Carta al editor
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11173.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11173

Carta al editor respecto de: "Mastitis granulomatosa: comparación de modalidades de tratamiento. Estudio multicéntrico"

Letter to the editor regarding: "Granulomatous mastitis: comparison of treatment modalities. Multicenter study".

Rosario Villanes Condorchúa

Estimados editores:

He leído con gran interés el artículo de Santiago Sanabria y otros, titulado "Mastitis granulomatosa: comparación de modalidades de tratamiento. Estudio multicéntrico",[1] el cual constituye un valioso aporte al entendimiento clínico de una enfermedad poco frecuente, pero de gran repercusión en la práctica ginecológica y obstétrica.

El estudio destaca que el tratamiento con esteroides es altamente efectivo como primera opción, al mostrar resolución en la mayoría de los casos en aproximadamente dos meses. Este tratamiento es significativamente más rápido con antibióticos y su efecto se observa en torno a nueve meses y con menos efectos adversos que la cirugía. Estos hallazgos coinciden con estudios internacionales que respaldan el uso de terapias inmunomoduladores en la mastitis granulomatosa idiopática.[2]

No obstante, es fundamental considerar la diversidad etiológica de esta enfermedad, que puede involucrar mecanismos autoinmunitarios, infecciosos u hormonales, lo que exige un abordaje terapéutico individualizado e identificar factores asociados con la recurrencia, como concentraciones bajas de vitaminas D y B_{12} o lesiones extensas. Todo esto podría optimizar la selección del tratamiento y reducir la

Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

ORCID
https://orcid.org/0009-0006-1623-6255

Recibido: noviembre 2025
Aceptado: diciembre 2025

Correspondencia
Rosario Villanes Condorchúa
rosario.villanes@upsjb.edu.pe

Este artículo debe citarse como:
Villanes-Condorchúa R. Carta al editor respecto de: "Mastitis granulomatosa: comparación de modalidades de tratamiento. Estudio multicéntrico".Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11173. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11173

probabilidad de recaída hasta en un 50%.[3] Asimismo, la colaboración multidisciplinaria entre especialistas en ginecología, radiología e infectología es esencial para evitar tratamientos prolongados e ineficaces con antibióticos en cuadros no infecciosos.[4]

El trabajo en mención refuerza la necesidad de establecer protocolos estandarizados que incluyan la indicación racional de esteroides y un seguimiento clínico-radiológico estructurado como base del tratamiento conservador.

En América Latina, donde la manifestación clínica de esta enfermedad puede variar, resulta prioritario promover estudios prospectivos multicéntricos con seguimiento prolongado para confirmar y adaptar estos hallazgos a nuestro contexto.[5] Por ejemplo, en Paraguay se registra una alta tasa de recurrencia; sin embargo, la recaída aún con tratamiento combinado es del 45%, relacionándose básicamente con la falta de datos robustos que definan la causa, y con ello la falta de accesibilidad diagnóstica y terapéutica.[6]

Para finalizar, es importante realizar estudios epidemiológicos en la región buscando fomentar la discusión referente a un tratamiento más personalizado de la mastitis granulomatosa.

Agradezco la contribución tan significativa de índole importante para la sociedad, lo que quedo a disposición desde mi formación académico como futura médico, para desarrollar estrategias que fortalezcan las modalidades de tratamiento de la mastitis granulomatosa.

REFERENCIAS

1. Santiago-Sanabria L, Rendón-Macías ME, Garza-Arrieta J, Sanabria-Villegas LC, Meléndez-Osuna A, Cisneros-Vieyra SA, Rodríguez-Verduzco JC. Mastitis granulomatosa: comparación de modalidades de tratamiento. Ginecol Obstet Mex. 2025; 93 (10): 415-424. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412025001000415&script=sci_arttext#:~:text=https%3A//doi.org/10.24245/gom.v93i10.229
2. Çetinkaya G, Kozan R, Emral AC, Tezel E. Granulomatous mastitis, watch and wait is a good option. Ir J Med Sci 2021; 190 (3): 1117-22. https://doi.org/10.1007/s11845-020-02406-0
3. Basim P, Argun D, Argun F. Risk factors for idiopathic granulomatous mastitis recurrence after patient-tailored treatment: do we need an escalating treatment algorithm? Breast Care 2022; 17 (1): 172-79. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9149487/
4. Esmaeil NK, Salih AM, Hammood ZD, et al. Clinical, microbiological, immunological and hormonal profiles of patients with granulomatous mastitis. Biomed Rep 2023; 41 (18): 1-8. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10265128/
5. Wang X, He X, Liu J, et al. Immune pathogenesis of idiopathic granulomatous mastitis: from etiology toward therapeutic approaches. Front Immunol 2024;15 (12955759): 1-13.
6. Montiel Jarolin D, Samudio M, Jarolin Montiel SM. Mastitis granulomatosa, características clínicas y tratamiento. Rev parag reumatol 2025; 11 (1): 16-20. https://www.revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/221

Respuesta acerca del comentrario efectuado al artículo: Mastitis granulomatosa: comparación de modalidades de tratamiento. Estudio multicéntrico.

Estimados editores:

Agradezco profundamente a la Dra. Rosario Villanes Condorchúa por el interés mostrado en nuestro artículo “Mastitis granulomatosa: comparación de modalidades de tratamiento. Estudio multicéntrico”, así como por sus valiosos comentarios que enriquecen la discusión del tratamiento de esta entidad clínica tan compleja y heterogénea.

Coincido plenamente en que la mastitis granulomatosa es una entidad heterogénea, con diversas etiologías, lo que hace que su diagnóstico signifique un reto para el clínico, ya que puede involucrar mecanismos autoinmunitarios, infecciosos o combinados, lo que obliga a adoptar un enfoque terapéutico individualizado. Por ejemplo, Fernández y su grupo reportaron la importancia de hacer una evaluación diagnóstica íntegra, en donde se incluya el análisis histopatológico y microbiológico dirigido, sobre todo a la sospecha de agentes infecciosos, con el fin de optimizar la selección del tratamiento y de las terapias antibióticas prolongadas innecesarias.[1]

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11173

Tal como se menciona en la carta, en nuestro estudio se evidenció que el tratamiento con esteroides sistémicos se asoció con una resolución clínica más rápida y con una menor tasa de complicaciones en comparación con el tratamiento quirúrgico y la prescripción de antibióticos, hallazgos que coinciden con lo reportado en la bibliografía internacional. Igualmente, diversos estudios como el de Montazer y colaboradores, han respaldado el papel central de los corticoesteroides en esta entidad, en donde se destaca su eficacia como estrategia de primera línea cuando se han descartado las causas infecciosas específicas.[2]

Asimismo, la recurrencia continúa siendo uno de los principales retos en el tratamiento de esta enfermedad. En un metaanálisis publicado por Sarmadian y su grupo se demostró que los esquemas combinados que incluyen esteroides y metotrexato presentan tasas de recaída significativamente menores en comparación con la monoterapia o con las intervenciones quirúrgicas aisladas, lo que apoya el uso racional de terapias inmunosupresoras en casos seleccionados.[3] De manera complementaria, se han documentado en investigaciones recientes criterios radiológicos útiles para decidir el momento de finalizar la terapia con esteroides, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento clínico-radiológico protocolizado.[4]

Ante estos casos es imperativo contar con una colaboración multidisciplinaria entre ginecología, radiología y patología para poder establecer diagnósticos más precisos y estrategias terapéuticas efectivas. Los enfoques integrales y adecuadamente protocolizados no solo acortan la duración del tratamiento, sino que también mejoran los desenlaces clínicos y la calidad de vida de las pacientes.[5]

Finalmente, coincidimos con la Dra. Villanes, en que existe la necesidad de impulsar estudios prospectivos y multicéntricos en América Latina, con seguimiento a largo plazo, que permitan comprender mejor las particularidades epidemiológicas regionales y avanzar hacia un tratamiento más personalizado de la mastitis granulomatosa.

Agradecemos nuevamente el interés y los comentarios hacia nuestro manuscrito que enriquecen el debate científico y fortalecen la construcción de evidencia en torno a esta compleja enfermedad.

Leopoldo Santiago-Sanabria

REFERENCIAS

1. Fernández G, Sehringer I, Blanco E, Fernández M, Mata D. Mastitis granulomatosa: experiencia diagnóstica y terapéutica multidisciplinaria del Hospital Argerich de Buenos Aires. Rev Senol Patol Mamar (Senology & Breast Dis). 2024;37(1):100547. https://doi.org/10.1016/j.senol.2023.100547
2. Montazer M, Dadashzadeh M, Moosavi Toomatari SE. Comparison of the outcome of low-dose and high-dose corticosteroid in the treatment of idiopathic granulomatous mastitis. Asian Pac J Cancer Prev. 2020;21(4):993-996. https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.4.993
3. Sarmadian R, Safi F, Sarmadian H, Shokrpour M, Almasi-Hashiani A. Treatment modalities for granulomatous mastitis, seeking the most appropriate treatment with the least recurrence rate: a systematic review and meta-analysis. Eur J Med Res. 2024;29(1):164. https://doi.org/10.1186/s40001-024-01761-3
4. Çetin K, Sıkar HE, Feratoğlu F, Taşdoğan B, Güllüoğlu BM. Treatment of granulomatous mastitis with steroids: should the decision to end the treatment be made radiologically? Eur J Breast Health. 2024;20(1):25-30. doi:10.4274/ejbh.galenos.2023.2023-9-2
5. Redfern RE, Crawford DA, Lombardi AV, Cholewa JM. Outcomes vary by pre-operative physical activity levels in total knee arthroplasty patients. J Clin Med. 2024;13(1):125. https://doi.org/10.3390/jcm13010125