

Tuberculosis mamaria en paciente inmunocompetente

Carlos Walter Contreras-Camarena¹, José Luis Cabanillas-Lapa², Alfonso Miguel Lazo-Manrique³

¹Departamento de Medicina Interna. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. Perú

²Departamento de Patología. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. Perú

³Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. Perú

Recibido: 03/07/2019

Aceptado: 27/12/2019

En línea: 30/04/2020

Citar como: Contreras-Camarena CW, Cabanillas-Lapa JL, Lazo-Manrique AM. Tuberculosis mamaria en paciente inmunocompetente. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 6-8. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a3.

Cite this as: Contreras-Camarena CW, Cabanillas-Lapa JL, Lazo-Manrique AM. Breast tuberculosis in immunocompetent patient. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 6-8. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a3.

Autor para correspondencia: Carlos Walter Contreras-Camarena. ccontrerashndm@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Tuberculosis mamaria
- ▷ Cuadro clínico
- ▷ Mastitis crónica

Keywords

- ▷ Breast tuberculosis
- ▷ Clinical picture
- ▷ Chronic mastitis

Resumen

La tuberculosis mamaria, enfermedad descrita como rara, se presenta con relativa frecuencia en nuestro medio. En el Perú, representa el 2-2,9% del total de tuberculosis extrapulmonares, la mayoría de los casos se presenta en mujeres jóvenes entre 20-40 años con diversos grados de inmunosupresión. Frecuentemente el diagnóstico se confunde con neoplasia, absceso de mama o mastopatía fibroquística debido a la inespecificidad del cuadro clínico y de los estudios de imágenes.

Abstract

Breast tuberculosis, disease described as rare, occurs relatively often in our environment. In Perú, it accounts from 2 to 2.9% of the total extrapulmonary tuberculosis, most of which occur in young women between 20 and 40 year-old with varying degrees of immunosuppression. Diagnosis is often confused with neoplasm, breast abscess or fibrocystic mastopathy due to unspecificity of the clinical picture and imaging studies.

Puntos destacados

- ▷ La tuberculosis mamaria puede presentarse con dolor y signos de flogosis simulando mastitis subaguda, mastopatía fibroquística o carcinoma, conduciendo a un enfoque diagnóstico erróneo.
- ▷ Por la baja sensibilidad del cultivo y baciloscopia, es importante utilizar el juicio clínico para el diagnóstico y tratamiento.

Introducción

La tuberculosis mamaria es una patología que ocurre con relativa frecuencia en nuestro medio. La mayoría de los casos se presenta en adultos jóvenes entre 20-40 años, y es más frecuente en mujeres que en varones. La incidencia en los países latinoamericanos es alrededor del 0,1-0,52%, pero su frecuencia puede ser mayor en países de África y Asia¹. Los principales factores de riesgo descritos son los estados de inmunosupresión, el embarazo, la lactancia y el contacto cercano con personas afectadas de tuberculosis. Frecuentemente, el diagnóstico se confunde con neoplasia, absceso de mama o mastopatía fibroquística, debido a que ni la clínica ni los estudios de imágenes son específicos².

Caso clínico

Mujer de 31 años, con gestación de 32 semanas. Habitante en Sullana (Piura, Perú). Sin antecedentes clínicos ni epidemiológicos de interés. Acudió a la consulta con tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por fiebre vespertina y diaforesis asociado a induración en mama izquierda. Acudió a un médico particular a la tercera semana de haber iniciado su enfermedad, y le trataron con antibioterapia empírica amoxicilina/ácido clavulánico (875/125 mg) durante 3 semanas, con discreta mejoría clínica. Luego de un mes de iniciada su enfermedad, presentó lesiones nodulares, ulcerativas y dolorosas en la piel de la mama (**Figura 1**), que tendían a confluir y que presentaban secreción serohemática. El dolor fue aliviado significativamente con el drenaje espontáneo de las lesiones.

Examen físico: presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 78 lpm, frecuencia respiratoria 19 rpm, temperatura 37,7 °C, peso 58 kg, talla 156 cm, IMC 23,83. Cardiovascular: ruidos rítmicos, ausencia de soplos. Pulmones: tórax simétrico, móvil a la respiración, ausencia de tirajes. Amplexación de vértices y bases normales, vibraciones vocales pasan sin alteración. Murmullo vesicular: hipoventilación, no ruidos agregados. Mamas: lesiones ulcerosas y exudativas

en cuadrante inferior interno de mama izquierda (Figura 1). Abdomen, extremidades y examen neurológico sin alteraciones.



Figura 1. Lesión tumoral de aspecto multinodular, ulcerada de la mama

Pruebas complementarias

- Analítica sanguínea. Grupo y factor 0 Rh (+), glucosa 116 mg/dl, urea 18 mg/dl, creatinina 0,98 mg/dl, hemoglobina 10 g/dl, hematocrito 36,4%, VCM 80,9 fl, HCM 28,3 pg, CHCM 27,5 g/dl, leucocitos $15,3 \times 10^3/\mu\text{l}$, segmentados 78%, linfocitos 21%, monocitos 11%, plaquetas $450 \times 10^3/\mu\text{l}$. Perfil de coagulación: INR 1,07, fibrinógeno 516 mg/dl (200-400). DHL 103 U/l (50-150). PCR 16,4 mg/l (0-10).
- Ultrasonografía. Signos de proceso inflamatorio con múltiples nódulos hiperecogénicos de aproximadamente 1,4 cm. Con dos imágenes hipocogénicas trabeculadas, de bordes irregulares, compatibles con carcinoma de mama, a descartar etiología tuberculosa.
- Estudio patológico de biopsia incisional. Ausencia de atipia celular. Se observa un conducto lactífero, y hacia el lado derecho se muestra una célula gigante tipo Langhans, por debajo de la cual se observa un granuloma rodeado por gran cantidad de linfocitos (Figura 2). Se muestra la coloración con Ziehl-Neelsen, donde se observan abundantes microorganismos ácido alcohol-resistentes (Figura 3).

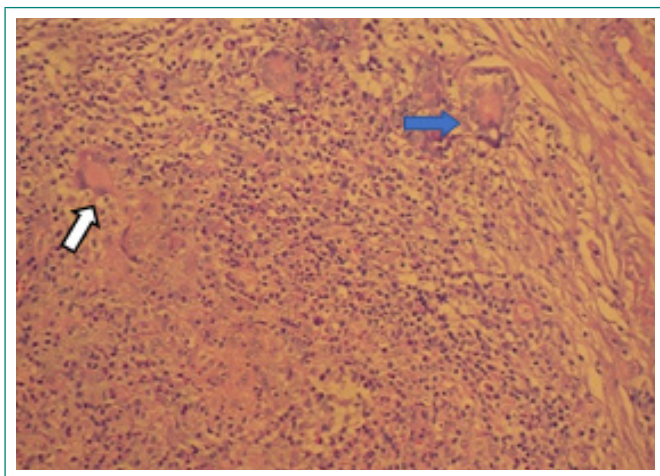


Figura 2. La flecha azul señala un conducto lactífero, la flecha blanca señala una célula gigante tipo Langhans, por debajo del cual se observa un granuloma rodeado por gran cantidad de linfocitos

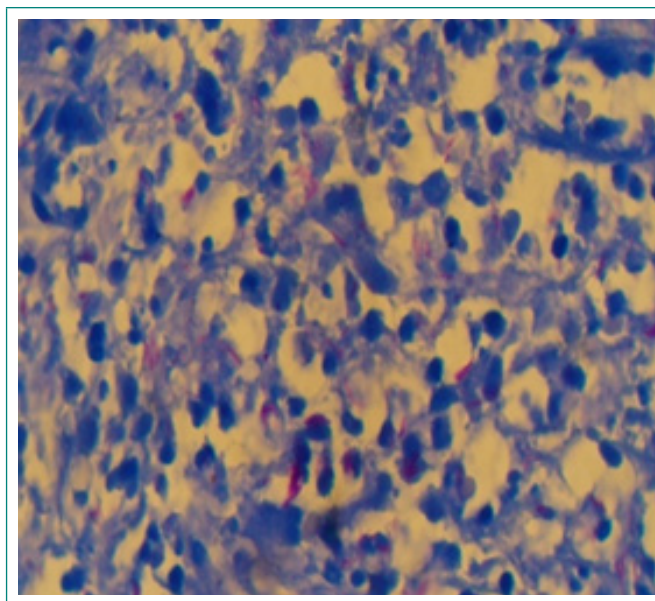


Figura 3. Coloración Ziehl-Neelsen. Se observan abundantes bacilos ácido alcohol-resistentes

Evolución

Después de 45 días de tratamiento específico, las lesiones mejoraron paulatinamente, con disminución de la secreción purulenta, iniciándose el proceso de cicatrización a partir del cuarto mes de tratamiento. La paciente culminó el tratamiento indicado durante 6 meses con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, observándose una mejoría notable, y presentando una gran macula hipopigmentada secuelar al finalizar el tratamiento (Figura 4).



Figura 4. Tras 6 meses de tratamiento específico para tuberculosis, se observó cicatrización total de la lesión

Diagnóstico

Se realizaron estudios de secreción y biopsia incisional de las lesiones. El diagnóstico fue histopatológico: tuberculosis mamaria.

Discusión y conclusiones

La tuberculosis mamaria es una enfermedad infrecuente, con una incidencia menor del 0,1% de las patologías mamarias en zonas endémicas³. En el Perú, la incidencia es del 2-2,9% del total de tuberculosis extrapulmonar. Debido a la alta incidencia de tuberculosis a nivel nacional (alrededor de 85/100.000 habitantes), la tuberculosis secundaria seguirá siendo una patología existente, aunque inusual, pero relevante a la hora del diagnóstico. Se menciona que es cinco veces menos frecuente que el carcinoma de mama y muchas veces el diagnóstico es erróneo.

La forma más frecuente de presentación es la de una masa solitaria situada en el cuadrante central o superoexterno de la mama, probablemente, por la diseminación linfática retrograda desde los ganglios axilares hacia la mama. La tuberculosis mamaria puede simular carcinoma de mama, y es usual que se adhiera a los planos profundos o, incluso, a la pared del tórax⁴. El cuadro clínico se inicia con aparición de nódulos y eritema de la glándula mamaria erróneamente diagnosticado como mastitis, posteriormente presenta ulceraciones superficiales y exudativas, alrededor del 25% se fistulizan y únicamente el 4% presentan síntomas constitucionales.

La tuberculosis mamaria debe sospecharse en toda mastitis que no mejora con antibióticos comunes dentro de un mes. El diagnóstico diferencial va desde un absceso hasta un carcinoma de la mama. Esta patología es frecuente en mujeres jóvenes que están o estuvieron lactando, multíparas y con inmunosupresión, especialmente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), malignidades y diabetes mellitus⁵.

La mayoría de las veces, la tuberculosis mamaria se presenta en ausencia de enfermedad tuberculosa activa, infrecuentemente puede coexistir con tuberculosis pulmonar activa, en cuyo caso se facilita el diagnóstico por la existencia de un cortejo sintomático florido⁶. Los estudios de imágenes ayudan en la definición de la extensión de la lesión, pero son inespecíficos. Incluso, hay dificultad para distinguir las principales formas clínicas: forma nodular, forma difusa o diseminada, forma esclerosante, mastitis obliterante y mastitis tuberculosa miliar aguda. Los hallazgos ultrasonográficos se caracterizan por la existencia de nódulos hipoeoicos con ecos en su interior, adenopatías axilares, tractos fistulosos y abscesos e hipervascularización en ecografía Doppler⁷.

Para el diagnóstico, el cultivo bacteriológico del tejido mamario, obtenido por biopsia con aspiración con aguja fina, se considera el diagnóstico estándar, pero el método exige más de 10.000 bacilos/ml en el frotis y sólo logran aislarse microorganismos en el 25% de los casos, identificándose los bacilos ácido-resistentes sólo en el 12% de los pacientes. Por eso, se recomienda tener en cuenta los hallazgos anatomopatológicos de granulomas caseosos del tejido

mamario como elemento suficiente para el diagnóstico⁸. Esta recomendación se sustenta en la investigación retrospectiva de 13 años de seguimiento realizada en Reino Unido por McGuire et al.⁹, que reportaron 47 casos de tuberculosis mamaria. Los estudios histológicos encontraron granulomas compatibles con tuberculosis en el 58% de los casos y aislaron *Mycobacterium tuberculosis* únicamente en el 6% de los casos.

Concluimos que, ante la presencia de cualquier alteración morfológica de la mama acompañada de dolor y flogosis de naturaleza crónica, evolución tórpida y con nula respuesta a antibioterapia convencional, debe sospecharse tuberculosis mamaria, más aún si presenta lesiones ulceroexudativas que tienden a fistulizarse. El diagnóstico diferencial deberá plantearse con actinomicosis y carcinoma de mama. Debido a la baja sensibilidad del cultivo y baciloscopia para aislar *Mycobacterium tuberculosis*, se debe usar el juicio clínico para iniciar el tratamiento, siendo válida la prueba terapéutica, en casos de alta sospecha de la enfermedad.

Bibliografía

1. Gonzales-Muro DJ, Campos-Siccha G, Ramírez-Gutiérrez R. Características clínicas de la tuberculosis mamaria en pacientes atendidas en un servicio de ginecoobstetricia 2002-2011. *Rev Per Ginecol obstet.* 2013; 59(2): 107-114. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200005&Ing=es
2. Rubio E, Reguero M, Fraile G, Gonzales J, Pérez J. Tuberculosis mamaria. *Clin Invest Gin Obst.* 2009; 36(3): 107-110. doi: 10.1016/j.gine.2008.03.006.
3. Lin T, Chi S, Liu J, Chou F. Tuberculosis of the breast: 10 years' experience in one institution. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14(6): 758-763.
4. Cuervo S, Bonilla D, Murcia M, Hernández J, Gómez J. Mastitis tuberculosa. *Biomédica.* 2013; 33: 36-41. doi: 10.1590/S0120-41572013000100005.
5. Adeiza MA, Yusuf R, Liman AA, Abur P, Bello F, Abba AA. Tuberculosis of the breast: an initial presentation of the metabolic syndrome with type 2 diabetes mellitus in a young nigerian woman. *Case Rep Infect Dis.* 2016; 5485862. doi: 10.1155/2016/5485862.
6. Bazi-Fontes F, Zanetti G, Marchiori E. Tuberculosis pulmonar y mamaria: una asociación inusual. *Arch Bronconeumol.* Nov 2015; 51(11): 598-599. doi: 10.1016/j.arbres.2015.05.014.
7. Soto C, Vizcaino I, Isarria S, Pastor MR. Tuberculosis mamaria. Descripción de los hallazgos de imagen en dos pacientes. *Radiología.* 2008; 50(6): 518-521.
8. Sánchez-Miño J, Ortiz-Rodríguez A, García-Orozco L, Venegas-Mera B, Yépez-Yerovi F, Escalona-Rabaza M. Tuberculosis de mama: reporte de un caso. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2018; 35(2): 333-337. doi: 10.17843/rpmesp.2018.352.3131.
9. McGuire E, Carey L, Tiberi S, Rahman A, Jayasekera N, White V, et al. Breast tuberculosis in East London: a 13-year retrospective observational study. *Breast J.* 2020; 26(2): 235-239. doi: 10.1111/tbj.13517.