

# Tuberculosis mamaria: a propósito de un caso

Dra. Margot Meza-Aranda

### RESUMEN

*La tuberculosis mamaria como presentación primaria es rara y de difícil diagnóstico, la forma secundaria es la más frecuente. Los estudios de imágenes como la ecografía y la mamografía, por lo general, son inespecíficos. Se comunica el caso de una paciente sin hallazgos de tuberculosis pulmonar, que presentaba una tumoración circunscrita, indolora, a nivel de cuadrante superoexterno de la mama derecha, con adenopatías axilares. Se le realizó una ecografía mamaria, en la que se observó una formación hipoeoica de aspecto tubular con ecos internos y una mamografía, que mostró asimétrica focal y presencia de calcificaciones benignas. Los estudios de tórax y de esputo fueron negativos. Recibió tratamiento antibiótico para mastitis y ante la falta de respuesta al tratamiento, se le realizó una biopsia de excisión, con el resultado de mastitis tuberculosa.*

*PALABRAS CLAVES: Tuberculosis mamaria, Ecografía, Mamografía*

### INTRODUCCIÓN

El compromiso pulmonar es tradicionalmente la forma más frecuente de presentación de la tuberculosis en nuestro medio; sin embargo, el 17.9% de los casos de tuberculosis tienen manifestaciones extrapulmonares.<sup>(1,2)</sup>

La afección mamaria se presenta en los países desarrollados en 0,1% de los casos y en los países en vías de desarrollo en 3 a 4%. Esta entidad fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper, en 1929. Se describen dos formas clínicas: la primaria que es de presentación rara y la secundaria, más frecuente.<sup>(3,4)</sup> Por lo general, compromete una mama, aunque también se ha reportado compromiso bilateral.<sup>(5)</sup> La edad de presentación suele ser entre los 20 y los 50 años, sobre todo en embarazadas, lactantes y multíparas; rara vez en prepúberes y varones.<sup>(6,7)</sup>

La vía de penetración del bacilo tuberculoso es a través de los conductos galactóforos, por extensión directa desde el pulmón o las costillas, a través de los ganglios

linfáticos axilares, cervicales o de la cadena mamaria interna y por vía hematógena. Esta última, vista con más frecuencia en los pacientes inmunodeprimidos o con tuberculosis milliar.

El diagnóstico es difícil y se basa en la identificación microscópica de los bacilos acidorresistentes o el crecimiento del *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo, los que generalmente son negativos.

Existen también métodos diagnósticos serológicos, como el Elisa, con especificidad del 86,4 al 97,2%, y la prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR). Dado que el aislamiento del bacilo es difícil, el diagnóstico en la mayoría de casos se basa en los hallazgos histopatológicos y citológicos y en la respuesta positiva al tratamiento.<sup>(8)</sup>

Según los hallazgos clínicos, de imagen y de histopatología, la tuberculosis mamaria se puede clasificar en tres tipos: nodular, diseminada y esclerosante.<sup>(9,10)</sup>

La forma nodular es la más común, se caracteriza por una lesión circunscrita de crecimiento lento, con o sin linfadenopatía. Al examen clínico, existe un tumor indoloro o poco doloroso que puede permanecer en esta forma durante mucho tiempo, hasta que se fistuliza o

1. Médico radiólogo asistente del departamento de radiodiagnóstico del Hospital Santa Rosa

ulcera. Antes de que estos síntomas aparezcan, la tuberculosis mamaria puede ser imposible de diferenciarla del cáncer. La mamografía muestra una imagen ovalada o redonda, densa, de márgenes difusos y no diferenciable de una lesión maligna.

La forma diseminada, también llamada difusa, se caracteriza por la coalescencia de múltiples focos en el tejido mamario que pueden formar trayectos fistulosos y ulceraciones de la piel. La mama se siente indurada, la piel está engrosada y dolorosa. Los estudios de imagen muestran un aumento difuso de la densidad y engrosamiento de la piel muy semejante al carcinoma inflamatorio y las linfadenopatías.

La forma esclerosante presenta una fibrosis dominante, principalmente en mujeres de edad avanzada. La evolución es lenta y la secreción por el pezón es poco común. La mama se endurece por el abundante tejido fibroso y el pezón se retrae.

La mamografía muestra aumento de la densidad, disminución del volumen mamario, engrosamiento de la piel y retracción del pezón.<sup>(11)</sup>

La presencia de adenopatías grandes y confluentes son sugerentes de esta entidad y sucede en 50% de los casos.

La ocurrencia de tuberculosis mamaria y cáncer también ha sido descrita.<sup>(12,13)</sup>

Los hallazgos ecográficos, según menciona la literatura, suelen ser la presencia de abscesos con tractos sinuosos y masas circunscritas hipoeoicas, con ecos internos móviles y reforzamiento posterior, que pueden presentarse como un solo foco o múltiple. Otros han reportado una masa quística compleja, ectasia ductal focal y, con menos frecuencia, aumento de ecogenicidad asimétrica difusa.<sup>(14)</sup>

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 34 años de edad, sin antecedentes familiares de cáncer de mama, con paridad de un hijo, hace 7 años. Acude al hospital por presentar una tumoración dura e indolora en el seno derecho y con un tiempo de enfermedad de un mes.

Al examen clínico, se observa eritema de la piel; a la palpación, a nivel de cuadrante superoexterno, tumoración de bordes poco delimitados, de 4 cm de diámetro, con adenopatías axilares.

Se le indica mamografía y ecografía mamarias. La ecografía reportó una formación hipoeoica tubular con ecos internos y la mamografía, asimetría focal en el cuadrante superoexterno. Figuras 1 y 2.

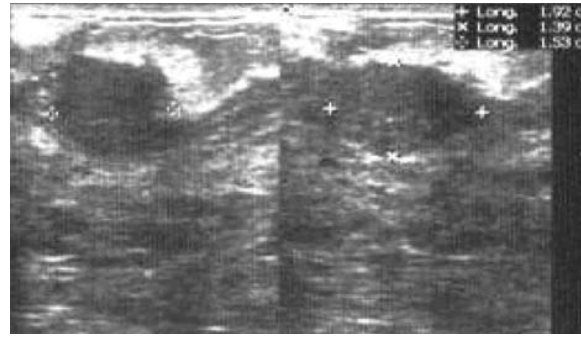


Figura 1. Ecografía: formación hipoeoica tubular con ecos internos.

La radiografía de tórax fue normal, las pruebas de laboratorio no fueron contributorias.

Ante la falta de respuesta al tratamiento, se realizó una biopsia. El patólogo informó presencia de células multinucleadas tipo Langhans, acompañadas de leucocitos polimorfonucleares. Figura 3.

Recibió tratamiento antituberculoso y la tumoración desapareció.

## CONCLUSIÓN

La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial. La localización extrapulmonar a nivel mamario es rara. En la forma primaria, la mama es el único foco de infección tuberculosa, por lo que habría que descartar otro foco, lo que es difícil en la mayoría de casos. En la tuberculosis mamaria secundaria, la enfermedad se extiende de otro foco y es la forma más frecuente de

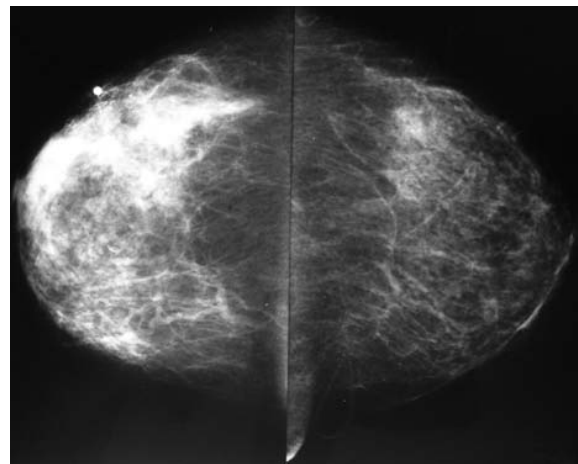
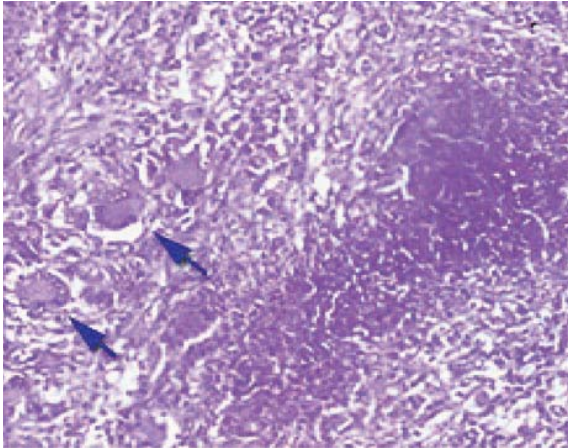


Figura 2. Mamografía: asimetría focal en el cuadrante superoexterno de la mama derecha.



**Figura 3.** Presencia de células multinucleadas tipo Langhans, acompañadas de leucocitos polimorfonucleares.

presentación; las vías de diseminación posibles son la hematogena, la linfática y por contigüidad de una lesión pleuropulmonar.

En el caso que se presenta, la probable vía de diseminación fue la linfática, ya que en el examen clínico presentaba adenopatías axilares.

Clínicamente, la tuberculosis mamaria es indistinguible de las neoplasias malignas de la glándula, lo que dificulta el diagnóstico y retarda el inicio del tratamiento. Aunque el estudio por imágenes resulte inespecífico, esta patología debe tenerse siempre presente como diagnóstico diferencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Marri MR, Almosleh A, Almosimani Y. Primary tuberculosis of the breast in Gatar. Ten year experience and review of literature. *Eur J Surg* 2000;166(9):687-90.
2. Yuen JHF, Lam TPW, Leong L. Primary tuberculosis of the breast. *JHK Coll Radiol* 2003;6:33-35.
3. Daali M, Hssaida R. La tuberculose primitive du sein. [primary tuberculosis of the breast.]. *La Presse Médicale* 2001;30(9):431-3.
4. Mirsaedi SM, Masjedi MR, Mansouri SD. Tuberculosis of the breast: report of 4 clinical cases and literature. *Health J* 2007;13:120-125.
5. Ochoa MA, Díaz-Ortiz J. Tuberculosis de la mama. *Ginecol Obstet Méx.* 2009;77(6):282-6.
6. Hernández Fernández M, Gutiérrez Guzmán MT, González Pablos E. Mastitis tuberculosa: presentación de un nuevo caso. *An Med Interna (Madrid)* 2002;19(8):61-62.
7. Escobedo L, Ramírez E, Martín J, Reveles M, et al. Tuberculosis de mama. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Neumol Cir Tórax* 2000;59:115-117.
8. Hirata S, Saito T, et al. Granulomatous mastitis diagnosed by core-needle biopsy and successfully treated with corticosteroid therapy: a case report. *Breast Cancer* 2003;10:76-90.
9. Sabaté JM, Clotet M, Gomez A. Radiologic evaluation of uncommon inflammatory and reactive breast disorders. *Radiographic* 2005;25(2):411-424.
10. Hernández Fernández, Gutiérrez Guzmán, González Pablos. Mastitis tuberculosa. *Anal Med Intern (Madrid)* 2002;19:105-108.
11. Han BK, Choe YH, Park JM, Moon WK, Ko YH, Yang JH. Granulomatous mastitis: Mammographic and sonographic appearances. *AJR* 1999;173:317-320.
12. Pitlik S, Fainstein V, Bodey G. Tuberculosis mimicking cancer: A reminder. *Am J Med* 2005;76:822-825.
13. Shinde SK, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surg* 1995;19(3):379-81.
14. Soto C, Vizcaíno I, Sarria S, Pastor MR. Tuberculosis mamaria, descripción de los hallazgos de imagen en dos pacientes. *Radiología.* 2008;50:518-21

Recibido el 23 de marzo de 2010

Aceptado el 25 de abril de 2010

Correspondencia: Dra. Margot Meza-Aranda  
margotmeza20@hotmail.com.