

Tuberculosis mamaria**Breast Tuberculosis**

Dra. Yessenia Cruz *, Dr. Javier Moreina **, Dr. David Saavedra ***, Dr. José Luis Obando ****

* Especialista Medicina Interna, Hospital General Docente Ambato.

** Residente Medicina Interna, Hospital General Docente Ambato.

*** Residente Cirugía General, Hospital General Docente Ambato

**** Residente Cirugía General, Hospital General Docente Ambato.

wowmedical@icloud.com

Resumen.

Introducción: Sir Astley Cooper en 1829 reportó por primera vez un caso de tuberculosis (TB) mamaria, con el nombre de "Inflamación escrofulosa del seno". Hoy la incidencia de TB mamaria es baja, representando menos del 0,1% de la patología mamaria y 3 % de lesiones benignas tratables.

Objetivo: Describir un caso clínico de Tuberculosis mamaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico sobre Tuberculosis mamaria.

Resultados: Se describe el caso de una paciente femenina de 30 años, atendida en el Hospital Regional Ambato, con antecedentes de tuberculosis mamaria izquierda, que presenta masa mamaria derecha con secreción purulenta por la aerola ipsilateral. Se le realiza Ecografía de mamas que demostró proceso inflamatorio tipo mastitis granulomatosa. Se continuó su estudio realizando PBAF y en la tinción de Ziehl Neelsen de la muestra se observaron Bacilos de Koch, que confirmaron el diagnóstico de Tuberculosis mamaria.

Conclusiones: La Tuberculosis mamaria es una patología poco frecuente en nuestro medio. Las manifestaciones clínicas con las que se presenta el paciente no son específicas y puede ser fácilmente confundida con otras enfermedades. La tinción de Ziehl Neelsen y el PCR son las pruebas recomendadas para el diagnóstico, aunque no son específicas, pudiendo ocasionar falsos negativos. El médico debe tener alta sospecha de tuberculosis mamaria en pacientes con lesiones crónicas resistentes al tratamiento y que han sido descartadas para enfermedades neoplásicas.

Palabras clave: Tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, Mama

Abstract.

Introduction: Sir Astley Cooper in 1829 reported for the first time a case of breast tuberculosis (TB), under the name of "escrofulosa inflammation of the breast". Today, the incidence of breast TB is low, representing less than 0.1% of mammary pathology and 3% of benign treatable lesions.

Objective: To describe a clinical case of breast Tuberculosis.

Material and methods: A descriptive, retrospective study, presentation of the clinical case on breast Tuberculosis was conducted.

Results: The case of a 30-year-old female patient is described in the Ambato Regional Hospital, with a history of left mammary tuberculosis, which has a right mammary mass with purulent secretion by the ipsilateral Aroa. It is performed breast ultrasound that showed inflammatory process type granulomatous mastitis. It continued its study by making PBAF and in the staining of Ziehl Neelsen of the sample were observed bacilli of Koch, which confirmed the diagnosis of breast Tuberculosis.

Conclusions: Breast Tuberculosis is a rare pathology in our midst. The clinical manifestations with which the patient is presented are not specific and can be easily mistaken for other illnesses. The staining of Ziehl



Neelsen and PCR are the recommended tests for diagnosis, although not specific, and can cause false negatives. The health care provider should have high suspicion of breast tuberculosis in patients with chronic, treatment-resistant lesions that have been ruled out for neoplastic diseases.

Keywords: Tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, Breast

Recibido: 15-4-2019

Revisado: 06-5-2019

Aceptado: 23-5-2019

Introducción.

La tuberculosis (TB) del seno es una enfermedad rara. Sir Astley Cooper la describió por primera vez en 1829 y la llamó "inflamación escrofulosa del seno" (1-3). Hay pocas series de casos reportados en la literatura y ninguna de una unidad de mastología europea. Hoy en día, la incidencia de tuberculosis mamaria sigue siendo baja incluso en países donde la incidencia de TB es alta. La TB mamaria representa <0.1% de todas las enfermedades conocidas de la mama a nivel mundial, pero representa hasta el 3% de las lesiones mamarias tratables en los países en desarrollo (4-7). A menudo se pasa por alto y se diagnostica erróneamente como mastitis bacteriana.

La TB mamaria es una manifestación rara debido a que el tejido mamario proporciona un ambiente infértil para la supervivencia y la multiplicación de los bacilos de la tuberculosis (8). La TB mamaria suele ser secundaria a la diseminación de enfermedades de otros lugares y se cree que tiene una afectación linfática retrógrada, ya que se ha informado afectación axilar en hasta el 75% de los casos de mastitis tuberculosa. La visión más aceptada de la diseminación dentro del seno es la diseminación linfática centripeta (5). Comúnmente, la falta de vascularización asociada significa que el eritema cutáneo es menos frecuente que en pacientes con formas bacterianas más comunes de mastitis (8).

La información se obtuvo por medio de una entrevista al paciente, quien fue muy colaborador y permitió una recopilación completa de los datos y nos dio consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso. La Historia clínica del paciente del Hospital Regional Docente Ambato No. 300419 nos permitió obtener datos acerca de su atención en emergencia, condición

clínica y evolución subsecuente, así como tratamiento administrado, resultados de exámenes

de laboratorio solicitados y seguimiento por consulta externa.

Objetivo

Describir un caso clínico de Tuberculosis mamaria.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico sobre Tuberculosis mamaria.

Resultados

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 30 años, residente en Ambato, con antecedente de TB de seno izquierdo hace 2 años, sin antecedentes quirúrgicos ni familiares de importancia.

A su ingreso refiere dolor por 48 horas y edema de seno derecho que se acompaña de astenia sin causa aparente, no refiere otra sintomatología. Al examen físico TA 120/70, FC 78, FR 16, consciente, orientada, afebril, tórax expansible cardiopulmonar conservado, en seno derecho se palpa masa en cara externa de ambos cuadrantes, dura, dolorosa, homogénea y con salida de líquido purulento a nivel de areola con maniobras de compresión. (Figura. 1 y 2)

Figura 1. Masa en mama derecha



Fuente: Archivo Hospital General Docente Ambato

Figura 2. Masa de mama derecha, tumefacta al tacto



Fuente: Archivo Hospital General Docente Ambato

Ecografía mamaria reporta: mama derecha con proceso inflamatorio agudo en los conductos galactóforos de lado derecho más colección en el cuadrante inferior externo. Estos hallazgos sugieren la presencia de Mastitis granulomatosa.

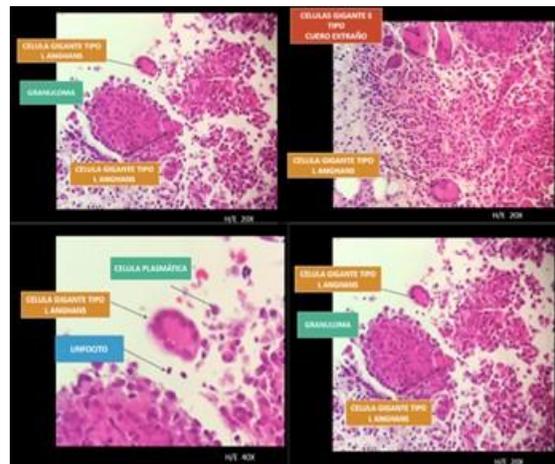
Sobre la base de la presentación clínica y de imagen de apoyo, a la paciente se le realizó punción guiada por ecografía para el diagnóstico. Se continúa estudio realizando Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) Histológicamente: Célula Gigante Tipo L Anghans, Granuloma y en la tinción de Ziehl Neelsen se observan Bacilos de Koch (Figura 3, 4 y 5)

Figure 3. Ecografía de mama



Fuente: Archivo Hospital General Docente Ambato

Figura 4 Placas histológicas, con presencia de células Gigantes tipo Langhans



Fuente: Archivo Hospital General Docente Ambato

Figura 5. Tinción Ziehl Neelssen



Fuente: Archivo Hospital General Docente Ambato

Discusión

La tuberculosis, es un problema de salud pública. Según la recopilación de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimó para el 2017, 10 millones de nuevos casos a nivel mundial, y presentando en Ecuador una incidencia de 43 por cada 100.000 habitantes (9). En general, la tuberculosis mamaria es secundaria a la propagación de la enfermedad desde otro lugar, y se cree que se trata de una afectación linfática retrógrada, ya que se ha informado de afectación axilar en hasta el 75% de los casos de mastitis tuberculosa (10).

La TB mamaria generalmente tiene una afectación unilateral y su ubicación es más común en el cuadrante superior externo de la mama (4). En el presente caso, la paciente ya tenía antecedentes de TB mamaria unilateral.

La tuberculosis mamaria es común en mujeres jóvenes (20 a 40 años), multíparas y lactantes (10,11). Esto puede deberse a que los senos femeninos experimentan cambios frecuentes durante este período. El aumento del suministro de sangre, los conductos dilatados durante la lactancia y el estrés fisiológico de la lactancia materna son factores contribuyentes. Los antecedentes de mastitis supurativa y traumatismo en el seno también son factores de riesgo importantes (11).

La TB mamaria se puede clasificar en primaria y secundaria; siendo primaria si no existe otro foco demostrable o secundaria si existe un foco original demostrable en otras partes del cuerpo. Las lesiones pueden ser clasificadas a su vez en: nodulares, difusas y esclerosantes. La forma más común es la nodular y se caracteriza por una masa circunscrita de crecimiento lento que se enmascara como carcinoma en una mamografía con una sombra de tumor ovalada(11–13). La forma difusa se caracteriza por múltiples focos a lo largo de la mama que más tarde conducen a la formación de cavidades y ulceración. Esto a menudo se disfraza como carcinoma inflamatorio de la mama. Finalmente, la forma esclerosante es más común en los ancianos que presentan un proceso fibrótico excesivo (14,15).

Los pacientes con tuberculosis mamaria a menudo son sintomáticos antes del diagnóstico durante varias semanas o meses (4,16).

Aunque la detección del bacilo tuberculoso por la tinción o el cultivo de Ziehl Neelsen se acepta como el método de diagnóstico estándar para la TB del seno (4,13,16), estas pruebas tienen algunas limitaciones. Se sabe que el cultivo de *M. tuberculosis* requiere mucho tiempo y con frecuencia da resultados negativos.

Otro método de diagnóstico rápido es la PCR, pero presenta desventajas debido a su baja sensibilidad y sus altos costos para su uso general. Sin embargo, se puede considerar en casos con resultados de cultivo negativos o para diagnóstico diferencial entre otras formas de mastitis granulomatosa (4,13,16).

La intervención quirúrgica está generalmente indicada para diagnóstico, drenaje del absceso mamario, y liberación de masas residuales. La mastectomía segmentaria o total puede estar indicada en pacientes con enfermedad extensa o respuesta pobre a la terapia antiTB (4,16).

Las técnicas de imagen hasta el momento han demostrado ser poco confiables para distinguir la TB de los carcinomas debido a sus características no específicas. Como los grupos de edad comúnmente afectados son menores de 40 años, la mamografía tiene un uso limitado debido a la alta densidad de tejido mamario en este grupo de edad. En el grupo de mayor edad, los hallazgos mamográficos a menudo son indistinguibles de los carcinomas de mama y fibroadenomas (17). La ecografía puede identificar masas hipoecoicas mal

definidas o lesiones quísticas de paredes gruesas. Las modalidades de tomografía computarizada y exploración por resonancia magnética hasta ahora solo han sido útiles para obtener imágenes de la extensión extra- mamaria de la lesión (12,17,18). Al momento de la valoración clínica de esta paciente no se encontró un foco primario activo. Sin embargo, el antecedente de tuberculosis nos haría pensar que ya existió un foco primario pulmonar considerando que nos encontramos en una zona endémica de tuberculosis.

Conclusión

La TB mamaria es una patología poco frecuente en nuestro medio. La clínica con la que se presenta el paciente no es específica y puede ser fácilmente confundible con otras enfermedades como lesiones benignas. La tinción de Ziehl Neelsen y el PCR son las pruebas recomendadas para el diagnóstico a pesar de no ser específicas pudiendo ocasionar falsos negativos. El médico debe tener alta sospecha de tuberculosis mamaria en pacientes con lesiones crónicas resistentes al tratamiento y que han sido descartadas para enfermedades neoplásicas.

Referencias bibliográficas

1. Report C. Orerah GI, et al. Clinics in Oncology-Breast Cancer. 2016;1-3. Available from: <http://clinicsinoncology.com/>
2. Strazzanti A, Trovato C, Gangi S, Basile F. Breast tuberculosis cases rising in Sicily. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2018;53:9-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.048>
3. Astley S, Cooper P. On the anatomy of the breast, volume II [Plates]. 2005;
4. Kilic MO, Saflam C, Aıca FD, Terziođlu SG. Clinical, diagnostic and therapeutic management of patients with breast tuberculosis: Analysis of 46 Cases. Kaohsiung J Med Sci. 2016;32(1):27-31.
5. Gonzales Muro Denys Janet, Campos Siccha Gerardo RGR. Características clínicas de la tuberculosis mamaria en pacientes atendidas en un servicio de. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2013;59:107-13.
6. Galego MA, Lage G, Shekhovtsova M, Duarte R. Tuberculosis of the breast: an

uncommon presentation of an old disease. BMJ Case Rep. 2019;12(2):1-4.

7. Lin TL, Chi SY, Liu JW, Chou FF. Tuberculosis of the breast: 10 Years' experience in one institution. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(6):758-63.

8. Mubin S, Ahmed S, Hossain J. Primary tuberculosis of female breast: A study of 100 cases. Eur J Surg Oncol [Internet]. 2018;44(6):889-90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.02.124>

9. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. 2018; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2710>

10. Li Q, Huang YX, Yang Q, Dong YJ, Gao MQ, Ma LP. Case report: Primary tuberculosis of the bilateral breast. Am J Trop Med Hyg. 2017;97(6):1717-9.

11. Sinha R, Rahul. Breast tuberculosis. Indian J Tuberc [Internet]. 2018;66(1):6-11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2018.07.003>

12. Grewal US, Martin A, Goh S. report Peer Reviewed | OPEN A case of primary breast tuberculosis at a United Kingdom district general hospital. 2016;2:1-4.

13. Kumar R, Laxman S, Parandekar P. Breast lump: A rare presentation of tuberculosis. Int J Appl Basic Med Res [Internet]. 2018 Jul 1;8(3):187-9. Available from: <http://www.ijabmr.org/article.asp?issn=2229-516X>

14. María G, González R, González CFV, Carlos J, Reyna R, Marlene D, et al. Tumor del cuerpo carotídeo . A propósito de un caso Tumor of the carotid body . Concerning a case. :353-60. Available from: https://eliademy.com/app/webservice/pluginfile.php?token=58ce249a7f7f21e22ecef6eb9ebe3d41&file=1045923/assignsubmission_file/submission_files/287244/rme210217.pdf

15. V.S. T, A. A, P.K. S. Tuberculosis of the breast. Indian J Tuberc [Internet]. 1990;37(3):149-51. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed4&NEWS=N&AN=21013794>



16. Longman CF, Butler B, Suaris TD, Kunst H, O’Keeffe SA, Tiberi S, et al. Imaging features and diagnosis of tuberculosis of the breast. *Clin Radiol* [Internet]. 2017;72(3):217–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crad.2016.11.023>
17. Oh KK, Kim JH, Kook SH. Original article Imaging of tuberculous disease involving breast. *Eur Radiol*. 1998;1480.
18. Lee CH, Sharif SZ. Primary breast tuberculosis (TB) in a patient with known invasive breast carcinoma: A case report. *Med J Malaysia*. 2016;71(3):149–51.