

MASTITIS CRÓNICA GRANULOMATOSA. REPORTE DE UN CASO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Taborro A, Lerman D, Suárez L y col.

Mastitis crónica granulomatosa.

Reporte de un caso. *Rev Arg Med*

2019;7[1]:43-45

CHRONIC GRANULOMATOUS MASTITIS. A CASE REPORT

Andrés Taborro,¹ Damián Lerman,² Luciana Suárez,³ Eduardo Gregorini,⁴ Ariel G. Eisemberg,⁵ Emiliano F. Colgmena,⁶ Victoria I. Bertoglio⁷

Recibido: 24 de agosto de 2018.

Aceptado: 10 de octubre de 2018.

RESUMEN

Presentamos un caso de mastitis granulomatosa izquierda secundaria a infección por *Mycobacterium tuberculosis* en una paciente inmunocompetente, sin compromiso pulmonar. Asimismo, el artículo se complementa con una breve revisión de la literatura sobre la mastitis tuberculosa.

PALABRAS CLAVE. Mastitis granulomatosa, *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

We present a case of left granulomatous mastitis secondary to infection by *Mycobacterium tuberculosis* in an immunocompetent patient, without pulmonary involvement. The case is complemented by a brief review of the literature on tuberculous mastitis.

KEY WORDS. Granulomatous mastitis, *Mycobacterium tuberculosis*.

¹ Concurrente del Servicio de Infectología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

² Instructor de concurrentes, Servicio de Infectología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

³ Servicio de Microbiología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

⁴ Jefe de Servicio de Microbiología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

⁵ Personal de atención primaria, Centro de Salud N° 20 "La esperanza", Rosario, Santa Fe, Argentina.

⁶ Jefe de residentes, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

⁷ Patóloga de planta, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Andrés Taborro. Av. San Martín 1645, S2152EDD, Granadero Baigorria, Santa Fe. 0341 471-0940. Correo electrónico: andrestaborro@outlook.com.

Introducción

La mastitis crónica granulomatosa es un proceso lento, larvado, que aparece con signos inespecíficos. Puede ser de causa conocida o idiopática; en éste último caso, el agente causal no se encuentra por ninguno de los medios de estudio. Es una enfermedad poco frecuente, que afecta primordialmente a mujeres en edad fértil, que están o han estado embarazadas o en período de lactancia reciente (8).

La tuberculosis primaria de la mama es una forma infrecuente de presentación de tuberculosis extrapulmonar y representa del 0,2 al 4% de las formas de la enfermedad, se-

gún datos de prevalencia en nuestro país (3). La forma más usual de presentación es la de una masa solitaria situada en el cuadrante central o súpero-externo de la mama, que puede simular carcinoma de mama. El diagnóstico suele hacerse por el hallazgo histológico de los típicos granulomas de caseificación o por amplificación del material genético por reacción en cadena de la polimerasa (RCP) a través de la biopsia de la lesión (1). Se presenta un caso de mastitis granulomatosa crónica por *Mycobacterium tuberculosis*, sin compromiso pulmonar.

Presentación del caso

Una paciente de 46 años consultó en su centro de referencia por un cuadro de un mes de evolución, caracterizado por lesión mamaria izquierda nodular en cuadrante súpero-externo de 4 x 4 cm, de consistencia duro-elástica, que aboca al exterior con trayecto fistuloso y con abundante secreción sero-purulenta. La paciente refirió pérdida de peso, astenia y anorexia concomitantes. Negó que tuviera sudor nocturno y fiebre. Debido al cuadro, se realizó tratamiento con clindamicina vía oral a dosis de 300 mg cada 8 h por 21 días, dispensadas en su centro de salud. Como tuvo evolución sintomática tórpida, se la derivó al Servicio de Ginecología, donde se le tomó una muestra para biopsia y se envió el material a Anatomía Patológica y Microbiología. Las conclusiones diagnósticas devenidas del estudio del material fueron la observación de granulomas ubicados en tejido glandular mamario con necrosis supurativa y ulceración del tejido cutáneo suprayacente. El examen directo microbiológico fue negativo para bacilos ácido-alcohol resistentes con cultivo en medio sólido, que a la octava semana de incubación arrojó crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*. La paciente presentaba como antecedentes depresión mayor con componente de ansiedad e internación reciente en sala general por síndrome confusional agudo. Había sido medicada con haloperidol, biperideno y clonazepam.

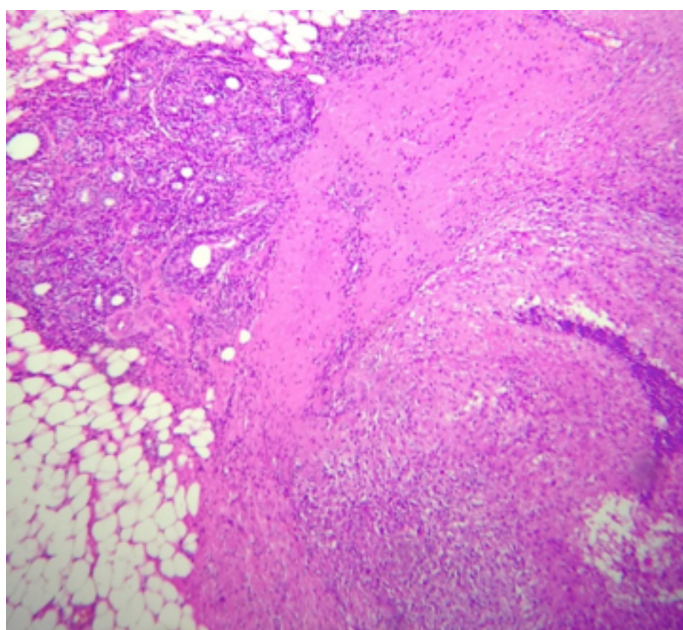


Figura 1. Parénquima mamario comprometido por proceso inflamatorio granulomatoso (H&E. 10x).

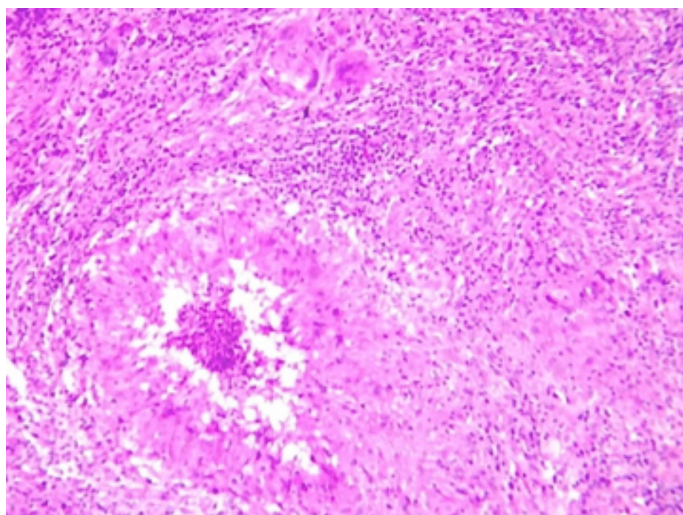


Figura 2. Granuloma inflamatorio con necrosis central de tipo supurativa, empalizada de linfocitos, macrófagos epitelioides y células aisladas gigantes multinucleadas (H&E. 40x).

Discusión

La tuberculosis aislada de la mama es inusual, incluso en países que tienen una elevada incidencia y prevalencia de tuberculosis. En promedio, representa el 1% de todas las formas extrapulmonares de la enfermedad (1-3), debido a la alta resistencia que ofrece el tejido mamario a la supervivencia y multiplicación de los bacilos tuberculosos (5). La tuberculosis mamaria se puede considerar primaria cuando no existe otro foco tuberculoso demostrable, y secundaria, cuando una lesión preexistente se encuentra en otro sitio (6).

La mayoría de los casos han sido registrados en mujeres de 20 a 40 años, por lo que esta enfermedad se asocia a pacientes jóvenes que han proporcionado alimentación

materna; sobre todo embarazadas, lactantes y multíparas. Es muy rara en posmenopáusicas, prepúberes y varones. Se estima que representa entre el 0,1 y el 3% de todas las lesiones mamarias, y es cinco veces menos frecuente que el cáncer de mama (1,3,5).

La tuberculosis de la mama fue descrita por vez primera en 1829 por Astley Cooper, quien la denominó *scrofulous swelling of the bosom* (tumefacción del seno por escrófula), pero se le atribuye a Richet, en 1880, la primera gran descripción de la tuberculosis mamaria (1,3,4).

Las manifestaciones clínicas son locales en la mayoría de los casos, en forma de masas localizadas que pueden asociarse o no a drenaje y formación de trayectos fistulosos. Hasta el 40% de las pacientes pueden cursar el cuadro con adenopatías axilares asociadas y sólo una pequeña parte tiene síntomas sistémicos constitucionales (<5%). No es inusual que se confunda con carcinoma de mama y frecuentemente se diagnostica en piezas de resección quirúrgica con sospecha de neoplasias (1-3).

El método diagnóstico de referencia es la identificación del bacilo por cultivo o por coloración de Ziehl-Neelsen en el tejido mamario; sin embargo, el cultivo de la biopsia sólo es positivo en el 25% de los casos y el Ziehl-Neelsen es positivo en el 12% (1).

El aspirado de las lesiones con aguja fina, que tiene un excelente rendimiento en lesiones quísticas o neoplásicas, no lo tiene en el caso de tuberculosis mamaria, debido a que se calcula que se necesitan entre 10.000 y 100.000 bacilos/ml para que un aspirado por aguja sea positivo; un hecho infrecuente en esta forma de tuberculosis extrapulmonar (6,7).

El pilar terapéutico de la mastitis tuberculosa es el tratamiento médico con fármacos antituberculosos, utilizando el esquema usual que incluye isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante dos meses, seguidos de isoniácida y rifampicina por otros cuatro meses. No existen guías específicas para el tratamiento de la tuberculosis mamaria, pero la mayoría de las series de casos muestran una tasa de éxito del tratamiento médico superior al 90%. La cirugía se indica en pocas ocasiones, especialmente en casos de resistencia al tratamiento antituberculoso, de presencia de úlceras dolorosas de gran tamaño, o de abscesos fríos de la axila o de la mama para prevenir la formación de fístulas. En la actualidad, raramente se requiere mastectomía simple (1,5,7). [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Cuervo SI, Bonilla DA, Murcia MI y col. Mastitis tuberculosa. *Biomédica* 2013
2. Thimmappa D, Mallikarjuna MN, Vijayakumar A. Breast Tuberculosis, Association of Surgeons of India, 2015
3. Finkenstein Viegas ML, Lage S, Orsi HR y col. Mastitis Tuberculosa, *Revista Argentina de Mastología* 2011
4. Mandell, Douglas, Benett. Enfermedades infecciosas, Principios y prácticas, 7ª ed., Elsevier
5. Gupta A, Gupta M, Gupta J. Unusual Case of Bilateral Tubercular Mastitis. *Cureus* 9(6):e1383. doi:10.7759/cureus.1383, 2017
6. Sinha RT, Dey A, Agarwal S. Tuberculous mastitis diagnosed on cytology - case report of a rare entity. *J Cytol* 2017;34:162-4
7. Qiao Y, Hayward JH, Balassanian R, et al. Tuberculosis mastitis presenting as bilateral breast masses. *Jct*, doi:10.1016/j.clinimag.2018.02.013, 2017
8. Pinto Paza ME, Rodríguez Piazzec L, García FB y col. Mastitis crónica granulomatosa tuberculosa. Diagnóstico y tratamiento en 28 casos. Elsevier, 2013