



Mastitis tuberculosa bilateral en paciente nulípara, que inicialmente se trató como mastitis granulomatosa idiopática

José Luis Ruiz-Moreno,* Genaro Peña-Santos**

RESUMEN

La infección de la mama por *Mycobacterium tuberculosis* es rara; cuando ocurre, se confunde clínica e histopatológicamente con otras formas de inflamación granulomatosa, por ello es indispensable recurrir a otros métodos diagnósticos que, también, pueden dar resultados falsos negativos. Se reporta el caso de una paciente con mastitis fímica, que originalmente se trató como mastitis granulomatosa idiopática con aparente respuesta clínica satisfactoria. Sin embargo, las frecuentes recaídas obligaron a buscar otra causa. Por fortuna, la PCR demostró la causa y ello permitió indicarle el tratamiento específico con el que se consiguió la desaparición de la infección. La sospecha clínica siempre debe estar en la mente cuando coexisten los síntomas característicos.

Palabras clave: mastitis, tuberculosis, Ziehl Neelsen, PCR.

ABSTRACT

The breast infection by M tuberculosis is rare, when it occurs, clinical and histologically confused with other forms of granulomatous inflammation, making it essential to use other diagnostic methods also may be negative. We report a patient with fímica mastitis that originally was treated as idiopathic granulomatous mastitis with apparent satisfactory clinical response. However, frequent relapses forced to look for other etiologies. Fortunately, the PCR showed the cause and was managed with specific treatment with disappearance of the disease. Clinical suspicion should be in mind when faced with a case like ours.

Key words: mastitis, tuberculosis, Ziehl Neelsen, PCR

RÉSUMÉ

L'infection du sein par M tuberculose est rare, quand elle survient, est confondue cliniquement et histologiquement avec d'autres formes d'inflammation granulomateuse, ce qui rend indispensable d'utiliser d'autres méthodes de diagnostic peuvent également être négative. Nous rapportons un patient avec fímica mammites qu'à l'origine, a été traitée comme une mastite granulomateuse idiopathique avec apparente réponse clinique satisfaisante. Cependant, des rechutes fréquentes obligés de chercher d'autres étiologies. Heureusement, le PCR a montré la cause et a été géré avec un traitement spécifique avec la disparition de la maladie. La suspicion clinique doivent être à l'esprit lorsqu'ils sont confrontés à un cas comme le nôtre.

RESUMO

A infecção da mama por *M tuberculosis* é rara, quando ocorre é confundida clinicamente e histopatologicamente com outras formas de inflamação granulomatosa, tornando-se imprescindível a utilização de outros métodos de diagnóstico também pode ser negativo. Nós relatamos um paciente com fímica mastite que originalmente foi tratado como mastite granulomatosa idiopática com resposta satisfatória clínica aparente. No entanto, recaídas frequentes forçados a procurar outras etiologias. Felizmente, a PCR mostrou a causa e foi gerido com o tratamento específico com o desaparecimento da doença. A suspeita clínica deve estar em mente quando confrontados com um caso como o nosso.

Palabras chave: mastitis, tuberculosis, Ziehl Neelsen, PCR

* Médico anatomopatólogo

** Médico reumatólogo

Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 1, Delegación Chiapas, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. José Luis Ruiz Moreno. 3ª Calle oriente núm 47, Tapachula 30700, Chiapas. Correo electrónico: jlruizm@hotmail.com

Recibido: 5 de septiembre 2011. Aceptado: 16 de enero 2012.

Este artículo debe citarse como: Ruiz-Moreno JL, Peña-Santos G. Mastitis tuberculosa bilateral en paciente nulípara, que inicialmente se trató como mastitis granulomatosa idiopática. Ginecol Obstet Mex 2012;80(3):228-231.

Sir Astley Cooper describió, en 1829, la tuberculosis de la mama.¹ Hasta 1982 se habían reportado más de 500 casos. Nagashima, en 34 autopsias de pacientes que fallecieron por tuberculosis miliar, no encontró tuberculosis en la glándula mamaria. En otro estudio de 10,000 autopsias de pacientes que fallecieron por tuberculosis, sólo se encontraron siete casos con tuberculosis de la mama.¹

En el año 2007 la prevalencia de tuberculosis fue de 14 millones de casos y la incidencia de 9.4 millones en el mundo. En ese mismo año, en Estados Unidos se registraron 294,636 nuevos casos, de los que 89% correspondió a 10 países, entre ellos México. En el año 2010, en nuestro país, se reportaron 18,848 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas: 81.6% pulmonar, 1.6% meníngea, 5.7% ganglionar y 11.1% otras formas, donde suponemos se incluye la mama. En la actualidad, en todo el mundo, cada segundo se infecta una persona.^{2,3}

La tuberculosis mamaria es un padecimiento excepcional, incluso en zonas endémicas. El diagnóstico se dificulta por la similitud clínica e histopatológica con la mastitis granulomatosa idiopática. El propósito es reportar un caso de tuberculosis de la mama que originalmente se trató como mastitis granulomatosa idiopática.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 35 años de edad, atendida en el Hospital General de Zona número 1 del IMSS, en Tapachula, Chiapas. Entre los antecedentes personales destacan: madre con diabetes mellitus tipo 2. Secretaria, sin toxicománias; menarquia a los 15 años, ciclos irregulares, vida sexual activa a partir de los 20 años, nulípara, sin control de la natalidad, citología cervicovaginal negativa. Amenorrea-galactorrea con hiperprolactinemia tratada con cabergolina. Combe negativo. A los 10 años de edad sufrió la pérdida de la visión del ojo derecho, por desprendimiento de retina.

El padecimiento se inició en mayo de 2008, con la aparición de un tumor para-areolar en la glándula mamaria izquierda, sin causa aparente, que paulatinamente fue creciendo, acompañándose de dolor, inflamación, fistulización y drenaje de material hematopurulento. No se reportaron ganglios regionales, ni fiebre. Recibió tratamiento con antiinflamatorio y antibióticos, a pesar de que el cultivo fue negativo, con mejoría parcial. En agosto

de ese mismo año, por persistencia del tumor, se volvió a drenar quirúrgicamente y se tomó una biopsia de tejido “fibrótico”. (Cuadro 1)

En enero de 2009 se valoró por primera vez y se le encontró un nódulo en el cuadrante inferior externo de la glándula mamaria izquierda, sin inflamación clínica. El diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática fue histopatológico. Se trató con 1 mg/kg/día de prednisona en tres dosis y 10 mg semanales de metotrexato por vía oral. Al mes hubo remisión completa.

En marzo del mismo año le apareció en el cuadrante inferior externo de la mama derecha una masa eritematosa y muy dolorosa; en la izquierda se reactivó una lesión antigua, menos sintomática. Se decidió conservar la misma dosis de prednisona e incrementar la de metotrexato a 20 mg por semana. Para octubre, los síntomas habían disminuido de manera importante, sin desaparecer por completo; para entonces ya estaba sin esteroides, sólo con metotrexato.

En diciembre, cuando estaba en remisión completa, se le suspendió el tratamiento por intolerancia gastrointestinal y Cushing iatrogénico. En enero de 2010 se cambió a azatioprina y ya no toma esteroides.

En el mes de marzo de 2010 le aparecieron dos tumores de 5 x 4 cm en el cuadrante inferior externo de la mama derecha (Figura 1); al mismo tiempo, la mama izquierda permanecía asintomática. Recibió tratamiento con antibióticos, prednisona 50 mg al día y azatioprina 50 mg al día. Para el mes de abril de ese año remitió la lesión y sólo tiene cicatrices en ambas mamas.

En el mes de junio de 2010, por las constantes recidivas, se solicitó PCR del tejido glandular mamario, que resultó positiva para *M. tuberculosis*. Al mismo tiempo se descartó tuberculosis pulmonar, renal y miliar. Se dio tratamiento antituberculoso con doTbal fase intensiva (rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg y etambutol 300 mg) durante 10 semanas, seguidas de doTbal-S (rifampicina 300 mg e isoniazida 400 mg) durante 15 semanas. En la actualidad permanece asintomática, con remisión completa del cuadro. En julio de 2011 acudió a la consulta con deseos de embarazarse.

DISCUSION

El diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática tuvo sustento histopatológico, por ello la paciente recibió el

Cuadro 1. Procedimientos diagnósticos

Fecha	Estudio	Resultado
06/08/08	Histopatológico de 4 fragmentos de tejido mamario	Mastitis Lobulillar Granulomatosa
12/08/08	Tinciones especiales: P.A.S. Y Ziehl Neelsen	Negativos. Mastitis Granulomatosa Idiopática.
13/05/09	Líquido producto de biopsia de mama	Alteraciones inflamatorias
28/03/10	BAAF de mama derecha	Alteraciones inflamatorias
11/06/10	PCR en tejido mamario para búsqueda de M tuberculosis	Positiva. Mastitis tuberculosa
27/10/10	Citología cervicovaginal	Negativo con proceso inflamatorio

P.A.S.: Ácido peryódico de Schiff. BAAF: biopsia por aspiración con aguja fina. PCR: reacción en cadena de la polimerasa.



Figura 1. Tumor para-areolar en la glándula mamaria izquierda.

tratamiento sugerido,⁴ con buena respuesta clínica inmediata. Sin embargo, las recaídas frecuentes e intensas hicieron sospechar otra causa, sobre todo fímica. A pesar de que recibió distintos procedimientos diagnósticos, no

se logró identificar la causa (Cuadro 1). La PCR confirmó el hallazgo de material genético de *Micobacterium tuberculosis* en el tejido glandular mamario; recibió tratamiento específico con buena respuesta. Después de más de seis meses de haber terminado el esquema antituberculoso la paciente está asintomática.

En la bibliografía se revisaron los métodos para el diagnóstico de mastitis fímica y se encontraron 143 casos: en 115 se realizó estudio histopatológico que fue positivo en 96.52% para la identificación de granulomas y células epitelioides. Así mismo, la biopsia por aspiración con aguja fina se efectuó en 82 casos, con positividad en 95.12%. En 69 casos se hizo tinción especial de Ziehl Neelsen y todos fueron negativos. Sólo en cinco casos utilizaron PCR y encontraron ADN del bacilo en dos. El cultivo lo utilizaron en 73 casos y sólo en 12.32% fue positivo.⁵⁻¹⁸

CONCLUSIONES

La mastitis tuberculosa es rara en nuestro medio, a pesar de ser un área endémica, de ahí la inquietud por reportar este caso. La paciente carecía del antecedente de exposición al bacilo o de afectación por el mismo en otros órganos. La biopsia por aspiración con aguja fina y la biopsia de la glándula mamaria mostraron el proceso inflamatorio crónico granulomatoso, la tinción de Ziehl Neelsen fue negativa y, por último, la PCR de tejido mamario evidenció el genoma del bacilo.

En la actualidad, el diagnóstico se fundamenta en la biopsia por aspiración con aguja fina e histopatología; la identificación del bacilo es difícil, a pesar de los métodos altamente sensibles, incluida la tinción de Ziehl Neelsen. Por lo tanto, debe sospecharse tuberculosis mamaria ante la recidiva frecuente de mastitis debidamente tratada.

REFERENCIAS

1. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. *J Royal Society of Medicine* 1982;75:764-765.
2. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Situación actual de la Tuberculosis en México. Avances y desafíos. 24 de marzo del 2011. Gobierno Federal.
3. Sen M, Gorpelioglu C, Bozer M. Isolated primary breast tuberculosis -report of three cases and review of the literature. *Clinics* 2009;64(6):607-610.
4. Peña SG, Ruiz MJL. Mastitis granulomatosa idiopática tratada con esteroides y metotrexato. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(6):373-376.
5. Michie C, Lockie F, Lynn W. The challenge of mastitis. *Arch Dis Child* 2003;88:818-821.
6. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, et al. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). *Acta Pediatr Esp* 2009;67(2):77-84.
7. Geraint D, Mishra BB. The changing pattern of tuberculosis. *Postgrad Med J* 1984;60:92-97.
8. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, et al Mammary tuberculosis: report on 52 cases. *Postgrad Med J* 2002;78:422-424.
9. Abdullah C T, Abdurrahman A, Ozlem A, et al. Breast Tuberculosis in Southeast Turkey: Report of 27 cases. *Breast Care* 2010;5:154-157.
10. Suárez E, Sala E, Gil-Moreno A, et al. Tuberculosis genital: una enfermedad que reaparece. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2004;5(4):227-234.
11. Luh S, Hsu J, Lai Y, et al. Primary tuberculous infection of breast: experiences of surgical resection for aged patients and review of literature. *J Zhejiang Univ Sci B* 2007; 8(8):580-583.
12. Miles G, Walters TK, Shee CD. Periprosthetic tuberculous breast infection. *J R Soc Med* 2003;96:556-557.
13. Hall WEB. Tuberculous of the breast. *The Canadian Medical Association Journal* 1936:520-525.
14. Fadaei-Araghi M, Geranpayeh L, Irani S, et al. Breast tuberculosis: Report of eight cases. *Arch Iranian Med* 2008;11(4):463-465.
15. Tewari M, Shukla HS. Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features & management. *Indian. J Med Res* 2005;122:103-110.
16. Symmers Wst C. Tuberculosis of the breast. *BMJ* 1984;289:48-49.
17. Apps MC, Harrison NK, Blauth CIA. Tuberculosis of the breast. *BMJ* 1984;288:1874-1875.
18. Forrest DM, Parkes R. Mammary tuberculosis. *Postgrad Med J* 1955;172-179.