Revista Venezolana de Oncología

TUBERCULOSIS MAMARIA
A PROPÓSITO DE UN CASO

DRA. CLEOTILDE E. IZARRA*; DR. A. TORRES**; DR. S. MENDOZA***; DR. J. LUQUE****

RESUMEN: Se trata de un estudio de caso en una paciente femenina de 47 años, con una tuberculosis mamaria de presentación tumoral. Es una enfermedad rara, en la que poco se piensa. El tumor cambia en su morfología, lo que hace mas difícil su diagnostico y la diferencia con cáncer de mama. En definitiva son la prueba tuberculínica positiva; la histología, que muestran los granulomas y la presencia de Mycobacterium Tuberculosis en el cultivo especifico; quienes certifican la Tuberculosis. Se indica tratamiento antituberculoso con evolución satisfactoria.

Palabras Claves: **Tumor, Tuberculosis mamaria**

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis representa un Problema de Salud Pública en muchos países del mundo. Es una enfermedad infecciosa transmisible, causada por un Bacilo, comúnmente conocido como Bacilo de Koch. Es Robert Koch quien lo aísla en el año 1882 de un cultivo, por primera vez, identificando al germen causal como Mycobacterium Tuberculosis [1,6]

En Venezuela, para el año 1936, la cifra de Tuberculosis fue de 150 casos por 1.000 habitantes, cuando se instalan los Programas Supervisados Antituberculosos. Siendo la cifra actual de 25 casos por 1.000 habitantes. Desde el año 1996 hay un repunte, con la aparición de 6.000 casos en el año 2000 de los cuales el 60% es tuberculosis bacilífera contagiosa. Según cifras de Registro Nacional, mueren 1.000 personas al año por esta enfermedad en el país. En los últimos 10 años unos 3.000.000 de personas en el mundo.

* Cirujano General.
** Medicina Interna
*** Anatomopatólogo
**** Neumonólogo
Ambulatorio Dr. Luis Richard D. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. La Victoria. Edo. Aragua

Afecta a seres humanos, bovinos y otras especies. Es mas frecuente en su forma pulmonar que en la extrapulmonar. Esta ultima se puede localizar en el aparato digestivo, genitourinario, linfáticos y otros.

Al ubicarse en la glándula mamaria como un tumor, se puede confundir con un cáncer inflamatorio o escirroso; de esto se ha escrito poco. Es una enfermedad rara; con una incidencia menor de 0,1% de todas las lesiones detectadas en la mama en Naciones desarrolladas y en un 3 a 4% en países en vías de desarrollo [1,2]. Puede ser primaria o secundaria a otro foco infeccioso; en esta ultima se considera la vía hematógena, linfática, pleura y parrilla costal. A propósito, en este caso no se encuentra puerta de entrada del germen causal.

METODOS

Una mujer de 47 años es referida de la Emergencia a la Consulta de Cirugía por presentar un tumor de unos 2,5 cm, abcedado, drenando secreción de aspecto purulento, a través de la incisión en la lesión; con reacción inflamatoria en piel y ubicado en cuadrante superoexterno de la mama derecha. Recibe tratamiento con Oxacilina Sódica a razón de 500 mg, endovenoso, cada 6 horas. Al interrogatorio revela evolución de la tumoración desde hace aproximadamente 6 meses; cuando se le diagnosticó un quiste simple de la mama, posterior a ecosonograma mamario y mamografía. Le fue drenado por punción-aspiración y, la paciente refiere "dureza" en la mama y perdida de peso. La mamografía demuestra un nódulo de 2 cms, de aspecto radiológico benigno y el ecosonograma sugiere biopsia del quiste por ser en parte sólido. Al liquido obtenido de la punción aspiración, le hacen citología y bloque celular. Después de una semana presenta cuadro de absceso en la mama con fiebre de 39ºC, malestar general; motivo que la lleva a consultar en la Emergencia del Centro. Se debe enfatizar que la perdida de peso fue de aproximadamente 10 kilogramos, en los 6 meses de evolución de la enfermedad.

Se le realiza limpieza quirúrgica en el área de la cavidad del absceso y previamente se toma muestra de cultivo y antibiograma para hongos y bacterias, radiografía de tórax, exámenes de laboratorio (Hematología, USG, UDRL, HIV, examen de orina) y biopsia con aguja de Trucut. Se pide ecosonograma que reporta tumor sólido de 2.5 mm en hora IX de mama derecha y tumor sólido en radial 3, de la misma mama de 22 mm. Se lleva el caso a discusión con el Radiólogo, Medico Internista, Cirujano y Neumonólogo, ante el reporte de una citología sospechosa de malignidad, cultivo para bacterias y hongos negativos: radiografía de tórax normal y exámenes de laboratorio dentro de valores normales, con una Lesión Granulomatosa en Biopsia con Ziehl-Nielsen negativo. Se hace entonces, BK en esputo que fue negativo, una mamografía que muestra una imagen nodular en Cuadrante Infero Interno y lesión espiculada en cola de mama derecha, con adenopatía axilar de aspecto inflamatorio. La prueba de intradermoreacción (P.P.D.) o tuberculínica fue francamente positiva, mayor de 35 mm, con necrosis de piel en el área de punctura, a nivel del antebrazo izquierdo. Se envía entonces muestra, para cultivo de Secreción Especifico para Tuberculosis, que reporta luego de 2 meses, Mycobacterium Tuberculosis positivo (3+). El resultado de la biopsia; proceso inflamatorio severo de tipo crónico (linfocitos, plasmocitos, macrófagos) y focos de necrosis central; acompañado de células gigantes de tipo Langhns (Fig. 1). Las coloraciones especiales tipo PAS (hongos) y Ziehl-Nielsen, fueron negativas (Fig. 2). La Serología para hongos con el método de Inmunodifusión en Agarosa Gel: no observa líneas de identidad contra los antígenos: Histoplasmina, Candidina, Aspergilina y Paracoccidiodina en la muestra analizada. El cultivo especifico para Bacilo de Koch, de la secreción en mama, reporta: BK Directo: No se observaron BAAR en la muestra analizada (300 campos observados), Cultivos (Medios de Lowenstein – Jensen): Positivo 3+ para Mycobacterium Tuberculosis.

Se inicia tratamiento antituberculoso supervisado en dos fases: Intensiva, de 2 meses de duración; de seis (6) días por semana; a base de: Etambutol 1.200 mgs; Isoniacida 300 mgs., Rifampicina 600 mgs, Pirazinamida 1.500 mgs. (peso menor de 50 kgs.) de lunes a sábado. Al finalizar esta fase se inicia el tratamiento de mantenimiento con una segunda fase de 4 meses de duración Isoniacia 600 y Rifampicina 600 mg, 3 veces por semana. Al comienzo la paciente pesa 48 kilogramos, al finalizar el tratamiento pesa 56 kilogramos. Con evolución satisfactoria en sus condiciones generales y la lesión a nivel de la mama solo presenta cicatriz a nivel del cuadrante superior externo de la mama; sin adenopatías axilares.

FIGURA Nº 1
Biopsia mamaria: proceso inflamatorio severo de tipo crónico (linfocitos, plasmocitos, macrófagos) y focos de necrosis central; acompañado de células gigantes de tipo Langhans. Coloración hematocilina-eosina

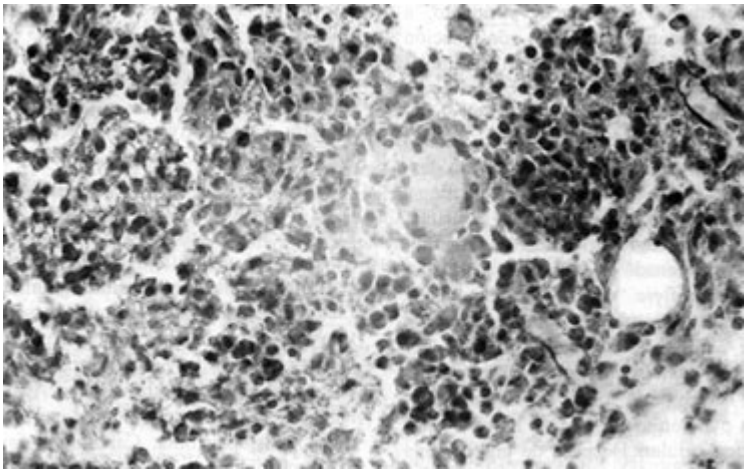


FIGURA Nº 2
Biopsia mamaria: coloración especial tipo PAS (hongos), con resultado negativo

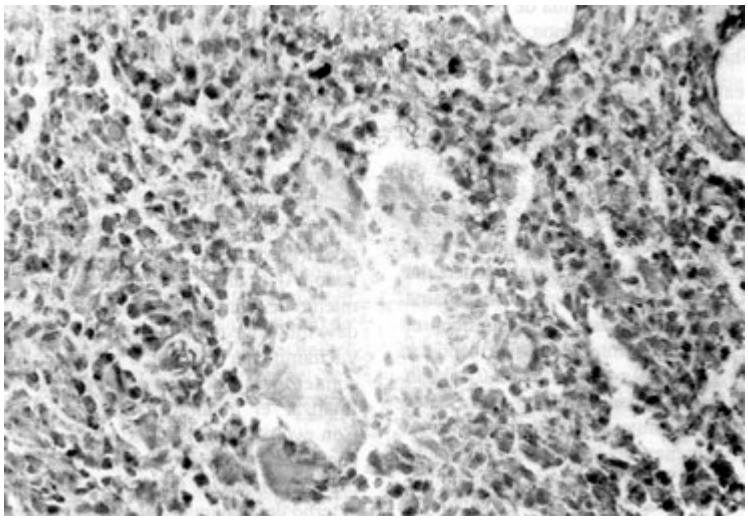
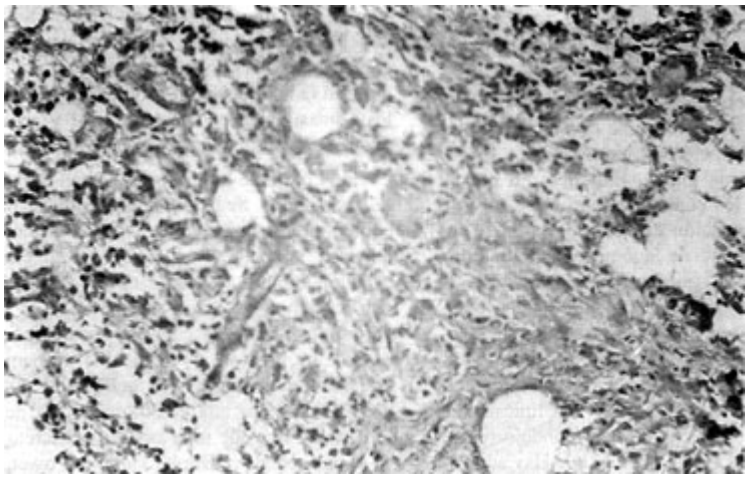


FIGURA Nº 3
Biopsia mamaria: con coloración de Ziechl-Nielsen, resultado negativo



DISCUSIÓN

La tuberculosis mamaria la describe por primera vez Sir Asttley Cooper en el año de 1929 [3,4]. Es muy poco frecuente; en Países Desarrollados, representa un 0,25% de todas las enfermedades de la mama tratadas quirúrgicamente. Solo 50 casos presentaron tuberculosis mamaria de 75.000 pacientes con tuberculosis pulmonar. Entre los años 1938 y 1967 solo hay reporte de 5 casos de un total de 8.000 estudios histológicos y en otro estudio de 2.141 enfermos hay 2 casos. [1,4]

La afectación tuberculosa de la mama, es mas común en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 50 años, sobre todo embarazadas, lactantes y multíparas. Es muy rara en posmenopáusicas, prepúberes y varones. Se consideran otros factores como traumatismo, mastitis supurativa y pobre estado de salud general. La lactancia en presencia de un estado de desnutrición incrementa la susceptibilidad para tuberculosis.

La vía de penetración en la mama del Bacilo tuberculoso es a través de los conductos galactóforos, por extensión directa del pulmón, costillas, linfáticos, por los ganglios axilares y vía hematógena [5].

Se describen dos formas clínicas de tuberculosis mamaria: la primaria, en la que la afectación en la mama es la única manifestación y, la secundaria, cuando una vez diagnosticado un foco de tuberculosis en otra localización se infarta la mama en el curso de la enfermedad. En este caso, la paciente niega antecedentes de importancia; se descarta infección extramamaria y la puerta de entrada del bacilo es desconocida, al igual que se describe en la tuberculosis mamaria primaria. La mastitis tuberculosa se clasifica en tres grupos: nodular, diseminada y esclerosante. Clínicamente se pueden confundir con neoplasias. Mientras que la tuberculosis nodular, con fibroadenoma o carcinoma. La tuberculosis diseminada se confunde con carcinoma inflamatorio. La tuberculosis esclerosante, puede producir fibrosis extensa y retracción del pezón; fácilmente se puede decir que es un carcinoma escirro [6].

A propósito del caso que nos ocupa, clínicamente se presenta como una lesión cambiante en su morfología, que pasa de un quiste simple a un tumo sólido quístico y de este a un nódulo sólido, que luego se abceda y después hace otra tumoración con idénticas características en la misma mama. Esta descrito que la dilatación de los conductos bajo el pezón y la ectasia con retención de secreciones en su interior se acompaña de fenómenos inflamatorios periductales que pueden complicarse con la formación de abscesos, los cuales pueden fistulizarse o la formación de una mastitis de células plasmáticas, con formación de masa tumoral, cuyo diagnostico diferencial mas importante es el carcinoma mamario [7]. Clínicamente puede verse como un tumor duro, indoloro, mal delimitado, que crece con rapidez.

Hay además tumefacción de ganglios axilares y la piel de la mama que recubre el tumor puede estar enrojecida adherida al nódulo [8]. La mastitis crónica especifica de causa tuberculosa, se debe a una extensión de la enfermedad al interior de la glándula mamaria. En 3 casos presentados en los últimos 10 años en que se muestran como nódulos mamarios, sin clínica ni radiología especifica; se consideran secundarios a vía hematógena [5].

La Enfermedad Inflamatoria de la mama aborda las diversas afecciones agudas y crónicas, tales como: mastitis aguda puerperal por Estafilococo áureos, absceso retroareolar recidivante y fístula mamaria secundaria o metaplasia escamosa, ectasia de conductos o mastitis periductal que tiende a fistulizarse. La mastitis de células plasmáticas con formación de masa tumoral, se pueden confundir con un carcinoma. La necrosis grasa y la mastitis granulomatosa son cuadros de evolución tórpida que dan origen a masa de aspecto tumoral y se plantea el diagnostico diferencial con neoplasia [7].

Hay, en otros países como Rumania y México, reporte de casos similares de forma tumoral que se confunden con un carcinoma. Hasta ahora el estudio mamografico sumado a la aspiración con aguja fina no ayudan para el diagnostico de mastitis tuberculosa [9,10]. Se ha descrito la apariencia ultrasónica de la tuberculosis intestinal hepática, peritoneal y su diferencia con enfermedad de los linfáticos [11].

En el presente estudio se utiliza el ultrasonido en la mama. Se exploran las lesiones con un equipo de alta resolución y la aplicación de Dopler Color y Power. En la mama derecha, en el parénquima a nivel del radial 3 determina una imagen ecomixta ovalada de 22,8 x 9,7 x 25,4 mm; la cual presenta dos zonas hipoecoicas en su interior, de contenido firmemente granular con comunicación amplia entre ambas y delimitado por una pared hipoecoica de 1,6 mm x 2,5 mm de reforzamiento discreto. En su zona medial, el Dopler Color y Power, detecta un vaso sanguíneo con flujo de mediana y alta resistencia de hasta 40 mm/seg, de velocidad. La imagen descrita presenta características similares a las de un ganglio afectado, de localización intraparenquimatosa.

Una biopsia escisional es definitiva para diagnosticar la mastitis tuberculosa. Siempre es difícil especialmente en procesos con células inflamatorias crónicas. En este caso es mandatorio demostrar el bacilo ácido resistente. El Ziehl-Nielsen revela los bacilos y ayuda en el diagnostico [3,12]. En el presente estudio la biopsia se toma por punción con aguja de Trucut, en la tumoración abcedada y en la del nódulo de la misma mama, mostrando granulomas con Ziehl-Nielsen negativo. Si estos bacilos no aparecen, la probabilidad de que sea una mastitis granulomatosa no puede ser descartada [13]. El resultado del cultivo especifico para tuberculosis Lowestein Jensen, es quien define el diagnostico con la presencia del Mycobacterium tuberculosis, positivo (3+).

El tratamiento de la mastitis tuberculosa incluye el quirúrgico, sumado a la terapia antituberculosa. Si la lesión es pequeña la sola refección es suficiente, pero las lesiones grandes serán tratadas con simple mastectomía. En el presente caso se da a la paciente el tratamiento antituberculoso supervisado y se inicia con una fase intensiva en dos meses y una fase de mantenimiento de 4 meses de duración. Previamente el tumor abcedado drenado, se hizo limpieza quirúrgica con evidente mejoría, hasta su cicatrización.

Se alcanza una evolución satisfactoria de la enfermedad en el caso, después del tratamiento; logrando con éxito la curabilidad de la paciente hasta el presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haagensen en CD. *Infections of the breast*. 2nd. Ed. Philadelphia: Saunders, 1971: 335-6
2. Hamit H.F., Ragsdale. TH. *Mammary Tuberculosis*. JR Soc. Med 1982; 75:764.
3. Mendes W., LeviM., GC. Tuberculosis mamaria. Reporte de caso y revisión de literatura. Rev. Hosp. Clin Fac. Med Sao Paulo, 1966; 51:136-7
4. Celedonio M., Espino M., Angelino B. *Tuberculosis mamaria*. Rev Ginecología y Obstetricia 2000; 46(3).
5. Hernández G.A. *Avances en Mastología*. Editorial Universitaria. Enfermedades Inflamatorias de la Mama. 1 ed. Chile, 1992. 131-36
6. Shinde SR, Chandawarkar R.Y., Deshmukh SP. *Tuberculosis de la mama enmascarada como carcinoma*. Estudio de 100 pacientes. J Mundial Cir. 1995; 19:379-81
7. Pabst Y. *Enfermedades Inflamatorias de la Mama*. Bd. Hosp. San Juan de Dios. Chile, 1992; 39(6):328-36
8. Fernández Cid A y colab. *Patología mamaria*. Procesos Inflamatorios de las glándulas mamarias. Salvat ediciones. Barcelona. España, 1982. 202
9. Divan Rv, Shinde SR: *Tuberculosis de mama. Un estudio clinicoradiologico*. Journal Radiol India. 1980; 34:357
10. Vassilakos, P. tuberculosis de la mama: hallazgos citologicos con aspiracion aguja fina. Acta Citologica 1973; 17:160
11. Batra A, Gulati MS; Sarma D. *Apariencia ultra sonica en tuberculosis abdominal*. Journal Clin Ultrasonido 2000; 28(5):233-45
12. Talei, AR. *Tuberculosis mamaria.* Reporte de un caso en un hombre. Journal Med Iran 1999; 24(12):74-6
13. Kessler E., Wolloch Y. mastitis Granulomatosa. Una lesion simulando un carcinoma. J Patol lin Am 1972; 58:742-6
14. Chaudhuri M., Sen S, Sengupta J. *tuberculosis: un estudio de 10 años*. Jfd. Med. ASSO. 1995; 93:445-7
15. Wilson Ts, Mc Gregor Jw. *El diagnostico y tratamiento de la mama.* Can Med Assoc 1963; 89:1118
16. Divo A. microbiología Médica. Editorial Interamericana. Género My cobacterium: Tuberculosis y micobacteriosis. 3ra edición, México, 1977. 191-9.