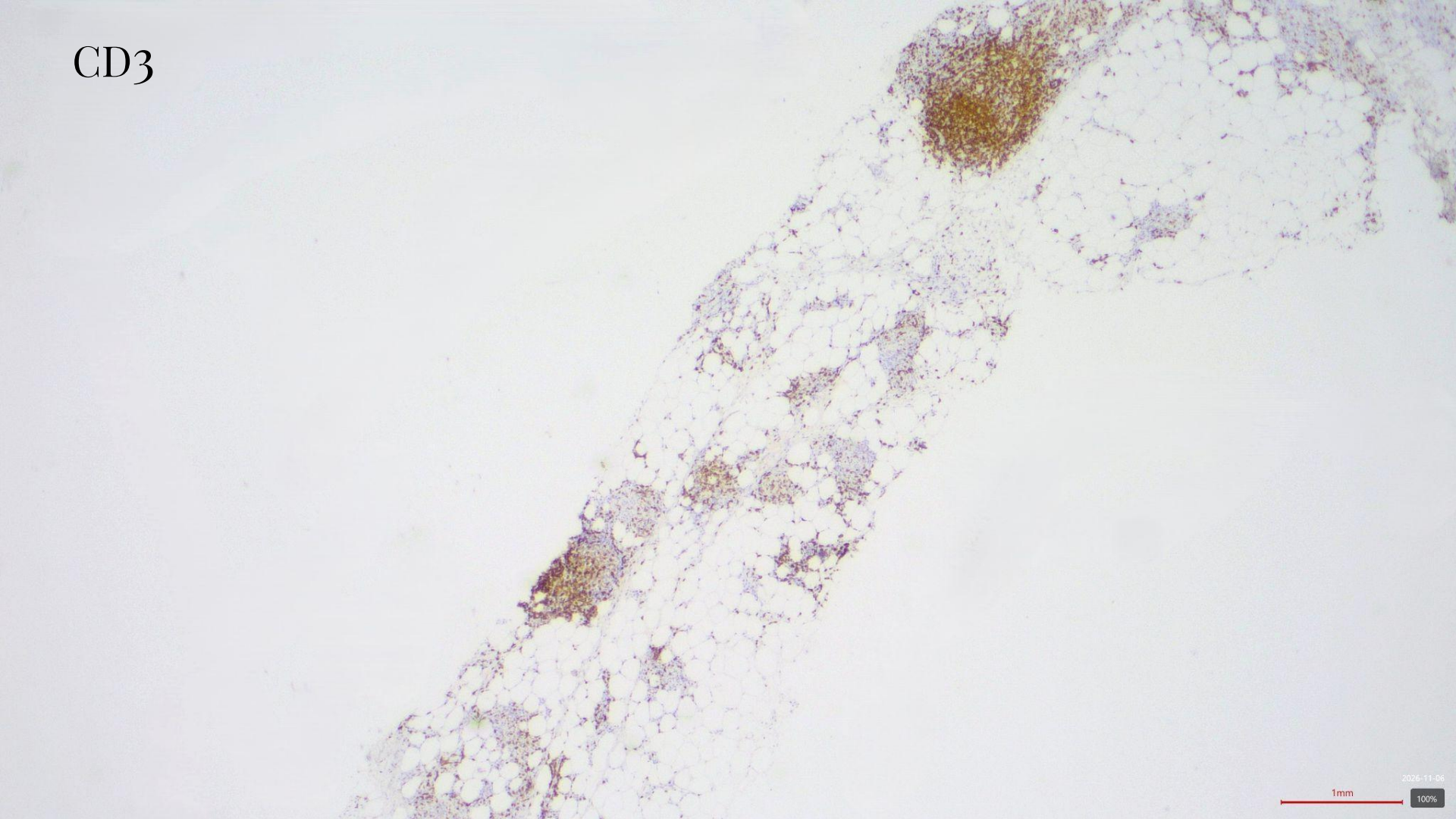

1mm
100%

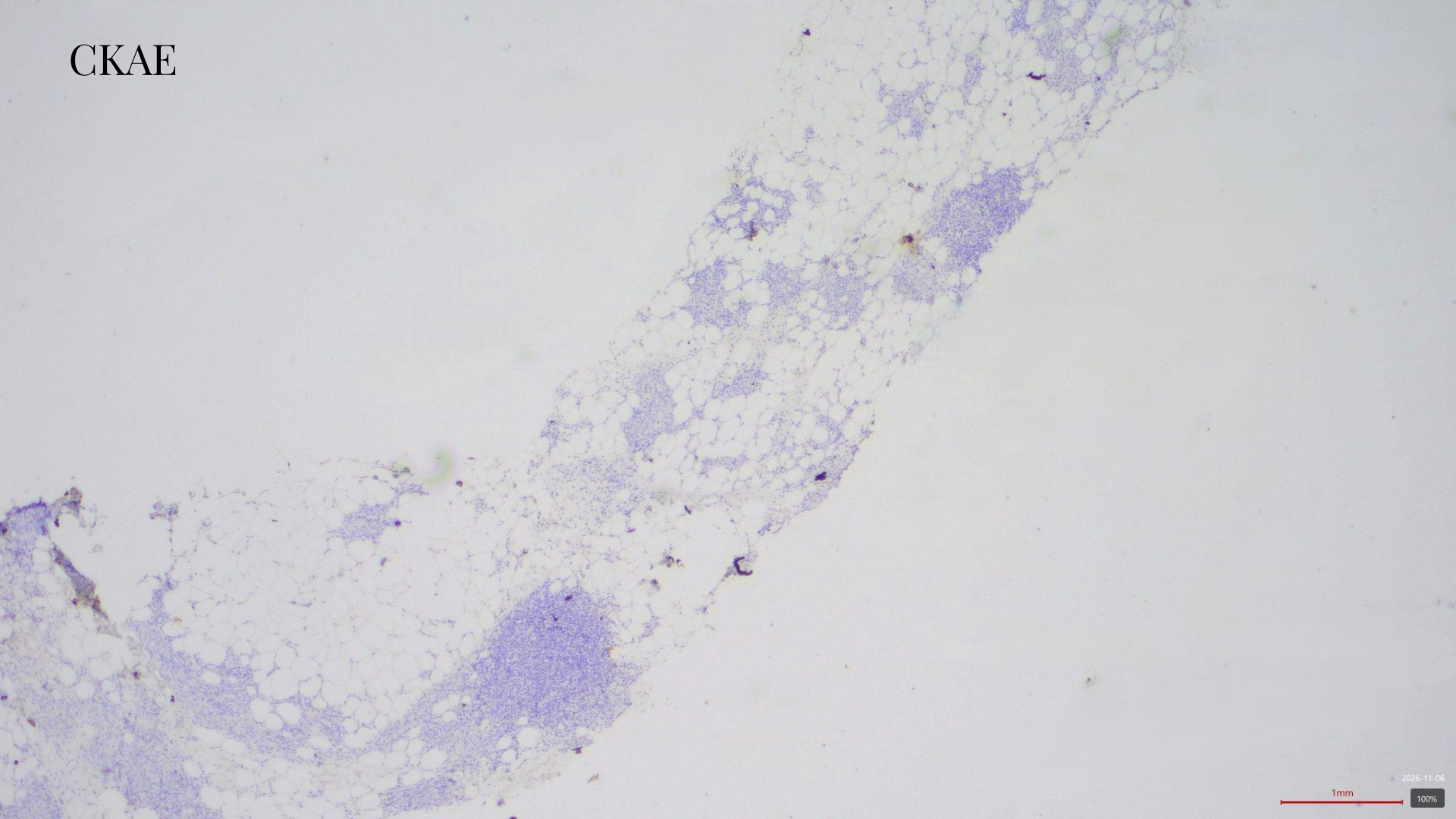
CD163



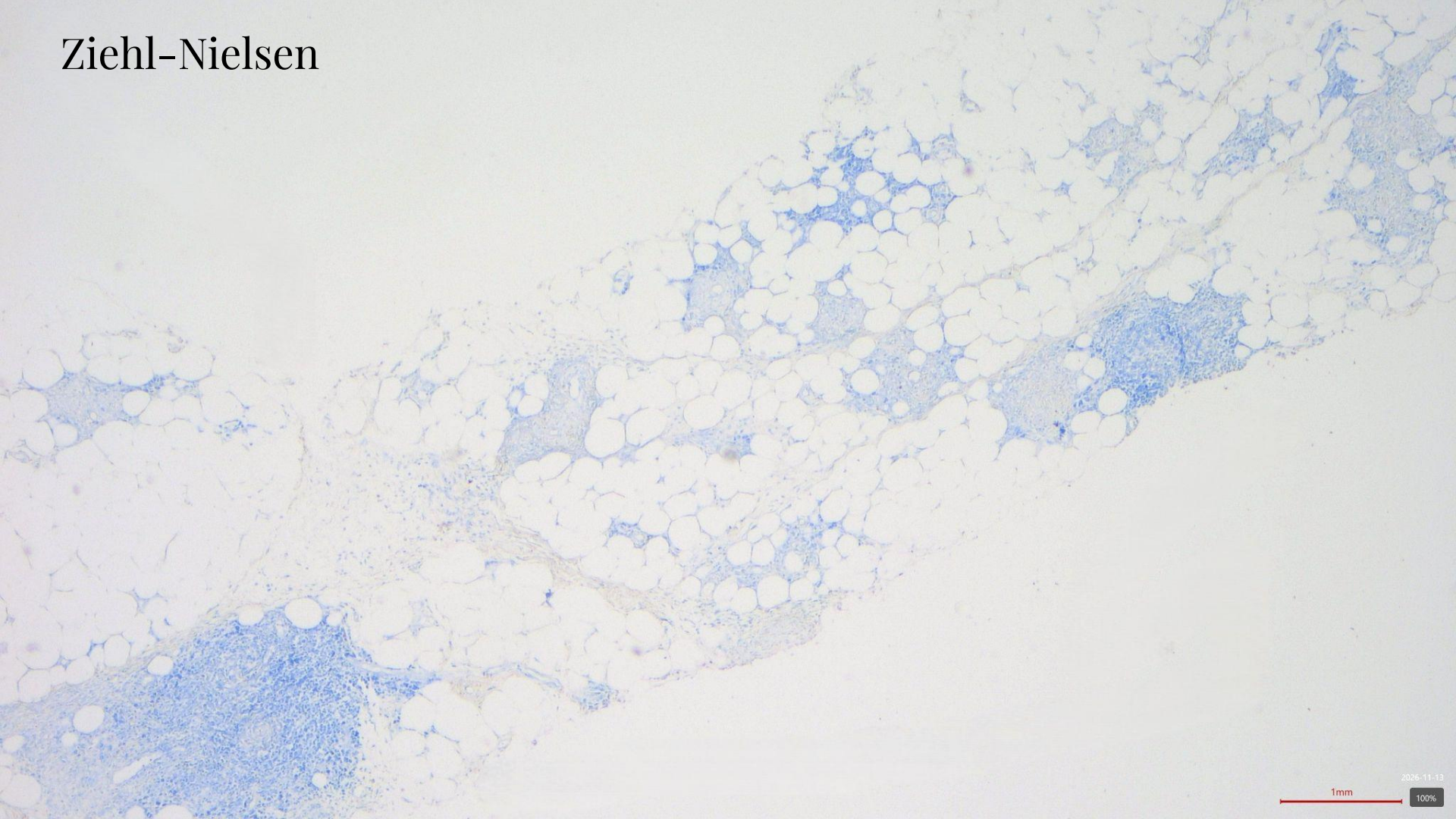

CD20
1mm
100%
2026-11-06

CD3

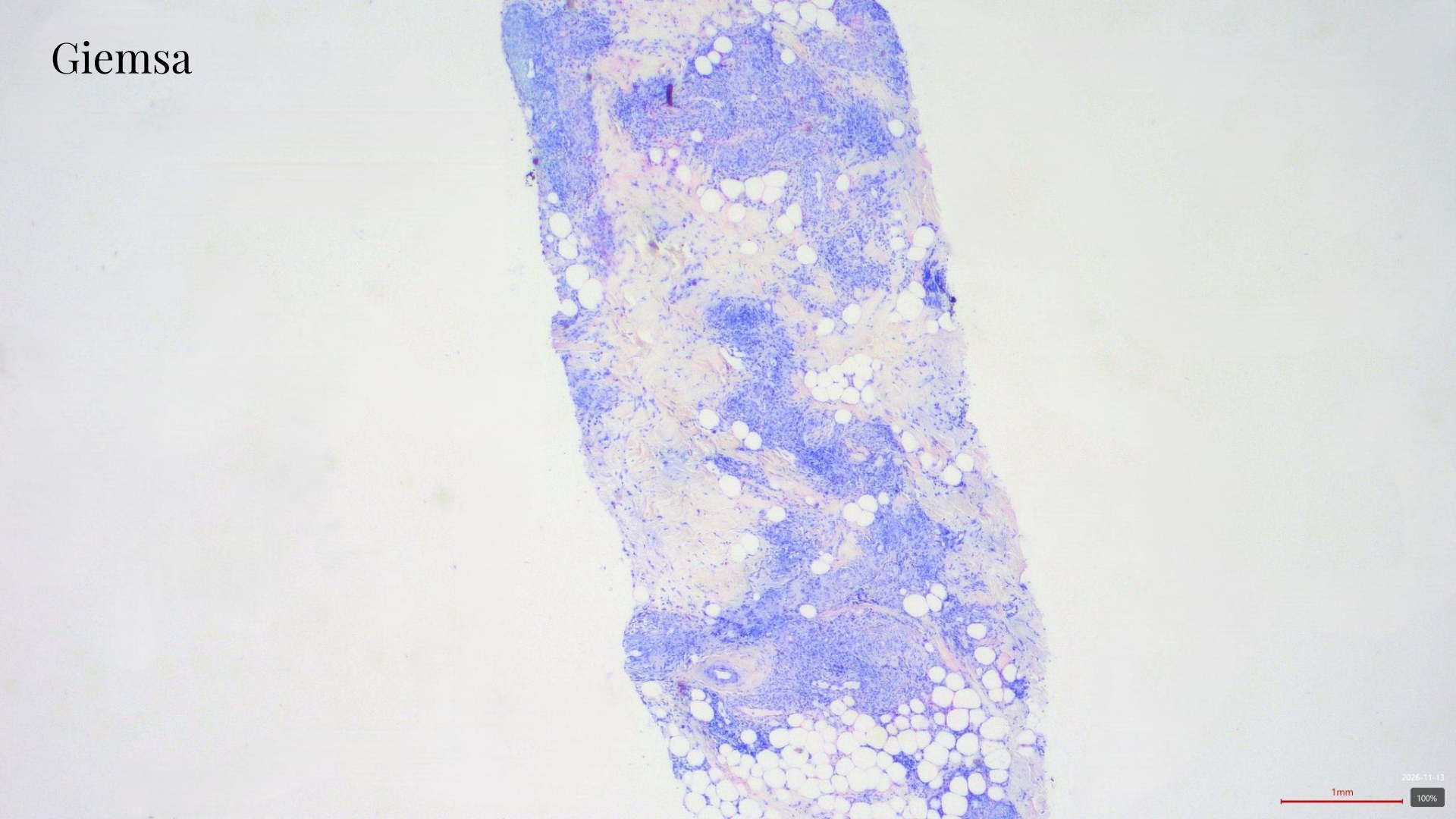



CKAE
2026-11-06
1mm
100%

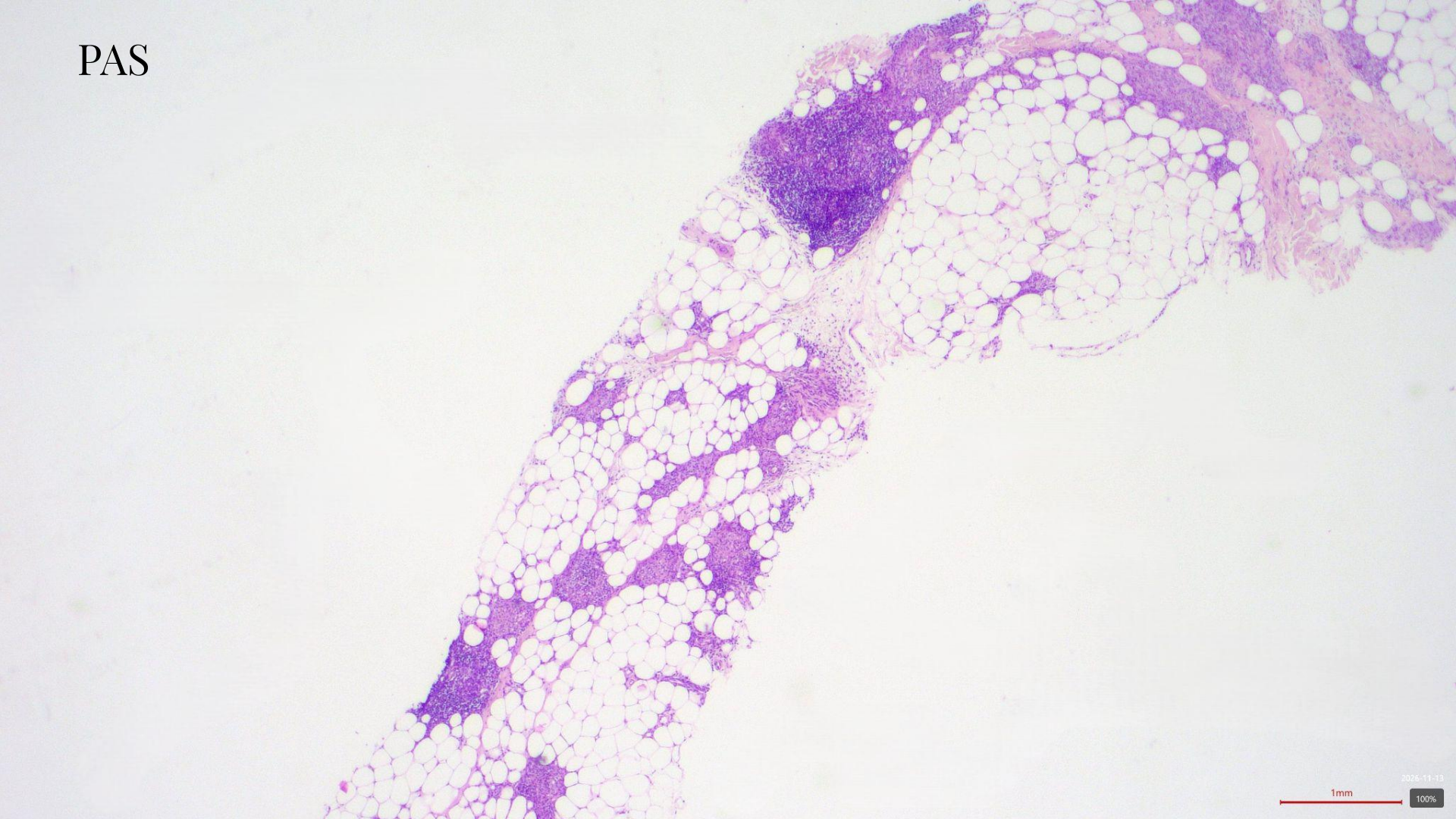
Ziehl-Nielsen



Giemsa



PAS



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

01. PANICULITIS ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO

02. VASCULITIS SISTÉMICA

03. MASTITIS CRÓNICA GRANULOMATOSA

04. SARCOIDOSIS

05. PROCESO INFECCIOSO

06. ANGIOPANICULITIS GRANULOMATOSA MAMARIA



DIAGNÓSTICO

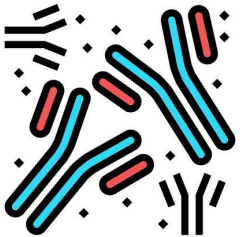
Mama derecha e izquierda:

- Ausencia de lesiones malignas en las muestras.
- Proceso inflamatorio crónico linfohistiocitario granulomatoso con afectación estromal, con patrón de paniculitis mixta septal-lobulillar en relación focal con vasos, sin esteatonecrosis ni asociación a elementos glandulares.
- La imagen es sugestiva de una **angiopaniculitis granulomatosa mamaria**.
- Categoría B2.



- IGRA negativo.
- Serología VHB, VHC y VIH negativa.
- Bioquímica general, hemograma, sistemático de orina y proteinograma anodino.

ESTUDIO EN MEDICINA INTERNA



COAGULACIÓN ESTANDARD

Tiempo de Protrombina (TP)	11,3	segundos	9.4 - 12.5
Es más correcto expresar los resultados de los tiempos de coagulación, no como segundos, sino como razón o ratio del tiempo en el paciente/tiempo de la media en 50 controles, ya que los tiempos dependen del reactivo e instrumento utilizado, POR LO TANTO, LA COMPETENCIA HEMOSTÁSICA DE UN PACIENTE DEBE EVALUARSE SEGÚN A LOS RATIOS, NO A LOS SEGUNDOS.			
Ratio Tiempo de Protrombina	1,00		0,8 - 1,2
Índice de Quick	100	%	75 - 110
INR	1,00		(0.850 - 1.350)

Estudio de anticoagulantes circulantes

Tiempo de Coagulación con Sílica (Screening) *	3,31	segundos	(<1.3)
Tiempo de Coagulación con Sílica (Confirmator	2,21	segundos	
Tiempo de Víbora Russell (Screening) *	2,36	segundos	(<1.3)
Tiempo de Víbora de Russell (Ratio Normalizad	2,15	Ratio/Cociente	

Conclusión Anticoagulantes Circulantes

Estudio de anticoagulante lúpico positivo.

COAGULACIÓN ESTANDARD

Tiempo de Protrombina (TP)	11,3	segundos	9.4 - 12.5
Es más correcto expresar los resultados de los tiempos de coagulación, no como segundos, sino como razón o ratio del tiempo en el paciente/tiempo de la media en 50 controles, ya que los tiempos dependen del reactivo e instrumento utilizado, POR LO TANTO, LA COMPETENCIA HEMOSTÁSICA DE UN PACIENTE DEBE EVALUARSE SEGÚN A LOS RATIOS, NO A LOS SEGUNDOS.			
Ratio Tiempo de Protrombina	1,00		0,8 - 1,2
Índice de Quick	100	%	75 - 110
INR	1,00		(0.850 - 1.350)

Estudio de anticoagulantes circulantes

Tiempo de Coagulación con Sílica (Screening) *	3,31	segundos	(<1.3)
Tiempo de Coagulación con Sílica (Confirmator	2,21	segundos	
Tiempo de Vibora Russell (Screening) *	2,36	segundos	(<1.3)
Tiempo de Víbora de Russell (Ratio Normalizad	2,15	Ratio/Cociente	

Conclusión Anticoagulantes Circulantes

Estudio de anticoagulante lúpico positivo.

Autoinmunidad

Factor Reumatoide	<20	UI/mL	<30
Anti-cardiolipina (IgM)	3,3	MPL U/mL	<12
Anti-cardiolipina (IgG)	8,7	GPL U/mL	<12,0
Anti-dsDNA (IgG)	<10,0	UI/mL	0,0 - 100,0

IMPORTANTE: Cambio de metodología por mejora tecnoógica. Nuevos valores Anti DNAds (Rango normalidad de 0 a 100 UI/mL)

ANA (Anticuerpos Antinucleares)

Positivo

Título: 1/320

Patrón: AC-2, 4, 5 Moteado. Posible asociación clínica con LES, sdme de Sjögren, esclerodermia, miositis o conectivopatía mixta.

Título: 1/160

Patrón: AC-15 a AC-23 Patrón Citoplasmático.

COAGULACIÓN ESTANDARD

Tiempo de Protrombina (TP)	11,3	segundos	9.4 - 12.5
Es más correcto expresar los resultados de los tiempos de coagulación, no como segundos, sino como razón o ratio del tiempo en el paciente/tiempo de la media en 50 controles, ya que los tiempos dependen del reactivo e instrumento utilizado, POR LO TANTO, LA COMPETENCIA HEMOSTÁSICA DE UN PACIENTE DEBE EVALUARSE SEGÚN A LOS RATIOS, NO A LOS SEGUNDOS.			
Ratio Tiempo de Protrombina	1,00		0,8 - 1,2
Índice de Quick	100	%	75 - 110
INR	1,00		(0.850 - 1.350)

Estudio de anticoagulantes circulantes

Tiempo de Coagulación con Sílica (Screening) *	3,31	segundos	(<1.3)
Tiempo de Coagulación con Sílica (Confirmator	2,21	segundos	
Tiempo de Vibora Russell (Screening) *	2,36	segundos	(<1.3)
Tiempo de Víbora de Russell (Ratio Normalizad	2,15	Ratio/Cociente	

Conclusión Anticoagulantes Circulantes

Estudio de anticoagulante lúpico positivo.

Autoinmunidad

Factor Reumatoide	<20	UI/mL	<30
Anti-cardiolipina (IgM)	3,3	MPL U/mL	<12
Anti-cardiolipina (IgG)	8,7	GPL U/mL	<12,0
Anti-dsDNA (IgG)	<10,0	UI/mL	0,0 - 100,0

IMPORTANTE: Cambio de metodología por mejora tecnoógica. Nuevos valores Anti DNAds (Rango normalidad de 0 a 100 UI/mL)

ANA (Anticuerpos Antinucleares)

Positivo

Título: 1/320

Patrón: AC-2, 4, 5 Moteado. Posible asociación clínica con LES, sdme de Sjögren, esclerodermia, miositis o conectivopatía mixta.

Título: 1/160

Patrón: AC-15 a AC-23 Patrón Citoplasmático.

ENAS

Anti-DFS70	Negativo	Negativo
Anticuerpos AMA-M2	Negativo	Negativo
Anti-ribosomas	Negativo	Negativo
Anti-Histonas	Negativo	Negativo
Anti-Nucleosomas	Negativo	Negativo
Anti-dsDNA	Negativo	Negativo
Anti-PCNA	Negativo	Negativo
Anti-Centrómero B	Negativo	Negativo
Anti-Jo1 (Histidil tRNA sintetasa)	Negativo	Negativo
Anticuerpos Anti PM-Scl100	Negativo	Negativo
Anti-Scl 70	Negativo	Negativo
Anti-La (SSb)	Negativo	Negativo
Anti-Ro-52 recombinante	Negativo	Negativo
Anti-Ro (SSa) nativo (60kDa)	Negativo	Negativo
Anti-SM	Negativo	Negativo
Anti-RNP/Sm	Negativo	Negativo

COAGULACIÓN ESTANDARD

Tiempo de Protrombina (TP)	11,3	segundos	9.4 - 12.5
Es más correcto expresar los resultados de los tiempos de coagulación, no como segundos, sino como razón o ratio del tiempo en el paciente/tiempo de la media en 50 controles, ya que los tiempos dependen del reactivo e instrumento utilizado, POR LO TANTO, LA COMPETENCIA HEMOSTÁSICA DE UN PACIENTE DEBE EVALUARSE SEGÚN A LOS RATIOS, NO A LOS SEGUNDOS.			
Ratio Tiempo de Protrombina	1,00		0,8 - 1,2
Índice de Quick	100	%	75 - 110
INR	1,00		(0.850 - 1.350)

Estudio de anticoagulantes circulantes

Tiempo de Coagulación con Sílica (Screening) *	3,31	segundos	(<1.3)
Tiempo de Coagulación con Sílica (Confirmator	2,21	segundos	
Tiempo de Vibora Russell (Screening) *	2,36	segundos	(<1.3)
Tiempo de Víbora de Russell (Ratio Normalizad	2,15	Ratio/Cociente	

Conclusión Anticoagulantes Circulantes

Estudio de anticoagulante lúpico positivo.

Autoinmunidad

Factor Reumatoide	<20	UI/mL	<30
Anti-cardiolipina (IgM)	3,3	MPL U/mL	<12
Anti-cardiolipina (IgG)	8,7	GPL U/mL	<12,0
Anti-dsDNA (IgG)	<10,0	UI/mL	0,0 - 100,0

IMPORTANTE: Cambio de metodología por mejora tecnoógica. Nuevos valores Anti DNAds (Rango normalidad de 0 a 100 UI/mL)

ANA (Anticuerpos Antinucleares)

Positivo

Título: 1/320

Patrón: AC-2, 4, 5 Moteado. Posible asociación clínica con LES, sdme de Sjögren, esclerodermia, miositis o conectivopatía mixta.

Título: 1/160

Patrón: AC-15 a AC-23 Patrón Citoplasmático.

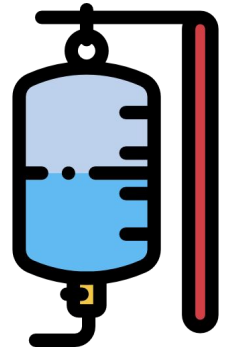
ENAS

Anti-DFS70	Negativo	Negativo
Anticuerpos AMA-M2	Negativo	Negativo
Anti-ribosomas	Negativo	Negativo
Anti-Histonas	Negativo	Negativo
Anti-Nucleosomas	Negativo	Negativo
Anti-dsDNA	Negativo	Negativo
Anti-PCNA	Negativo	Negativo
Anti-Centrómero B	Negativo	Negativo
Anti-Jo1 (Histidil tRNA sintetasa)	Negativo	Negativo
Anticuerpos Anti PM-Scl100	Negativo	Negativo
Anti-Scl 70	Negativo	Negativo
Anti-La (SSb)	Negativo	Negativo
Anti-Ro-52 recombinante	Negativo	Negativo
Anti-Ro (SSa) nativo (60kDa)	Negativo	Negativo
Anti-SM	Negativo	Negativo
Anti-RNP/Sm	Negativo	Negativo

ANCAS Y RELACIONADOS

P-ANCA (MPO) *	227,6	U/mL	<20 U/mL
Con fecha de 16 de septiembre de 2020, hemos procedido al cambio de método de análisis y rango normal de referencia.			
C-ANCA (PR3)	0,0	UA/mL	<25 U/mL
Con fecha de 16 de septiembre de 2020, hemos procedido al cambio de método de análisis y rango normal de referencia.			
Anticuerpos Antiglicoproteina Beta 2 IgM *	34,3	U/mL	<20
Anticuerpos Antiglicoproteina Beta 2 IgG	17,6	U/mL	<20

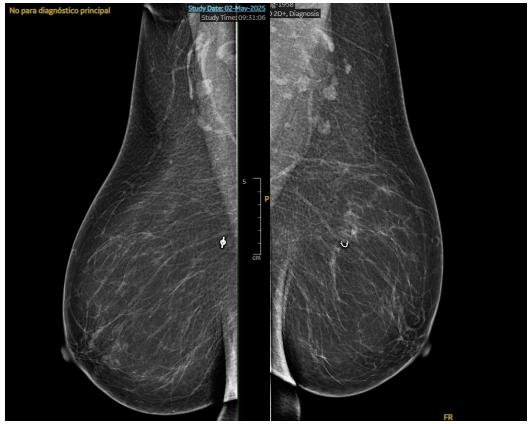
Inicio de tratamiento con rituximab



MAMOGRAFÍA DE CONTROL

Mamas de densidad grasa. Dos marcadores post biopsia en ambos cuadrantes superointerno de ambas mamas. **El marcador de la mama derecha no se asocia con lesiones sospechosas ni aumento de densidad significativo**. El marcador post biopsia localizada en mama izquierda se asocia con leve asimetría ya biopsiado con diagnóstico de benignidad. **La asimetría descrita es menos patente que en estudio previo**. Axilas normales. No se identifican engrosamientos cutáneos.

CONCLUSIÓN: **BI-RADS 2**.



CONCLUSIONES

01. Podemos observar granulomas en múltiples situaciones

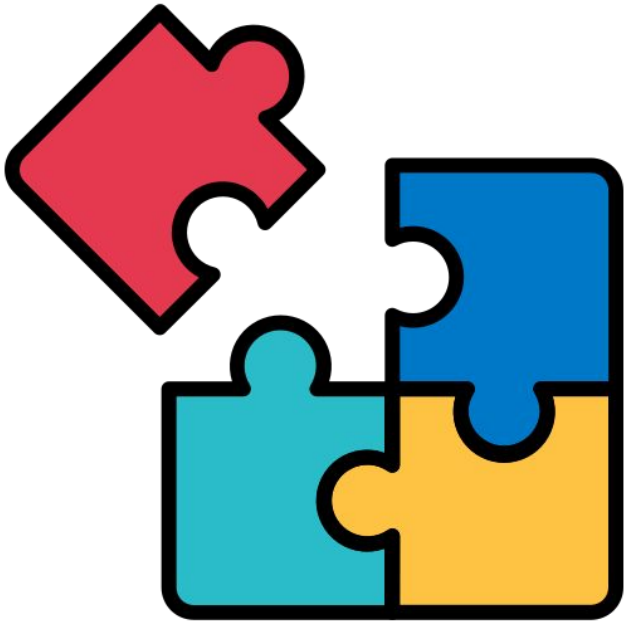
Ectasia ductal, reacciones a cuerpo extraño, infecciones, sarcoidosis, procesos autoinmunes, mastitis crónica granulomatosa, carcinomas...

02. Radiológicamente estas lesiones pueden simular una neoplasia

03. El diagnóstico definitivo es de exclusión

Se deben de descartar siempre microorganismos específicos y enfermedades autoinmunes

04. Y debe quedar integrado en un contexto clínico multidisciplinar



¡GRACIAS!