



Tuberculosis de mama. Reporte de un caso

Manuel Antonio Ochoa Aguilar,* Juan David Ortiz Martínez**

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

La tuberculosis de mama es una enfermedad poco frecuente; en países desarrollados se estima una prevalencia de 0.1% y en los en vías de desarrollo, entre 3 y 4%. En la bibliografía se refieren casos de mastectomías simples confundidas con cáncer de mama. Se reporta el caso de una mujer de 35 años de edad con factores de riesgo para tuberculosis (comunidad con alta prevalencia de la enfermedad y no contar con la vacuna BCG). La paciente tenía un padecimiento de tres meses de evolución, con un tumor doloroso en la mama izquierda, concomitante con adenomegalia axilar. El estudio ultrasonográfico mostró un absceso mamario posterior; se indicó tratamiento con antibióticos, pero la respuesta fue nula. Se obtuvo una biopsia que reportó mastitis crónica granulomatosa con necrosis caseosa focal y células gigantes aisladas tipo Langhans. Se ofreció tratamiento antituberculoso con respuesta satisfactoria al mismo.

Palabras clave: tuberculosis de mama, tumoración, tratamiento antituberculoso.

ABSTRACT

Breast tuberculosis is a rare form of tuberculosis, in developed nations its prevalence is 0.1%. In undeveloped nations it is between 3 and 4%. Less frequently breast tuberculosis cases are presented. Some texts deals with simple mastectomy cases understood as breast cancer (6, 8, 9). There is a case. She is a 35 years old woman; she is from Piedras Clavadas, Tihuatlán. She belongs to high prevalence tuberculosis community, and she has not received BCG vaccine. She presents painful tumor which has developed during 3 months in her left breast, and armpit adenomegaly. The ultrasonography report presents back breast abscesses and low response to antibiotic treatment. Chronic granulomatous mastitis with focal cheesy necrosis and isoleted Langhans' giant cells responding positively to antituberculosis treatment are reported by the biopsy.

Key words: Breast tuberculosis, tumor, antituberculosis treatment.

RÉSUMÉ

La tuberculose du sein est une maladie peu fréquente ; dans des pays développés on estime une prévalence de 0.1% et dans les pays en voie de développement, entre 3 et 4%. La bibliographie rapporte des cas de mastectomies simples confondues avec cancer du sein. On communique le cas d'une femme de 35 ans avec des facteurs de risque pour tuberculose (communauté avec haute prévalence de la maladie et manque du vaccin BCG). La patiente avait une souffrance de trois mois d'évolution, avec une tumeur douloureuse au sein gauche, concomitante avec adénomégalie de l'aisselle. L'étude de l'ultrason a montré un abcès mammaire postérieur ; on a indiqué le traitement avec antibiotiques, mais la réponse a été nulle. Une biopsie a été obtenue, elle a rapporté mastite chronique granulomateuse avec nécrose caséuse focale et des cellules géantes isolées du type Langhans. On a offert un traitement antituberculeux avec réponse satisfaisante.

Mots-clés: tuberculose du sein, tuméfaction, traitement antituberculeux.

RESUMO

A tuberculose mamária é uma doença pouco freqüente; em países desenvolvidos se estima uma prevalência de 0,1% e em países em desenvolvimento se estima de 3 e 4%. A bibliografia se refere a casos de mamografia simples confundidos com câncer de mama. Comunica-se um caso de uma mulher de 35 anos de idade com fatores de risco para tuberculose (comunidade com alta prevalência da doença e não contar com a vacina BCG). A paciente tinha um padecimento de três meses de evolução com um tumor doloroso na mama esquerda, concomitante com adenomegalia axilar. O estudo do ultra-som mostrou um abscesso mamário posterior; foi medicada com tratamento através de antibióticos, tendo uma resposta nula. Foi feita uma biopsia que informou mastite crônica granulomatosa com necrose caseosa e células gigantes isoladas tipo Langhans. Foi indicado um tratamento anti-tuberculose com resposta satisfatória.

Palavras-chave: Tuberculose mamária, tumor, tratamento anti-tuberculose.

La tuberculosis representa un grave problema de salud en todo el mundo. Su prevalencia es de 30%, con más de 1,900 millones de personas enfermas. En México se registró una tasa de morbilidad, en diciembre de 2006, de 13.1 por 100,000 individuos y de mortalidad, de 2.3 por 100,000 pacientes.¹ En el estado de Veracruz la tasa tuberculosis es de 22.3 por 100,000 individuos y la de mortalidad, de 3.3 por 100,000 habitantes.

La tuberculosis pulmonar en la variante más frecuente (86%), seguida de la ganglionar, miliar, pleural y ósea. Otras formas de manifestación menos comunes, e incluso raras, son la renal, la peritoneal, de oído y de ojos; estos tipos son difíciles de diagnosticar, por la poca frecuencia y escasa experiencia del personal médico para identificarlas.²

La tuberculosis de mama es poco frecuente y suele confundirse con cáncer, como primera opción diagnóstica. En países desarrollados se llega a encontrar en 0.1% de las lesiones de mama, y en países en vías de desarrollo, entre 3 y 4%.³ El origen de esta enfermedad puede ser primario o secundario a un foco infeccioso, el cual puede encontrarse en la vía hematogena, linfática, en parrilla costal/las costillas o la pleura.

La enfermedad se manifiesta como un tumor e inflamación, por lo general en los cuadrantes inferiores, es de crecimiento lento, con dolor de mediana intensidad; en algunas ocasiones puede haber un granuloma (8%), que puede desbridarse de manera espontánea según su localización y expulsar una secreción blanca amarillenta.⁴ En 41% de los casos se asocia con adenopatía axilar o pérdida de peso. Por la situación anatómica, es común que no se considere algún padecimiento de origen fímico en el diagnóstico inicial.

Existen tres variedades clínicas de tuberculosis de mama: nodular, diseminada y esclerosante.⁵

El diagnóstico se establece con la obtención de una biopsia, fundamentado en la inflamación granulomatosa

crónica y se confirma con la reacción al tratamiento antituberculoso.⁶ También puede efectuarse la mastografía, con la desventaja que sólo reporta imágenes densas irregulares y que pueden confundirse con algún carcinoma. El ultrasonido tampoco es útil, porque sólo reporta la naturaleza heterogénea de la tumoración. En algunas ocasiones, las imágenes por cetelleografía mamaria se confunden con el proceso neoplásico. La TAC únicamente muestra abscesos, que se caracterizan por lesiones focales no homogéneas, con imágenes hipodensas y, en algunos casos, destrucción de fragmentos de las costillas. El diagnóstico más certero se establece mediante pruebas de biología molecular, principalmente PCR, pero es poco accesible para la población en general.⁴

En el estado de Veracruz hay elevada incidencia de tuberculosis pulmonar; no obstante, existen pocos casos documentados de la variante en glándula mamaria, por lo que se consideró importante reportar un caso clínico, en una unidad médica rural de la zona de Poza Rica del IMSS-Oportunidades.

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años de edad, originaria de Piedras Clavadas, municipio de Tihuatlán, perteneciente a la Unidad Médica de Campo "El Copal", de la zona Poza Rica del IMSS-Oportunidades, sin antecedentes patológicos, oncológicos, quirúrgicos, alérgicos, anestésicos, traumáticos y hepáticos de importancia, y COMBE negativo. No padecía diabetes ni hipertensión arterial. Entre sus antecedentes ginecoobstétricos destacaron: menarquia a los 14 años, menstruación 30 por 4 días; inicio de su vida sexual activa a los 28 años; un embarazo y un parto, fecha de la última menstruación el 15 de junio de 2007; fecha del último parto el 22 de agosto de 2000. Sólo ha tenido un compañero sexual; no utiliza métodos de planificación familiar.

* Médico Familiar, Coordinador Médico de IMSS-Oportunidades, Delegación Veracruz Norte.

** Maestría en Salud Pública, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, Hospital Rural Papantla, IMSS-Oportunidades.

Correspondencia: Dr. Manuel Antonio Ochoa Aguilar. Balderas, esquina Ursulo Galván, colonia Centro, Xalapa, Veracruz. Correo electrónico: manuel.ochoa@imss.gob.mx.

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: noviembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Ochoa AMA, Ortiz MJD. Tuberculosis de mama. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(6):282-6.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Entre sus antecedentes demográficos: nivel socioeconómico bajo; alimentación en suficiente cantidad, pero deficiente en calidad; escolaridad primaria completa; dedicada a labores del hogar; y sin antecedente de inmunización con BCG.

El padecimiento actual lo inició tres meses previos al establecimiento del diagnóstico, con dolor en la región dorsal, de mediana intensidad, asociado con el tumor decúbito dorsal. Un mes después apareció uno en la mama izquierda, doloroso, con incremento de la temperatura local. Acudió a su unidad médica más cercana, donde se encontraron signos vitales normales, peso de 66 kg y talla de 1.55 cm, según la exploración física.

En la mama izquierda, en el cuadrante externo periaxilar, se le palpó un tumor de consistencia firme, móvil, no adherido, con planos profundos de bordes irregulares de 6 cm. El tumor era doloroso, hiperémico, con aumento de la temperatura local. También se le palpó una adenomegalia en la axila izquierda.

Después de analizar estos datos se decidió realizar una incisión de la lesión para efectuar un frotis de la secreción, el cual reportó mastitis aguda con formación de microabscesos, negativo para cáncer. El cultivo de la secreción no tuvo desarrollo de colonias a las 72 horas. La biometría hemática y química sanguínea reportaron cifras dentro de los límites normales; la prueba de VIH fue negativa.

También se solicitó el ultrasonido Doppler a color de ambas mamas, donde se observó una lesión con contornos irregulares y mal definidos en la mama izquierda, con apariencia de embudo en un área de 5 cm, rodeada de un estroma hipervascular de contenido de alta densidad,

con vasos dispersos que sugerían un proceso inflamatorio grave, con zonas de necrosis avascular (figura 1). La impresión diagnóstica era de absceso mamario posterior, con colección subareolar izquierda, por lo que se prescribió cefalexina (500 mg/12 h), ceftriaxona (500 mg/12 h), dicloxacilina (250 mg/8 h) y naproxen (una tableta cada 12 h) por vía oral, durante 10 días. La respuesta al tratamiento fue prácticamente nula, prevalecieron los síntomas y el tumor en la mama: por tanto, se solicitó una mastografía y obtención de biopsia de la lesión.

La mastografía mostró una lesión nodular densa en la mama izquierda, que abarcaba el vértice y la región media del cuadrante superior externo, sin microcalcificaciones, con calificación según la escala BI-RADS en nivel 3, sugerente de lesiones benignas (figura 2).

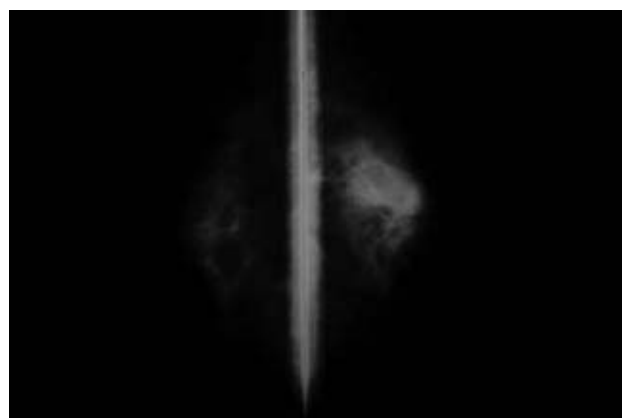


Figura 2. Mastografía que muestra calificación (escala BI-RADS en nivel 3) sugerente de lesión benigna.

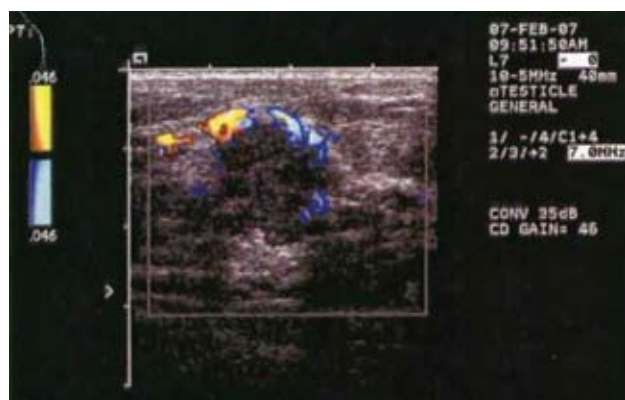
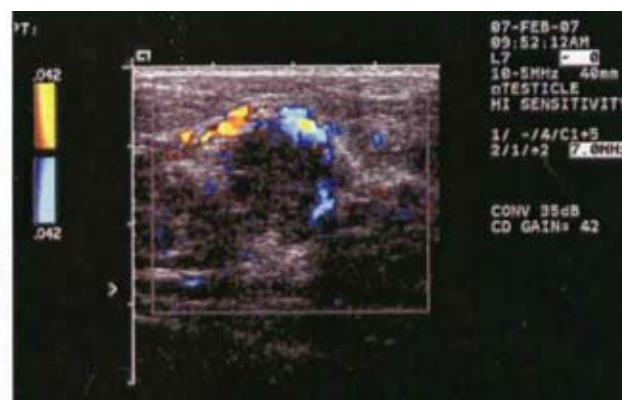


Figura 1. Ultrasonido Doppler a color que muestra los vasos dispersos, sugerentes de un proceso inflamatorio grave, con zonas de necrosis avascular.



La biopsia por punción demostró hallazgos de mastitis crónica granulomatosa, con necrosis caseosa focal y células gigantes aisladas tipo Langhans. La tinción de Papanicolaou, fijación previa con alcohol al 99% para búsqueda de bacilos alcohol resistente y hongos, fue negativa.

La paciente fue enviada al Hospital Rural de la ciudad de Papantla, Veracruz, del IMSS-Oportunidades. Se indicó tratamiento antituberculoso con el esquema corto, estrictamente supervisado (TAES) para un caso nuevo primario, que comprendió dos fases: la intensiva y la de sostén (cuadro 1). La reacción al tratamiento fue satisfactoria; desapareció la tumoración y hubo remisión de los síntomas (figura 3).

Cuadro 1. Tratamiento establecido en la paciente del estudio

Fase	Medicamento	Dosis	Periodo	Dosis total
Intensiva	Rifater® (isoniacida, rifampicina y pirazinamida)	4 tabletas	Lunes a sábado	60
	Etambutol	3 tabletas		
Sostén	Rifinah® (isoniacida y rifampicina)	4 tabletas	Lunes, miércoles y viernes	45

DISCUSIÓN

La tuberculosis de mama es un padecimiento poco frecuente. En la bibliografía se reportan casos de mastectomías simples confundidas con cáncer de mama.⁷⁻⁹ La paciente de este estudio tenía un cuadro clínico agudo que coincidió con mastitis. Al no tener respuesta satisfactoria con el régimen de antibióticos, se decidió practicarle una biopsia que reportó lesión granulomatosa con necrosis caseosa focal, células gigantes tipo Langhans, y su diagnóstico se confirmó con la respuesta al tratamiento antituberculoso.⁶ Afortunadamente respondió de manera favorable al tratamiento antituberculoso y no hubo necesidad de realizar diagnósticos diferenciales asociados con resultados de biopsias con lesiones granulomatosas, como sarcoidosis, sífilis, actinomycosis.¹⁰ La tuberculosis de mama de esta paciente correspondió a la variedad nodular, tal como lo muestra la mastografía.

Los factores predisponentes para tuberculosis extrapulmonar en esta paciente fueron: no contar con la aplicación



Figura 3. La reacción al tratamiento fue satisfactoria y desapareció el tumor.

de la vacuna BCG y pertenecer a una comunidad de alta prevalencia del padecimiento.¹ Aunque la bibliografía reporta que sólo en 15% de los pacientes puede identificarse el agente causal,⁸ en este caso no logramos aislar el bacilo alcohol resistente. El resultado de la biopsia y la respuesta positiva al tratamiento fue suficiente para establecer el diagnóstico, ya que los estudios de biología molecular son de alto costo. El cultivo utilizado no fue el de Lowestein-Jensen.

La tuberculosis de mama es un padecimiento difícil de diagnosticar, pero debe considerarse en pacientes provenientes de comunidades de alta prevalencia y con síntomas de mama menores de tres meses de evolución.

Proponemos realizar campañas de vacunación de BCG, no sólo dirigidas a mujeres menores de 15 años, sino a personas adultas sin evidencia de la vacuna, para evitar las formas de tuberculosis extrapulmonar, como en el presente caso.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.
2. Secretaría de Salud. Guía práctica para la atención de la tuberculosis en niños, niñas y adolescentes. Programa Nacional de Tuberculosis, 2007;pp:30-37.
3. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, et al. Mammary tuberculosis: report on 52 cases. *Postgrad Med J* 2002;78:422-4.
4. Landires I, Núñez-Samudio V, Landires E. El desarrollo de la tuberculosis extrapulmonar. *Arch Bronconeumol* 2007;43:129.
5. Zandrino F, Monetti F, Gandolfo N. Primary tuberculosis of the breast: a case report. *Acta Radiol* 2000;41(1):61-63.
6. Escobedo L, Ramírez E, Martín J, Reveles M, Cicero R. Tuberculosis de mama: Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Neumol Cir Torax* 2000;59(4):115-8.
7. Bani-Hani KE, Yaghan RJ, Matalka II, Shatnawi NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: time to avoid unnecessary mastectomies. *Breast J* 2004;10(4):318-22.
8. Izarra EC, Torres A, Mendoza S, Luque J. Tuberculosis mamaria. A propósito de un caso. *Rev Venez Oncol* 2001;13(4).
9. Landires I, Núñez-Zamudio V, Landires E. El desarrollo de tuberculosis extrapulmonar. *Arch Bronconeumol* 2007;43:129.
10. Romero C, Carreira C, Urbasos M, Cereceda C, y col. Discrepancias histológicas entre los hallazgos de la punción percutánea con respecto a la cirugía en el diagnóstico de las lesiones mamarias. *Radiología* 2004;46(4):225-32.