

Tuberculosis mamaria: reporte de caso clínico

Siria Elizabeth Núñez-Suazo , Claudia Melissa Cartagena-López y Dairon Akym-Lalin

Medicina General y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa M.D.C., Honduras

Recibido: 17/03/2023

Aceptado: 11/05/2023

En línea: 31/08/2023

Citar como: Núñez-Suazo SE, Cartagena-López CM, Akym-Lalin D. Tuberculosis mamaria: reporte de caso clínico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (agosto); 8(2): 71-73. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a4>.

Cite this as: Núñez-Suazo SE, Cartagena-López CM, Akym-Lalin D. *Breast tuberculosis: clinical case report*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (August); 8(2): 71-73. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a4>.

Autor para correspondencia: Siria Elizabeth Núñez-Suazo. siria_nun@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Tuberculosis mamaria
- ▷ Foco infeccioso
- ▷ Biopsia

Resumen

El diagnóstico de tuberculosis mamaria es difícil y raro en Honduras, y a menudo erróneo si no se sospecha. La clínica y el diagnóstico por imagen no son específicos y se confunde frecuentemente con otras enfermedades. En Honduras y Centroamérica se han reportado casos verbalmente. El origen de esta enfermedad puede ser primario o secundario a un foco infeccioso, el cual puede encontrarse en vía hematógena, linfática, parrilla costal o pleura. Presentamos el caso clínico de una paciente de 36 años, con tuberculosis extrapulmonar que se manifestó comprometiendo tejido mamario. Diagnosticamos la tuberculosis con biopsia mamaria.

Keywords

- ▷ *Breast tuberculosis*
- ▷ *Disease outbreak*
- ▷ *Biopsy*

Abstract

The diagnosis of breast tuberculosis is difficult and rare in Honduras, and it is often wrong if it is not suspected. The clinical and diagnostic imaging are not specific and it is frequently confused with other diseases. In Honduras and Central America, cases have been reported verbally. The origin of this disease can be primary or secondary to an infectious focus, which can be found in the hematogenous, lymphatic, rib cage/ribs or pleura. We present the case of a 36 years old patient with extrapulmonary tuberculosis, who showed up with breast compromise and was diagnosed tuberculosis by breast biopsy.

Puntos destacados

- ▷ La tuberculosis mamaria constituye una enfermedad poco frecuente, su diagnóstico puede ser difícil ya que puede confundirse con otras patologías.

ción mamaria directa puede ocurrir por abrasiones de la piel o a través de las aberturas del conducto galactóforo³.

A continuación, describimos el caso de una paciente con una revisión narrativa de la literatura, tratando de caracterizar los aspectos clínicos, fisiológicos, terapéuticos y pronósticos de esta infrecuente patología.

Introducción

La tuberculosis representa un grave problema de salud en todo el mundo. La variante pulmonar es más frecuente (86%), seguida de ganglionar, miliar, pleural y ósea. En glándulas mamarias es poco frecuente y suele confundirse con cáncer como primera opción diagnóstica. En países desarrollados se llega a encontrar en el 0,1% de las lesiones de mama, y en países en vías de desarrollo, entre el 3-4%¹.

Actualmente en Honduras no existe un registro de estos casos que nos permita establecer la incidencia y planes epidemiológicos apropiados para la prevención, diagnóstico y manejo de la enfermedad. Aun siendo una enfermedad poco frecuente debe tenerse en cuenta la importancia de su conocimiento para establecer el diagnóstico diferencial apropiado con otras patologías que cursan con un cuadro clínico parecido como las mastitis y el carcinoma de mama.

Esta variante afecta a mujeres jóvenes y particularmente lactantes. Es una presentación rara y generalmente primaria, sin evidencia de foco inicial². La infec-

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Mujer de 36 años, hondureña, procedente de San Francisco Atlántida, multipara, comerciante, no lactante, sin antecedentes patológicos de importancia. Consultaba por dolor de 8 meses de evolución localizado en mama izquierda, de moderada intensidad.

El examen físico revelaba tórax simétrico y frecuencia respiratoria normal. No se observaba choque de la punta y la entrada de aire era bilateral sin utilización de músculos accesorios. Se observaba también tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado. Las mamas aparecían asimétricas con notable aumento del tamaño en la mama izquierda, donde se palpaba masa móvil dolorosa, de consistencia pétreo y de aproximadamente 1,5x2 centímetros de diámetro, con bordes regulares y aumento de temperatura en cuadrante superior externo izquierdo. La mama derecha se encontraba sin masas evidentes a

la palpación. No presentaba adenopatías periféricas. El abdomen era blando y depresible a la palpación superficial y profunda.

Pruebas complementarias y evolución

Remitimos a la paciente al hospital donde le realizaron un hemograma, la cual reportó leucocitosis a expensas de granulocitos, sin otro hallazgo contribuyente. Por consiguiente, se solicitó mamografía, que mostró mastopatía fibroquística (figura 1). Se realizó también ultrasonido mamario donde se observó absceso residual en la mama izquierda (figura 2).

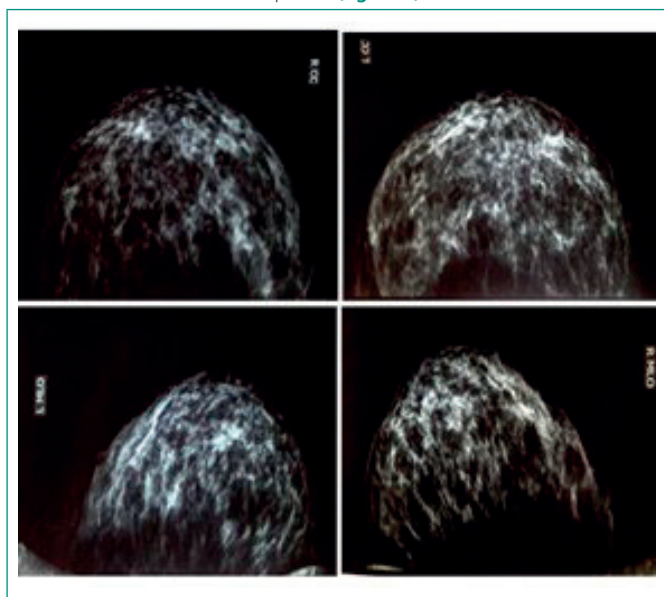


Figura 1. Mamografía que muestra mastopatía fibroquística.

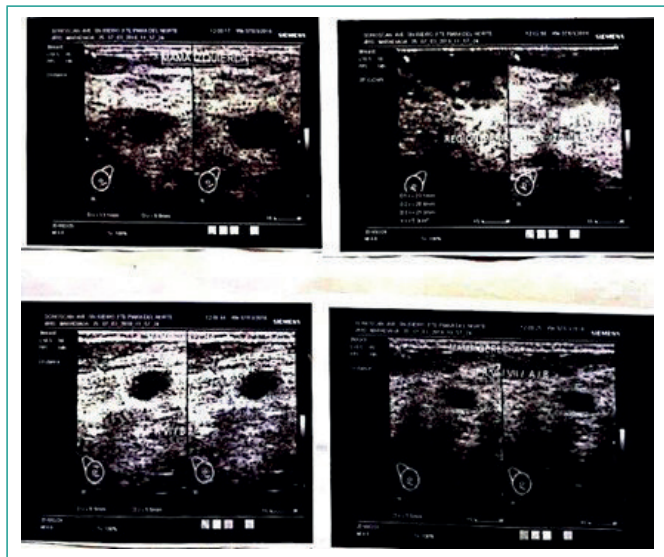


Figura 2. Ultrasonido Doppler que muestra absceso residual en mama izquierda y fibroadenomas en ambas mamas.

Fue tratada durante una semana con antibióticos intravenosos, sin presentar mejoría aparente, por lo que se decidió realizar una biopsia quirúrgica debido a la sospecha diagnóstica de cáncer de mamá, que fue descartada tras la realización de la biopsia del nódulo de mama izquierda. En la biopsia encontramos hallazgos anatomopatológicos de mastitis aguda y crónica granulomatosa abscesificada, ectasia ductal y adenomatosis mamaria no esclerosante. Se confirmó la tuberculosis mamaria mediante el cultivo del material por punción aspiración.

Finalmente, se le solicitó una baciloscopia de esputo BAAR que fue negativa para *Mycobacterium tuberculosis* y VIH (con resultado negativo). También se realizó radiografía de tórax que no mostraba alteraciones. No se logró tomar muestra para estudios microbiológicos, ni se realizó prueba cutánea de tuberculina, ya que no se disponía en el medio.

Se instauró tratamiento antituberculoso durante 7 meses con rifampicina e isoniacida según esquema indicado por la Secretaría de Salud de Honduras. La mejoría clínica se observó a los 22 días después de dar inicio y 6 meses después la paciente asistió a consulta para ultrasonido donde se observó absceso residual en mama izquierda. Un mes después la paciente se sometió a una prueba de ultrasonido de control que mostraba quistes en mama izquierda con restos en su interior sugerente de proceso infeccioso residual (figura 3). Tuvo una evolución satisfactoria con remisión total de los síntomas tras los 7 meses de tratamiento.

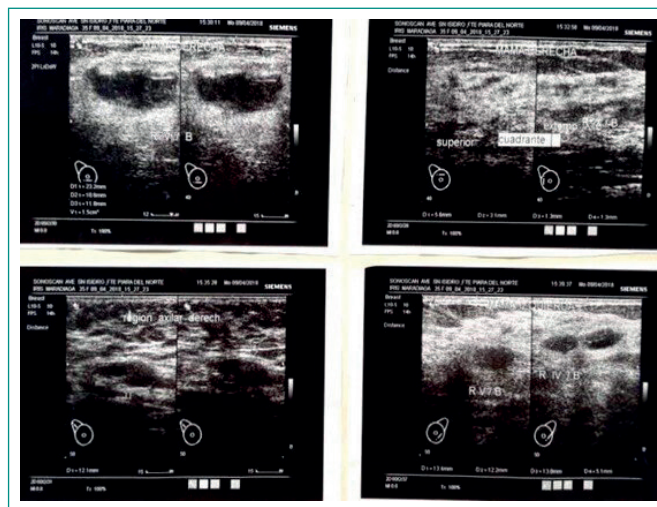


Figura 3. Ultrasonido Doppler que muestra pequeña colección o absceso en mama derecha y quistes en mama izquierda con restos en su interior sugerentes de proceso infeccioso residual.

Diagnóstico

Tuberculosis mamaria primaria.

Discusión y conclusiones

La tuberculosis es una enfermedad causada por la *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis mamaria fue descrita por primera vez en 1829 por Astley Cooper, quien la denominó «tumefacción del seno por escrófula», pero se le atribuye a Richet (1880) la primera gran descripción de la tuberculosis. Desde entonces, se han publicado varias series de casos y revisiones sobre el tema, la mayoría de ellas en países occidentales⁴.

Constituye una enfermedad muy poco frecuente y su diagnóstico puede ser difícil ya que se puede confundir con otras patologías en el momento de la consulta médica⁴.

Se puede presentar como una masa no dolorosa, o bien, como un absceso con dolor localizado, con rubor y calor, y consultan usualmente por fístulas o nódulos de 3 a 18 meses de evolución. Además, el 40% de las pacientes puede presentar adenopatías axilares asociadas⁴.

Es una enfermedad con mayor frecuencia en mujeres en la cuarta década de la vida, y generalmente se encuentra asociada a la práctica de lactancia materna⁵, durante la misma, el bacilo puede entrar por pequeñas abrasiones en el pezón

o diseminarse. La paciente del presente caso se encontraba dentro de este rango de edad.

Se clasifica como primaria cuando el origen de la infección se inicia en las mamas y secundaria (siendo la más común) cuando proviene generalmente de un foco pulmonar, pleural o ganglionar (que pueden no ser detectados clínicamente o por radiología⁶). En el caso de nuestra paciente, se catalogó como forma primaria tras descartar la tuberculosis pulmonar activa y el compromiso en otros órganos.

El cultivo bacteriológico del tejido mamario obtenido por biopsia con aspiración con aguja fina es considerado el diagnóstico estándar⁷⁻⁹. El diagnóstico diferencial de las lesiones granulomatosas en la mama incluye enfermedades infecciosas, sarcoidosis, reacción granulomatosa a radiación y reacción a cuerpo extraño. El principal diagnóstico diferencial de la tuberculosis mamaria, por su parecido clínico e histológico, es la mastitis granulomatosa idiopática⁴.

La tuberculosis mamaria puede estar asociada al VIH/SIDA⁸, que se descartó en la paciente, ya que la prueba de VIH resultó negativa.

El pilar del tratamiento es el tratamiento médico con medicamentos antituberculosos, utilizando el esquema usual que incluye isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses y continuando con isoniácida y rifampicina por 4 meses adicionales⁴. En cuanto al tratamiento antituberculoso, existe una alta resistencia demostrada a la rifampicina e isoniácida, por lo que se suele recomendar pruebas de sensibilidad a dichos medicamentos¹⁰.

En esta paciente en particular, se utilizó el esquema antituberculoso proporcionado por la Secretaría de Salud de Honduras con rifampicina e isoniácida, que presentó remisión total después de 7 meses con el tratamiento. Respecto a la pauta de tratamiento con solo dos fármacos (isoniazida y rifampicina durante 7 meses), hoy en día es un régimen desaconsejado por la OMS por diferentes motivos: se asocia a un mayor número de fracaso terapéutico y favorece la aparición de TB-MDR.

La cirugía se indica en pocas ocasiones, normalmente en casos de resistencia al tratamiento antituberculoso, presencia de úlceras dolorosas de gran tamaño, abscesos fríos de la axila o úlceras en la mama que conduzcan a la formación de fístulas⁵.

En la paciente en estudio no se logró identificar claramente la forma de contagio, ya que tenía un esquema de vacunación completo incluyendo la BCG, también se le realizó una baciloscopia de esputo BAAR con resultado negativo para *Mycobacterium tuberculosis* y se solicitó una radiografía de tórax que no presentaba signos patológicos de enfermedad pulmonar.

En Honduras y Centroamérica este es el primer caso clínico publicado sobre tuberculosis mamaria, donde se evidencia la sintomatología clínica, estudios diagnósticos, manejo y tratamiento con el fin de aportar conocimiento médico y realizar el tratamiento eficaz de esta enfermedad.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran carecer de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ochoa AMA, Ortiz MJD. Tuberculosis de mama. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2009; 77(6): 282-286. Accesible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2009/gom096e.pdf> (último acceso may. 2023).
2. Gonzales DJ, Campos G, Ramírez 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. Accesible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200005 (último acceso may. 2023).
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. doi: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322009000600019> (último acceso may. 2023).
4. Cuervo SI, Bonilla DA, Murcia MI, Hernández J, Gómez J. Mastitis tuberculosa. Revista Biomédica. 2013; 33: 36-41. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i1.1426> (último acceso may. 2023).
5. Leal V, Lozada C, Lemus L, Guevara J, Velasco M, Chan L. Tuberculosis extrapulmonar, reporte de un caso. Rev Colomb Salud Libre. 2011; 10: 80-89.
6. Condori Vargas E, Gallardo Recavarren C. Tuberculosis de mama multidrogoresistente. Importancia del cultivo de biopsias y secreciones para el diagnóstico. Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2017; 10(2): 34-37. Accesible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/2521-859X_3995d42dadda92744efbef67afb1a791/Details (último acceso ago. 2023).
7. Sánchez-Miño JI, Ortiz Rodríguez AM, García Orozco L, Venegas Mera B, Yepez-Yerovi FE, Escalona-Rabaza M. Tuberculosis de mama: reporte de un caso. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2018; 35(2): 333-337. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2018.352.3131> (último acceso may. 2023).
8. Chajud A, Almará A, Prestifilippo A. Tuberculosis mamaria en paciente con SIDA: a propósito de un caso. Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba. 2018; 75(4): 299-302. doi: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v75.n4.20356> (último acceso may. 2023).
9. Quaglio G, Pizzol D, Isaakidis P. Breast tuberculosis in women: a systematic review. Am J Trop Med Hyg. 2019; 101(1):12-21. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0061> (último acceso may. 2023).
10. Silva P, Robalino N, Sanguil V. Tuberculosis extrapulmonar en mama, a propósito de un caso. Medicinas UTA. 2023; 7(1): 70-75. doi: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v7i1.1919.2023> (último acceso may. 2023).