



Tuberculosis de mama. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Laura Escobedo,¹ Ernestina Ramírez,¹ Julia Martín,² Mónica Reveles,² Raúl Cicero¹

RESUMEN: Se presentan dos casos de tuberculosis de mama vistos en un lapso de 15 años. Las pacientes tenían edades de 39 y 45 años y ambas presentaban tumoración en mama izquierda de aproximadamente 6 x 5 cm, una de ellas con fístula. La biopsia excisional demostró lesión crónica granulomatosa compatible con tuberculosis con tinción de Zielh-Neelsen positiva. En ambas pacientes se inició tratamiento con rifampicina, pirazinamida e isoniacida, con lo que hubo desaparición de la tumoración y una mejoría clínica importante.

Palabras clave: Tuberculosis de mama, mastitis tuberculosa, *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT: Two patients with tuberculosis of the breast, seen in a 15 year period, are presented. Patients were 39 and 45 years old, and both presented with a tumor of approximately 6 x 5 cm, located in the left breast, one of them with fistula. Excisional biopsy showed chronic granulomatous lesion compatible with tuberculosis and with positive coloration to Zielh-Neelsen. In both patients the treatment with rifampin, pyrazinamide and isoniazide caused disappearance of the tumor and an important clinical improvement.

Key words: Breast tuberculosis, tuberculous mastitis, *Mycobacterium tuberculosis*.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis de la glándula mamaria es una localización rara de tuberculosis extrapulmonar, comprendiendo únicamente el 0.1% a 0.5% de todos los casos de tuberculosis. Es un problema de diagnóstico, ya que clínicamente puede comportarse como un proceso neoplásico, y de ahí la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden presentar lesiones granulomatosas en la glándula mamaria.¹⁻³ Se presentan dos casos documentados con diagnóstico de tuberculosis de mama observados en un lapso de 15 años.

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenina de 39 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico, hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución y madre fallecida por tuberculosis pulmonar. Inició su pade-

cimiento en abril de 1998 con galactorrea, tumoración en mama izquierda, localizada en cuadrante superior externo, de aproximadamente 6 x 5 cm, de consistencia sólida, no adherida a planos profundos, con ligera retracción de la mama, posteriormente presentando fístula con salida de material serohemático (*Figura 1*).

Se realizó mastografía donde se observó una imagen densa, irregular, localizada en el cuadrante superior externo de la mama izquierda (*Figura 2*). En el ultrasonido se demostró su naturaleza heterogénea, principalmente sólida, con solución de continuidad hacia la piel (*Figura 3*). Se le realizó centellografía mamaria con sestamibi marcado con ⁹⁹Tc, siendo positivo y compatible con proceso neoplásico (*Figura 4*). Se realizó biopsia por aspiración y excisional, informándose en ambas inflamación crónica granulomatosa compatible con tuberculosis, que se confirmó con tinción de Zielh-Neelsen y positividad de anticuerpos contra *Mycobacterium tuberculosis* por ELISA. El cultivo en medio de Lowenstein-Jensen y la PCR (reacción en cadena de polimerasa) realizados en la biopsia fueron negativos, la radiografía de tórax fue normal.

Se le inició tratamiento a base de antituberculosos rifampicina, pirazinamida e isoniacida, con una notable mejoría clínica, presentando cierre de la fístula y desaparición de la tumoración en la centellografía con sestamibi, así como por ultrasonido y mastografía (*Figura 5*).

¹ Unidad de Neumología y Cirugía Toracopulmonar, Unidad de Neumología Alejandro Celis, y ² Servicio de Radiología, Unidad de Oncología, Hospital General de México, Secretaría de Salud, México DF, México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros:

Dra. Laura Escobedo. Cerrada de San Juan No. 30, Col. Mesitas, Tulyehualco, CP 16870, México DF, México.

CASO CLÍNICO 2

Se trata de una paciente femenina de 45 años de edad, quien no contaba con antecedentes de importancia, que inició su padecimiento en mayo de 1989 con la presencia de tumoración en mama izquierda, de aproximadamente 5 x 7 cm, dolorosa, adherida a planos profundos, localizada en cuadrante inferior. La radiografía de tórax no mostró alteraciones. Se le realizó biopsia excisional en la que se encontró lesión crónica granulomatosa compatible con tuberculosis, con tinción de Zielh-Neelsen positiva. Se inició tratamiento con rifampicina, pirazinamida e isoniacida, con lo que hubo desaparición de la tumoración y una mejoría clínica importante al término del tratamiento.

COMENTARIO

El diagnóstico de inflamación granulomatosa crónica fundamentado exclusivamente por biopsia, limita de manera

importante el número de etiologías posibles. El ejemplo clásico de la enfermedad granulomatosa es la tuberculosis, pero producen estas mismas lesiones la sífilis, sarcoidosis, micosis profundas, reacción a cuerpo extraño, brucelosis, esquistosomiasis, fiebre por arañazo de gato y lepra. La inflamación granulomatosa es un tipo específico de inflamación crónica caracterizada por acumulaciones nodulares de macrófagos modificados (células epiteloideas), desencadenada por diversos agentes infecciosos y no infecciosos.^{4,5} Sin embargo, la imagen morfológica de las diversas enfermedades granulomatosas puede diferir lo suficiente para permitir el diagnóstico bastante exacto por un patólogo experimentado, aunque hay tantas presentaciones atípicas y superposiciones que siempre es necesario identificar el agente etiológico específico. Ello puede hacerse histológicamente (como en el caso de un cuerpo extraño refringente que puede descubrirse por microscopio de polarización), por tinciones especiales para microorganismos (por ejemplo, tinción



Figura 1. Aspecto externo de la tuberculosis de mama con fístula establecida (caso clínico 1).



Figura 2. Mastografía de la paciente con tuberculosis de mama (caso clínico 1).



Figura 3. Ultrasonido (caso clínico 1).

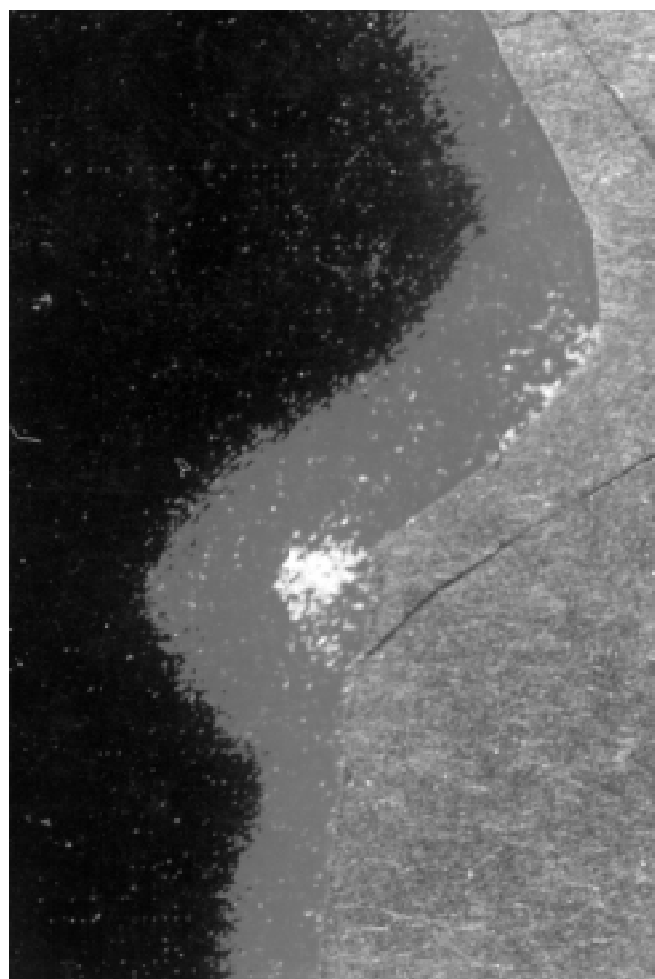


Figura 4. Centelleografía mamaria (caso clínico 1).

acidorresistente para bacilos de la tuberculosis), por métodos de cultivo (tuberculosis, hongos) y por estudios serológicos (sífilis).

Considerando lo anterior, cuando nos referimos a la glándula mamaria, el tipo de patología en que podemos encontrar lesiones con presencia de inflamación crónica granulomatosa es muy amplio y poco frecuente.

En forma general, las inflamaciones de la glándula mamaria son raras, entre las que podemos encontrar mastitis aguda y absceso mamario, y ectasia de los conductos mamarios (mastitis de células plasmáticas, mastitis periductal). Se caracterizan principalmente por dilatación de los conductos y reacción granulomatosa crónica, pericanicular e intersticial, a veces con gran infiltración de células plasmáticas. Tienden a ocurrir en el quinto decenio de la vida y es más frecuente en mujeres que han procreado. Se desconoce la etiología, pero se considera que posiblemente dependa del espesamiento de los restos lipídicos y del debilitamiento y ruptura de los conductos, esta lesión tiene importancia clínica porque produce una zona dolorosa focal difusa, tensión, endurecimiento y al tacto aspecto acordonado de la región periareolar o subareolar. La fijación de la piel con retracción de la misma o del pezón puede hacer que la lesión se confunda fácilmente con una neoplasia.⁶⁻⁸ La linfadenopatía axilar aumenta la semejanza, pues hace pensar en me-

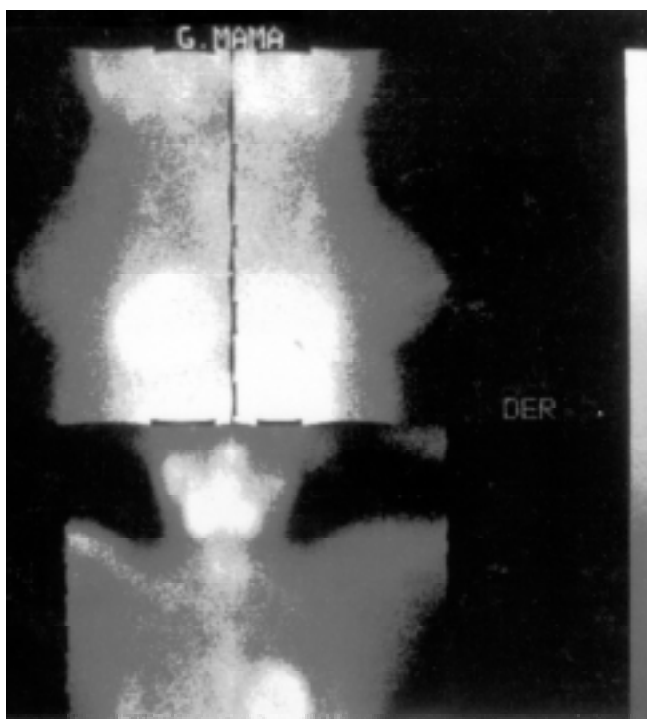


Figura 5. Centelleografía mamaria posterior al tratamiento con fármacos antituberculosos.

tástasis. Otra causa de granulomas son los causados por inyecciones cosméticas mamarias, complicación poco frecuente de la inyección intramamaria de parafina o silicona efectuada con fines estéticos. Desde el punto de vista clínico, los parafinomas se presentan como nódulos múltiples, consistentes y dolorosos, que histológicamente están constituidos por una inflamación granulomatosa por cuerpo extraño alrededor de espacios que contienen la sustancia extraña incolora.⁹

Como podemos ver, la tuberculosis de mama representa un problema diagnóstico. Dentro de los métodos diagnósticos que podemos mencionar se encuentra la biopsia por aspiración, en donde se observa necrosis, células plasmáticas, granulomas, células epitelioides, células multinucleadas gigantes, células de Langhans, así como bacilos ácido-alcohol resistentes.³ Otros métodos utilizados son los de imagen, tales como la tomografía computarizada, en donde se pueden observar abscesos en la región retromamaria, caracterizados por lesiones focales no homogéneas hipodensas y, en algunas ocasiones, destrucción de fragmentos de costilla;⁴ la mastografía, en donde se pueden ver masas irregulares, densidades focales y difusas, masas circunscritas con distorsión de la arquitectura,¹⁰ y el ultrasonido, donde se aprecian masas heterogéneas.^{11,12}

Los pilares diagnósticos para la tuberculosis son los hallazgos clínicos, histopatológicos, de gabinete, como la radiografía de tórax, y la bacteriología, específicamente la tinción de Zielh-Neelsen y el cultivo de Lowestein-Jensen. Sin embargo, en casos de tuberculosis extrapulmonar, en los cuales la carga bacilar es pequeña, éstos tienden a reportarse negativos, estando indicados estudios especiales como la serología (anticuerpos por ELISA), y técnicas de biología molecular como la PCR, para poder tener el diagnóstico de certeza.

La tuberculosis en glándula mamaria es poco frecuente en nuestro país, pero debemos pensar en ella y reali-

zar diagnóstico diferencial cuando se informen hallazgos histológicos sugestivos, así como dar tratamiento oportuno para evitar complicaciones.

REFERENCIAS

1. Martínez-Parra D, Nevado-Santos M, Melendez-Guerrero B. Utility of needle aspiration in the diagnosis of granulomatous lesions of the breast. *Diagn Cytopathol* 1997; 17: 108-114.
2. Thompson KS, Donzelli J, Jensen J. Breast and cutaneous mycobacteriosis: diagnosis by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol* 1997; 17: 45-49.
3. Wong-Chen FJ, Robledo-Gonzalez D, Barreto-Redas O, Guzman-Patracca C. Breast tuberculosis. A case report and a review of the literature. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 92-95.
4. Chung SY, Yang I, Bae SH, Lee Y. Tuberculous abscesses in retromammary region: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1996; 20: 766-769.
5. Al-Soub H, Chacko K. Tuberculous mastitis: a rare disease. *Br J Clin Pract* 1996; 50: 50-51.
6. Mulloy EM. Tuberculosis of the sternum presenting as metastatic disease. *Thorax* 1995; 50: 1223-1224.
7. Goksoy E, Duren M, Uygun N. Tuberculosis of the breast. *Eur J Surg* 1995; 161: 471-473.
8. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmuk SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma. A study of 100 patients. *World J Surg* 1995; 19: 379-381.
9. Alagaratnam TT. Paraffinomas of the breast: an oriental curiosity. *Aust N Z J Surg* 1996; 66: 138-140.
10. Mankanjuola D, Murshid K, Al Sulaimani S. Mammographic features of breast tuberculosis: The skin bulge and sinus tract sign. *Clin Radiol* 1996; 51: 354-358.
11. Crowe DJ, Helvie MA, Wilson TE. Breast infection. Mammographic and sonographic findings with clinical correlation. *Invest Radiol* 1995; 30: 582-587.
12. Goyal M, Sharma R, Sharma A, Chumber S. Chest wall tuberculosis simulating breast carcinoma. Imaging appearance. *Australas Radiol* 1988; 42: 86-87.