

Mastitis Tuberculosa. Presentación de un caso y revisión bibliográfica.

*Autores: Dr. Jaime Plaza C. Jefe Servicio de Mastología.
*Dr. César García C. *Dr. Edmundo Encalada S.
* Médicos Postgradistas de Cirugía Oncológica. ION-SOLCA.*

Abstracto

Presentamos un caso de una paciente de 50 años de edad, femenina, que presentó tumoración de 10 cm de diámetro, a nivel del cuadrante superior externo de la mama izquierda, de un mes de evolución el mismo que al ser puncionado drenó material purulento verdoso, se envía muestra para estudio histopatológico, citológico y cultivo, dando como resultado este último positivo para Mycobacterium Tuberculosis.

La mastitis tuberculosa es actualmente rara, puede ser primaria y más comúnmente secundaria. El diagnóstico se basa en la identificación microscópica de los bacilos ácidos resistentes o el crecimiento del Mycobacterium tuberculosis en cultivo. El tratamiento es cirugía y quimioterapia antituberculosa.

Palabras clave: Mastitis tuberculosa. Tumor.

Abstract

We present to she marries she gives to patient she gives 50 years she gives age, feminine, that presented tumoración she gives 10 cm she gives diameter, at grade she gives the quadrant I overcome external she gives the she suckles left, give one month she gives evolution the same one that to the being puncionado greenish purulent material drenó, sample i sent for study histopatológico, cytological and I cultivates you, giving this last one ace to result positive for Mycobacterium Tuberculosis.

The tuberculous mastitis is at the moment strange, it can be primary and more commonly secondary. The diagnosis is based on the microscopic identification she gives the resistant sour bacilluses or the growth gives the Mycobacterium tuberculosis in cultivation. The treatment is surgery and chemotherapy antituberculosa.

Key word: tuberculous Mastitis. Tumor.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad muy antigua, habiéndose encontrado lesiones de posible etiología tuberculosa en huesos de momias egipcias que datan de 3.700 años A.C Es causada por una infección de micobacterias con mayor frecuencia Mycobacterium tuberculosis, y más raramente, M. Bovis o M. Africanum. (1)

Es una enfermedad infecto contagiosa siendo la vía de transmisión más frecuente la aérea, siendo rara la transmisión por ingestión de leche o sus derivados (crudos o no pasteurizados). (1,2).

Es Robert Koch quien lo aísla por primera ocasión en el año 1882 de un cultivo e identifica al germen causal como Mycobacterium Tuberculosis, aunque puede infectar a primates y mamíferos domésticos, es un bacilo aerobio, inmóvil, no formador de esporos, resistente a la desecación, que protegido a la luz solar puede permanecer viable en el esputo durante semanas o meses. Es más frecuente en su forma pulmonar que en la extrapulmonar (aparato digestivo, genitourinario, linfáticos y otros.) (2,3)

Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Plaza C. Cirujano Oncólogo
Servicio de Mastología
ION -SOLCA
Av. Pedro Menéndez Gilbert (Junto a la Atarazana)
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Actualmente la tuberculosis, es considerada un problema en Salud Pública, en muchos países del mundo y en el nuestro. Cada segundo en algún lugar de este planeta se infecta una persona con tuberculosis, cerca del 1% de la población mundial se contagia de esta enfermedad al año. (2,3)

La tuberculosis de la glándula mamaria la describe por primera vez Sir Astley Cooper en el año de 1929, es una localización rara de tuberculosis extrapulmonar, se puede confundir con un cáncer inflamatorio o escirroso, es mas común en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 50 años, sobre todo embarazadas, lactantes y multíparas; comprende el 0.1% de todos los casos de tuberculosis. (1)

La vía de penetración en la mama del Bacilo tuberculoso es a través de los conductos galactóforos, por extensión directa del pulmón, costillas, linfáticos, por los ganglios axilares y por vía hematógena. (4, 5, 6)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 50 años de edad, casada, que acude al Instituto Oncológico Nacional-SOLCA, y que presenta desde el 1 de Junio 2003, dolor de dos semanas de evolución, en cuadrante superior externo de la mama izquierda, el mismo que se exacerba con el movimiento; luego de lo cual presenta en este cuadrante tumoración pequeña, con edema y eritema de la piel hasta alcanzar 10 cm. de diámetro, acompañado de telorrea de poca cantidad,



purulenta motivo por el cual acude a policlínico particular, donde le realizan ecografía de mamas donde diagnostican absceso de la mama izquierda. Fig (1A-1B).



Figura 1A (Frontal)



Figura 1B (Lateral)

Sincrónicamente en nuestro Instituto se realiza nueva ecografía de mama, galactografía y mamografía confirmando lo mencionado de la ecografía. La mamografía reporta patrón radiológico mixto (Fig. 2 A) y la galactografía sin mayor aportación para esta patología (Fig. 2 B).

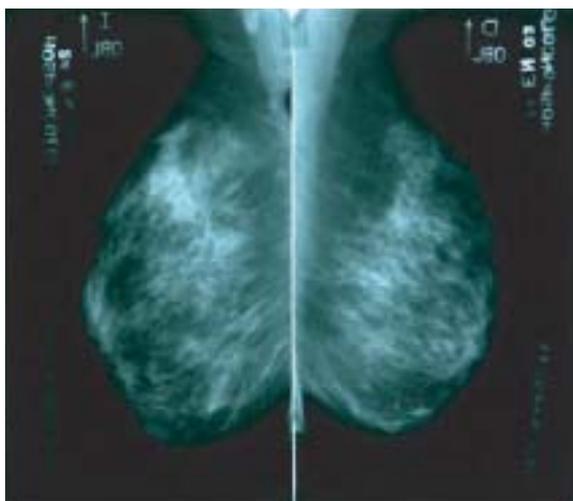


Figura 2A (Frontal)

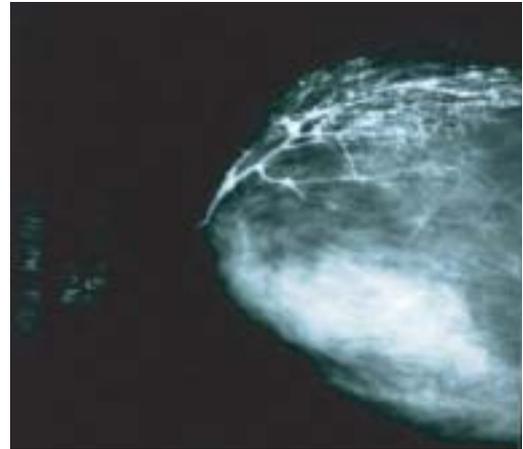


Figura 2B (Lateral)

En la consulta externa del Servicio de Mastología se realiza PAAF, biopsia incisional, y cultivo para determinar. Mycobacterias.

Los cortes histológicos reportan, tejido fibroconectivo, adiposo, numerosos elementos inflamatorios con predominio de polimorfos nucleares, linfocitos, neutrofilos, escasos histiocitos y abundantes células gigantes multinucleadas, citología negativa para malignidad, el resultado de la biopsia indica como una mastitis crónica. (Fig. 3 A-3 B).

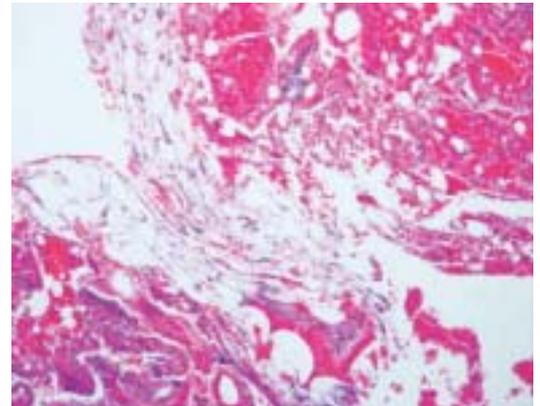


Figura 3A

Tejido Adiposo con hemorragia reciente infiltrado inflamatorio con numerosos cálculos gigantes

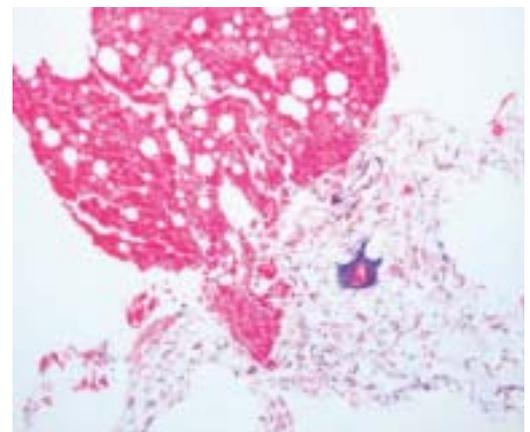


Figura 3B

El cultivo realizado en el Instituto de Higiene Positivo para *Mycobacterium Tuberculosis* razón por la cual se inició tratamiento con antifímicos rifampicina, pirazinamida, isoniácida, ethambutol y Vitamina B6, con una notable mejoría clínica, disminución de la tumoración, y cierre de la fístula.

Es necesario mencionar que en el sitio donde se realizó la biopsia sirvió como fístula cutánea de drenaje de pus que inicialmente fue de 150cc, de color verde, no fétido y que ha estado bajo supervisión y curación con drenaje compresivo diariamente por el servicio de Mastología.

DISCUSIÓN

La tuberculosis de mama, es una rara patología, que tenemos que tener en consideración por cuanto su evolución es muy similar al de un carcinoma mamario, la fijación de la piel con retracción de la misma o del pezón puede hacer que la lesión se confunda fácilmente con una neoplasia, la adenopatía axilar aumenta más la semejanza, nos hace pensar en metástasis; por lo que siempre debería estar en nuestro diagnóstico diferencial, pudiendo ser incluso la primera manifestación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Es cierto que el ejemplo clásico de enfermedad granulomatosa es la tuberculosis; sin embargo existen otras patologías que producen estas mismas lesiones como son : La sífilis, micosis profundas, brucelosis, sarcoidosis, enfermedad de Hansen, reacción a cuerpo extraño, esquistosomiasis, fiebre por arañazo de gato. Las cuales también debemos tener presente.

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, estos tienden a reportarse negativos, estando indicados estudios especiales como la serología (anticuerpos por ELISA) y técnicas de biología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para poder tener el diagnóstico de certeza.

Bibliografía

- 1.- Introducción al curso de Tuberculosis. <http://www.infecto.edu.uy/revision temas/tema24/introcursoctb.html>
- 2.- Haagensen en CD. Infections of the breast. 2nd. Ed. Philadelphia:Saunders, 1971: 335-6
- 3.- Shinde SR, Chandawarkar R.Y., Deshmukh SP. Tuberculosis de la mama enmascarada como carcinoma. Estudio de 100 pacientes. J Mundial Cir. 1995; 19:379-81
- 4.- Mendes W., Levi M., GC. Tuberculosis mamaria. Reporte de caso y revisión de literatura. Rev. Hosp.. Clin Fac. Med Sao Paulo, 1966, 51:136-7
- 5.- Celedonio M., Espino M., Angelino B. Tuberculosis mamaria. Rev Ginecología y Obstetricia 2000;46
- 6.- Hernández G.A. Avances en Mastología. Editorial Universitaria. Enfermedades Inflamatorias de la Mama. 1 ed. Chile, 1992. 131-36

Del Editor

INSTRUCCIONES PARA CARTAS AL EDITOR

Las cartas al editor son consideradas para su publicación si tratan temas dentro de los lineamientos generales de "ONCOLOGÍA" o si comentan artículos de los números previos.

Las cartas deben escribirse a doble espacio sin exceder las 300 palabras. Se puede listar hasta cinco referencias bibliográficas y 1 figura o tabla. Por favor, incluya los datos completos del autor con su filiación, dirección, teléfono, fax, e-mail.

Nuestra dirección es:
 Editor, Revista "ONCOLOGÍA"
 Av. Pedro J. Menéndez Gilbert
 Apt. Postal No. 5255 / ó 3623
 Guayaquil - Ecuador

Fax: (593-4) 2293366 - 2287151
 e-mail: editor@solca.med.ec
 jasanche@gye.satnet.net

