

TUBERCULOSIS MAMARIA. REPORTE DE DOS CASOS

MARGARITA BARRIS^{1,2}, LAURA FIGUERAS^{1,2}, MARTINA RIBECKY¹,
BARBARA BROESE, PAMELA BERTOLINI¹, FLORENCIA GAUDENZI¹

¹Hospital Central San Isidro Melchor A. Posse, ²Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Margarita Barris, Servicio de Infectología, Hospital Central de San Isidro Melchor A. Posse, Santa Fe 431, 1641 Acassuso, Provincia de Buenos Aires, Argentina

E-mail: margaritabarris@gmail.com

Recibido: 13-IV-2023

Aceptado: 5-VI-2023

Resumen

Se presentan los casos de dos pacientes con tuberculosis (TB) mamaria, una de ellas también con compromiso pleural y ganglionar. Ambas HIV negativas, sin antecedentes de TB previa, con lesiones mamarias de largo tiempo de evolución. Las dos presentaron buena evolución con tratamiento antifímico. La TB mamaria es una afección muy poco frecuente de difícil diagnóstico. Se presentan los casos con el fin de plantear su diagnóstico diferencial en pacientes con mastitis crónicas y/o lesiones nodulares o ulceradas de la mama. Se recomienda el manejo multidisciplinario.

Palabras clave: tuberculosis, enfermedad mamaria

Abstract

Breast tuberculosis. Report of two cases

Two cases of mammary tuberculosis (TB) are presented, one of them with additional pleural and lymph node involvement. Both were HIV-negative, with no history of previous TB, with long-standing breast lesions. Both presented a successful outcome with antituberculosis treatment. Breast TB is a very rare pathology that is difficult to diagnose. The cases are presented to consider their differential diagnosis in patients with chronic mas-

titis and/or nodular or ulcerated lesions of the breast. Multidisciplinary management is recommended.

Key words: tuberculosis, breast disease

La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial¹⁻³. Más del 95% de las muertes por TB ocurren en países de bajos y medianos ingresos, donde la TB se encuentra entre las tres principales causas de muerte en mujeres de 15 a 44 años³.

Afecta principalmente a los pulmones, pero cualquier órgano puede verse comprometido como resultado de la diseminación linfática o hematogena^{2, 4}. La TB mamaria, es una enfermedad poco frecuente. Tiene una incidencia del 0.1%-3% en la afección mamaria quirúrgica^{4,5}.

Es probable que su incidencia sea mayor en los países subdesarrollados como resultado de la alta incidencia de TB. En países desarrollados, en pacientes añosos, inmunocomprometidos o que conviven con HIV, pueden presentarse estas formas atípicas extrapulmonares de la TB⁴. También tiene una relevancia clínica creciente en países occidentales debido a la inmigración y a la falta de conocimiento de la enfermedad, lo que es muy probable que retrase el diagnóstico y puede dar lugar a una cirugía desmedida cuan-

do se plantea principalmente el diagnóstico de carcinoma⁶.

Al no presentar un cuadro clínico-radiológico característico, su diagnóstico representa un desafío clínico⁷. El retraso en el diagnóstico puede durar meses y los pacientes a menudo deben someterse a numerosos estudios y tratamientos infructuosos antes de que se haga un diagnóstico definitivo².

Se plantea diagnóstico diferencial con el carcinoma de mama, un absceso bacteriano, la mastitis granulomatosa idiopática o sarcoidosis^{4, 6}.

Globalmente, el impacto de la pandemia de COVID-19 ha generado muchas dificultades en las enfermedades crónicas prevalentes. En relación con la tuberculosis, se destacan la pérdida de seguimiento de pacientes con TB, detecciones tardías de personas con enfermedades graves y avanzadas, algunas de ellas irreversibles así como también aquellas con enfermedades diseminadas y presentaciones poco frecuentes de la TB extrapulmonar^{8,9}.

Caso clínico 1

Mujer de 23 años, tabaquista, cursando puerperio tardío.

En abril del 2020, luego del parto, presentó mastitis crónica derecha tratada con varios esquemas antibióti-

cos por tiempo prolongado sin mejoría. Evolucionó con lesión ulcerada de aproximadamente 4 cm en cuadrante superior externo con débito seroso (Fig. 1-A). Agregó adenopatías axilares ipsilaterales y disnea de esfuerzo II con tos escasamente productiva.

En julio del mismo año, su hija de 3 meses cursó internación por TB miliar.

Dados los antecedentes de la hija se realizaron estudios complementarios y se decidió iniciar tratamiento empírico con drogas antituberculosis (antiTB) de primera línea con rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol (R/H/Z/E).

Se realizó Rx y TAC de tórax donde se evidenció derrame pleural bilateral (Fig. 1-B). Se realizó punción biopsia pleural izquierda que informó: GeneXpert negativo, BAAR negativo y anatomía patológica: pleuritis inespecífica.

Además, se realizó punción por piel sana de la lesión de mama derecha que informó BAAR negativo y cultivo que positivizó al mes para *Mycobacterium tuberculosis*.

La paciente cumplió tratamiento con drogas anti TB por 12 meses con buena evolución clínica y radiológica.

Caso clínico 2

Mujer de 54 años, con antecedentes de contacto de conviviente con TB pulmonar hace 6 años. Concurrió al consultorio de Patología Mamaria en octubre 2021 por lesión dérmica torácica ulcerada en el centro de más de un año de evolución (Fig. 2-A). Al examen mamario se constató lesión ulcerada en surco intermamario y en mama

Figura 1 | Caso 1: -A: Lesión cicatrizal en CSE de mama derecha luego de 2 meses de tratamiento antiTB. B: Rx tórax frente: opacidad homogénea de bordes definidos de extenso contacto con pleura a nivel de campo inferior y medio izquierdos. Seno costofrénico derecho velado y opacidad subpleural homogénea que impresiona engrosamiento pleural

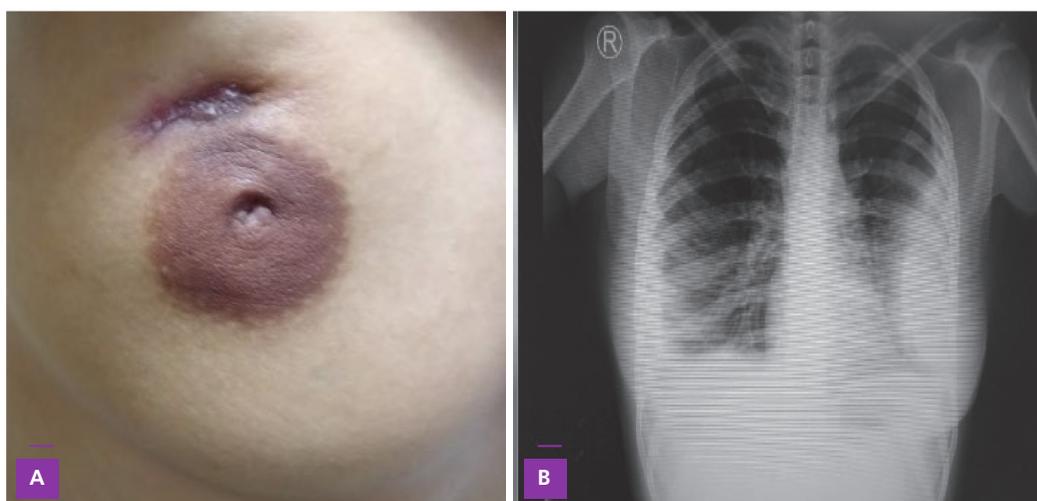
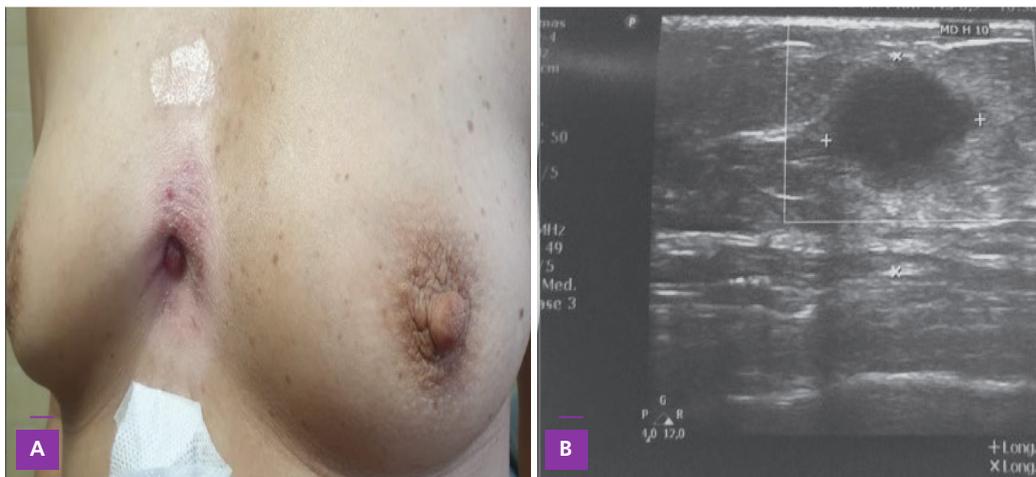


Figura 2 | Caso 2: A: Lesión ulcerada en surco intermamario con cambios tróficos perilesional. B: Ecografía mamaria: MD nódulo sólido, márgenes indefinidos de 15 x 13 mm, adenomegalia con hilio comprometido de 8 mm



derecha, cuadrante superior externo (MD CSE) H10 un nódulo palpable de 2 x 1 cm, no adherido a planos profundos. Mamografía: en MD nódulo denso de márgenes indefinidos de 15 mm, que no atenuaba ante la compresión. Ecografía (Fig. 2 B): nódulo sólido perpendicular a la piel de márgenes indefinidos, de 15 x 13 mm en H10. Adenomegalia 8 mm. BIRADS 4. Sobre pared torácica esternal nódulo sólido 10 mm, Doppler +. Se realizó biopsia de lesión ulcerada que informó: inflamación granulomatosa tuberculoide.

Se realizó punción histológica con aguja gruesa bajo guía ecográfica de nódulo mamario que informó: proceso inflamatorio granulomatoso tuberculoide, BAAR y ZN negativos. Se tomó muestra para cultivo, la cual resultó escasa. Se derivó a infectología. Completó estudio con TAC de tórax, abdomen y pelvis: sin infiltrados pulmonares ni adenopatías. BAAR de esputo y orina negativos. Inició tratamiento con drogas antiTB, con buena evolución, disminuyendo el tamaño de la lesión y cicatrizando por completo a los 2 meses de tratamiento.

Ambas pacientes firmaron el correspondiente consentimiento informado.

Discusión

Se trata de dos pacientes con TB mamaria, una de ellas también con compromiso pleural y ganglionar. Ambas HIV negativas, sin antecedentes de TB previa, con lesiones mamarias de largo tiempo de evolución. Las dos presentaron buena evolución al tratamiento con drogas anti-TB.

En general la TB mamaria suele desarrollarse en pacientes jóvenes en edad reproductiva⁶. En la mayoría de los casos, se presenta como un nódulo mamario solitario en el cuadrante central o superior externo debido a la frecuente extensión desde los ganglios linfáticos axilares hasta la mama^{4,6,10}.

La presentación con masas mamarias múltiples o bilaterales es poco común⁶. El nódulo suele ser irregular, mal definido y duro. Puede ser doloroso, móvil o fijo a la piel o al músculo subyacente y a la pared torácica y también puede presentarse con ulceración de la piel, absceso mamario, retracción del pezón, piel de naranja y edema mamario⁶.

La TB de mama puede ser primaria, cuando no existe otro foco tuberculoso demostrable o secundaria a una lesión preexistente localizada en otra parte como ser en los pulmones, ganglios linfáticos o pleura^{1,14}.

El compromiso de la glándula mamaria por el *Mycobacterium tuberculosis* puede ser por diversas vías: a) vía hematogena, que permite explicar la mastitis tuberculosa primaria; b) inoculación directa (rara); c) infección a partir de los conductos; d) diseminación a partir de estructuras vecinas; e) diseminación linfática a partir de los ganglios tráqueo-bronquiales (contaminación del grupo paratraqueal y luego de la mama); f) infección a partir de los ganglios cervicales o braquiales⁵.

Existen 3 formas de presentación: 1: nodular (de crecimiento lento, bien delimitado, no doloroso, por imágenes se visualiza como una opacidad de contornos poco definidos) 2: diseminada (mastitis tuberculosa, indistinguible con mastitis carcinomatosa) 3: esclerosante (zona inducida, retraída, fija a planos profundos, imagen estrellada)^{4, 5, 12}.

Una de las revisiones sistémicas más extensas de la literatura sobre TB mamaria de 1990 al 2018, incluyó 1478 casos de 180 artículos seleccionados. Describió que el aspecto clínico más frecuente de la lesión fue el nódulo mamario (74.9%) y el absceso mamario (14.9%). Casi la mitad de los pacientes (48.4%) presentaron afectación de la mama derecha. La localización bilateral fue rara (4.2%). El sitio más común fue el cuadrante superior (60.4%). El hallazgo asociado más frecuente fue la linfadenitis axilar (32.6%), seguida de fístula (23.9%), ulceración de la piel (23.5%) y retracción del pezón (16.7%). Los síntomas constitucionales más comunes fueron: dolor, reportado en el 42.5% de los casos y fiebre en el 28.2%. La duración media de síntomas antes de buscar atención médica fue muy variable: en promedio, el retraso en el diagnóstico fue de 7.1 meses².

En otra serie retrospectiva de la India de 1999 al 2008, diagnosticaron 63 casos de tuberculosis, predominantemente en mujeres jóvenes con 31 pacientes menores de 30 años y 14 en período de lactancia. La mayoría (68%) provenía de área rural y eran multíparas (71%). La presentación en la mayoría de las pacientes fue unilateral (96%), 42 con compromiso de un solo cuadrante y 16 tenían compromiso multicuadrante. Los síntomas constitucionales eran insignificantes, excepto en pacientes que tenían tuberculosis pulmonar (11.1%). El modo más común de presentación clínica fue el nódulo mamario, en 46 pacientes¹.

Uno de los casos que presentamos estaba amamantando. Se sabe que la lactancia puede aumentar la susceptibilidad de la mama a la tuberculosis ya que, durante la misma, el aumento de la vascularización de la mama puede facilitar la infección y diseminación de los bacilos^{1, 2, 4, 10, 11}.

La mastitis tuberculosa es el único caso donde se contraindica la lactancia materna¹³.

En la Argentina, en el año 2011, se publicaron dos casos de TB mamaria, en uno de ellos tampoco se pudo identificar el agente causal. Pero con el resultado de la biopsia y la respuesta positiva al tratamiento se consideró suficiente para establecer el diagnóstico¹².

El diagnóstico por imagen tiene un valor limitado, ya que el diagnóstico diferencial con cáncer de mama es dificultoso. En la mamografía los hallazgos más comunes, generalmente reportados como lesiones BIRADS 4 o 5, son: el engrosamiento trabecular difuso, la retracción de la piel y una masa mamaria mal definida²¹.

La ecografía suele ser el primer examen complementario realizado. También se considera el mejor método para la evaluación de los ganglios axilares y para la realización de biopsias tanto con aguja fina como gruesa, o el drenaje percutáneo de abscesos. Al igual que ocurre con la mamografía, desde el punto de vista ecográfico las lesiones tienen características sospechosas de malignidad: nódulos hipoeoicos de bordes indistintos, masa o aumento de ecogenicidad heterogénea, signos de edema e inflamación. Pueden visualizarse abscesos múltiples o únicos y fístulas cutáneas. Las adenopatías axilares ipsilaterales están presentes en un 20 a 69% de los casos²¹.

La tomografía es útil para evaluar lesiones de localización retromamaria profunda con compromiso de pared torácica y para realizar drenajes percutáneos.

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una buena herramienta para el diagnóstico de TB mamaria. La identificación directa de *M. tuberculosis* con tinción acidorresistente de Ziehl-Neelsen es el estándar de oro para el diagnóstico. Sin embargo, la TB de mama es paucibacilar y los exámenes de diagnóstico de rutina como microscopía, cultivo y métodos moleculares rápidos por lo general no tienen la misma utilidad diagnóstica que en la TB pulmonar. Entonces, en la mayoría de los casos, el diagnóstico lo proporciona la presencia de granulaciones epiteliales con necrosis caseosa en el examen histológico¹⁵.

El tratamiento incluye drogas antiTB de primera línea con una fase intensiva con R/H/Z/E y la segunda fase de consolidación con R/H con una duración de 6 a 9 meses^{1,13}. El tratamiento quirúrgico es excepcional para el drenaje de un

absceso, lesiones residuales, recurrentes o ulceradas no respondedoras al tratamiento farmacológico⁵.

Durante la pandemia, a nivel mundial, muchos centros de atención TB tuvieron que re direccionar sus servicios a COVID-19. Como consecuencia hubo falta de atención y resurgimiento de casos de TB⁸. Nuestro hospital continuó con la atención y el seguimiento de las pacientes, lo que permitió que ambas pudieran tener un diagnóstico de certeza y comenzar el tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Mehta G, Mittal A, Verma S. Breast tuberculosis-clinical spectrum and management. *Indian J Surg* 2010; 72: 433-7.
2. Quaglio G, Pizzol D, Isaakidis P, et al. Breast tuberculosis in women: a systematic review. *Am J Trop Med Hyg* 2019; 101: 12-21.
3. World Health Organization (WHO), 2018. Global tuberculosis Report. En: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en; consultado marzo 2023.
4. Sen M, Gorpelioglu C, Bozer M. Isolated primary breast tuberculosis -report of three cases and review of the literature. *Clinics* 2009; 64: 607-10.
5. Singal R, Bala J, Gupta S, Goyal S, Mahajan Nc, Chawla A. Primary breast tuberculosis presenting as a lump: a rare modern disease. *Ann Med Health Sci Res* 2013; 3: 110-2.
6. Shrestha A, Gautam K, Pyakurel D, Pradhan S, Pant V. Breast tuberculosis, a rare entity. *ID Cases* 2019; 15: e00530.
7. Ghalleb M, Seghaier S, Adouni O, et al. Breast tuberculosis: a case series. *J Med Case Rep* 2021; 15: 73.
8. Migliori GB, Thong PM, Akkerman O, et al. Worldwide effects of coronavirus disease pandemic on tuberculosis services, January-April 2020. *Emerg Infect Dis* 2020; 26: 2709-12.
9. Boletín N° 5 Tuberculosis y Lepra en la Argentina Coordinación de Tuberculosis y lepra. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud, Argentina 2022 En: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/boletin_n_5_tuberculosis_y_lepra_en_argentina_28-3-2022.pdf; consultado marzo 2023.
10. Da Silva B, Lopes-Costa P, Pires C, Pereira-Filho J, dos Santos A. Tuberculosis of the breast: analysis of 20 cases and a literature review. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009; 103: 559-63.
11. Marinopoulos S, Lourantou D, Gatzionis T, Dimitrakakis C, Papaspyrou I, Antsaklis A. Breast tuberculosis: diagnosis, management and treatment. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3: 548-50.
12. Finkenstein Viegas M, Lage S, Orsi H, Castaño R, Maletti G, Grosso C. Tuberculosis mamaria. *Rev Arg Mastol* 2011; 30: 141-7.
13. Sancineto A. y col. Tuberculosis: diagnóstico y tratamiento. Fundación el Mercurio de la Salud. *Lajougne* 2009; 197-200.
14. Baykan A, Sayiner H, Inan I, Aydin E, Erturk S. Primary breast tuberculosis: imaging findings of a rare disease. *Insights Imaging* 2021; 12: 19.
15. Galego M, Lage G, Shekhovtsova M, Duarte R. Tuberculosis of the breast: an uncommon presentation of an old disease. *BMJ Case Rep* 2019; 12; e227014.

Agradecimientos: Agradecemos de manera especial a la Cooperadora del Hospital Central de San Isidro que colaboró para que sea posible la publicación del artículo, al Servicio de Mastología del Hospital de San Isidro (Dr. Gangi, Dra. Maino, Dra. Anderson), a la Dra. Abojer del Servicio de Obstetricia, así como también a la Dra. Alejandra Iannizzotto, a la Dra. Chirico del Programa de Tuberculosis de zona V de la Provincia de Buenos Aires y a colegas del área médica y de laboratorio, enfermeras y trabajadoras sociales del Programa de TB del Hospital Central de San Isidro por su desempeño diario en el seguimiento de los pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar