

RELATO DE CASO / CASE REPORT

Tuberculose Mamária: relato de seis casos

Mammary Tuberculosis (TM): report of six cases

Ângela Maria da Silva¹
Maria Luiza Doria Almeida²
Rafaela Mota de Jesus³
Michelle Teles Barbosa Lino³
Prof Matheus Todt Aragão⁴

Rev Panam Infectol. 2015;17(1):50-54
http://www.revistaapi.com

Received : 11/5/2014
Approved: 8/9/2014

¹Professora Doutora Chefe do Serviço de Infectologia da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju – Sergipe.

²Professora Doutora Chefe do Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju – Sergipe.

³Médicas Graduadas pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju – Sergipe

⁴Professor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju – Sergipe.

Conflito de interesses: Nada a declarar

RESUMO

A tuberculose mamária (TM) é uma variante rara da tuberculose, sendo ainda pouco descrita na literatura. Propomos relatar alguns casos de TM no intuito de contribuir para a caracterização da doença. Descrevemos seis pacientes diagnosticadas com TM e confrontamos nossos dados com a literatura disponível. Todos os pacientes eram mulheres, com média etária de 33,5 anos, quatro delas em idade fértil. Todas apresentaram nodulação na mama, cinco manifestaram fistulização, uma apresentou abscesso e uma adenomegalia em cadeia axilar. Os diagnósticos foram realizados por meio da clínica sugestiva e da histopatologia compatível, sendo a pesquisa direta negativa. As pacientes apresentaram boa resposta à terapia tuberculoestática convencional, havendo apenas um caso de recidiva. Este relato contribuiu para a caracterização da TM, que apesar de rara, é um diagnóstico a ser considerado.

Palavras chaves: Tuberculose; Mama

ABSTRACT

Mammary tuberculosis (TM) is a rare variant of tuberculosis and is still poorly described in the literature. We propose to report some cases of TM in order to contribute to the characterization of the disease. We describe six patients diagnosed with TM and we compared our data with the available literature. All patients were women, with mean age of 33.5 years, four of them on childbearing age. All of them had breast nodulation, five had fistulation, one had abscess and one had axillary lymphadenopathy. The diagnoses were made by suggestive clinical aspect and histopathology, with etiologic diagnosis negative. The patients responded well to the conventional tuberculosis treatment with only one case of recurrence. This report contributed to the characterization of TM, a rare disease but a diagnosis to be considered.

Keywords: Tuberculosis; Breast

INTRODUÇÃO

A incidência de tuberculose extra-pulmonar varia de 15% a 20% de todos os casos de infecção pela micobactéria, sendo que apenas uma pequena parcela destes acomete a mama ⁽¹¹⁾. A incidência do envolvimento mamário é baixa, representando de 0.54%-1.87% de todas as lesões mamárias^(7, 11). O primeiro caso de tuberculose mamária (TM) foi descrito por Sir Astley Cooper (1829) como “*scrofulous swelling of the bosom*” ^(7, 12-13), sendo relatos da doença pouco frequentes, mesmo nos países com elevada incidência de tuberculose ^(7, 13).

A TM acomete mais frequentemente mulheres na menacme, sendo a gestação e a lactação os períodos de maior risco de infecção ⁽¹⁷⁾. Os principais fatores de risco incluem multiparidade, lactação, trauma, mastite prévia e AIDS ⁽²⁰⁾. Clinicamente, ela se apresenta de forma insidiosa e inespecífica, ocasionando nódulos, abscessos e lesões esclerosantes, sendo frequentemente confundida com neoplasias e abscessos piogênicos ^(9, 19). O exame histopatológico é uma ferramenta importante no seu diagnóstico, demonstrando granulomas com necrose caseosa e infiltrado histiocitário ⁽³⁾.

O presente estudo objetivou descrever todos os casos de TM notificados no estado de Sergipe no período de 2002 a 2012, no intuito de caracterizar seus aspectos clínico-epidemiológicos, tratamentos e desfechos, comparando-os aos principais dados disponíveis na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, baseado na análise de seis casos diagnosticados como tuberculose mamária. Os dados foram

obtidos a partir dos prontuários dos pacientes acompanhados no serviço de referência estadual, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), e das fichas de notificação da Vigilância Epidemiológica. Foram incluídos todos os pacientes notificados como tuberculose mamária no estado de Sergipe, no período de 2002 a 2012.

Foi realizada uma revisão das principais publicações sobre TM disponíveis na literatura, incluindo as maiores casuísticas até o momento. Para tanto, consultamos os bancos de dados COCHRANE (<http://www.cochrane.org/>) e MEDLINE/PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), utilizando o seguinte termo de busca: (“Tuberculosis”[Mesh]) AND (“Breast”[Mesh]).

RELATO DOS CASOS

Os seis casos reunidos neste estudo descreveram pacientes do gênero feminino, com faixa etária variando de 24 a 64 anos (média de 33,5 anos), sendo quatro delas em idade fértil e nenhuma em período puerperal. Nenhuma paciente apresentava outro foco de infecção por tuberculose, nem episódios prévios da doença.

Todas as pacientes relatadas apresentavam comprometimento unilateral da mama esquerda. Quanto à sintomatologia, todas relatavam dor e nodulação, cinco delas apresentando fistulização, uma manifestando abscesso e apenas uma paciente com adenomegalia em cadeia axilar homolateral. Observamos que somente três pacientes apresentaram sintomas sistêmicos, uma com febre e duas com perda ponderal. Quatro pacientes relataram uso de antibióticos e antiinflamatórios, sem melhora clínica, antes da hipótese de tuberculose ser aventada.



Figura 1. Lesão mamária antes (A) e depois (B) tratamento tuberculostático

Na investigação complementar, verificou-se que três pacientes realizaram mamografia, obtendo-se os seguintes achados: aumento difuso com espessamento trabecular; ausência de achados patológicos (BI-RADS 1); nódulo radiodenso, irregular, de contornos parcialmente definidos e com aumento da densidade do parênquima adjacente (BI-RADS 4). Dois casos realizaram ultrassonografia mamária: um evidenciou imagem nodular hipoeecóica, com margens irregulares e sombra acústica posterior, e outro apresentou apenas trajeto fistuloso. Todas as pacientes realizaram radiografia de tórax, sem nenhum achado patológico, sorologia para HIV, com resultados negativos, e duas pacientes realizaram PPD, sendo um resultado negativo e outro forte reator. Todas as pacientes foram submetidas à biópsia da lesão mamária, sendo evidenciada reação inflama-

tória crônica granulomatosa, pesquisa para fungos e BAAR negativos, e ausência de atipias. Foi notada necrose caseosa em dois casos, infiltrado de células gigantes multinucleadas em três e microabscessos neutrofílicos em duas pacientes.

Quanto à conduta adotada, o esquema tuberculostático convencional (Etambutol, Pirazinamida, Rifampicina e Isoniazida por dois meses, seguido por Isoniazida e Rifampicina por quatro meses) foi prescrito para todas as pacientes. Em todos os casos houve boa resposta clínica, não sendo detectados abandonos ou falhas terapêuticas. O tempo médio de acompanhamento foi de oito meses, havendo recidiva em somente uma paciente três anos e sete meses após o tratamento inicial. Não houve descrição de procedimento cirúrgico radical (mastectomia) entre os casos relatados.

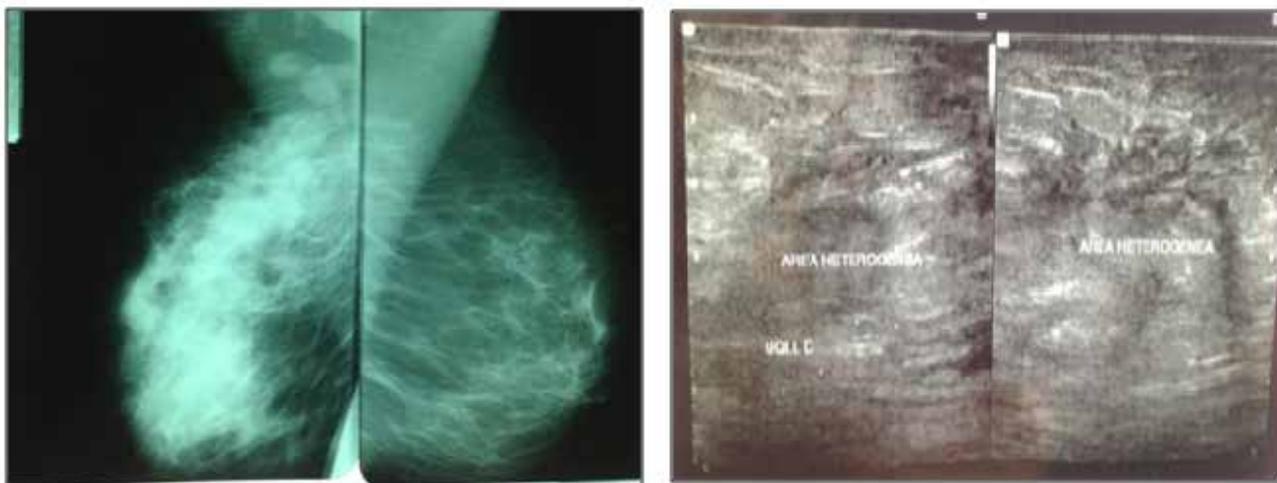


Figura 2. Mamografia demonstrando aumento da densidade do parênquima mamário e linfonodos de dimensões aumentadas (A). Ultrassonografia mamária demonstrando área heterogênea, de limites imprecisos, sem coleções evidentes (B)

DISCUSSÃO

Entre os casos descritos, não evidenciamos nenhum caso de TM no gênero masculino. Apesar de mais frequente entre mulheres, a TM também pode ocorrer em homens^(8, 10, 16). Khanna *et al* (2002) relataram dois casos de tuberculose mamária masculina entre 52 pacientes infectados, e Harris *et al* (2006) descreveram um caso em uma série de 38 pacientes. No relato, cinco pacientes encontravam-se em idade fértil, porém nenhuma em período puerperal. No gênero feminino, a TM comumente afeta mulheres em idade reprodutiva, especialmente durante a lactação⁽⁵⁾. Acredita-se que os ductos dilatados e a maior vascularização da mama lactante representem uma condição predisponente à infecção pela micobactéria^(15, 19).

Observamos seis pacientes com diagnóstico de TM unilateral, sendo a mama esquerda acometida em todos os casos. Apenas um caso apresentou recidiva e somente uma paciente manifestou envolvimento linfonodal (cadeia axilar homolateral). Não observamos outros focos de tuberculose nos pacientes avaliados, definindo-os assim como doença primária da mama. A TM pode ser classificada como primária, quando não comprovado outro foco tuberculoso, ou secundária a uma lesão pré-existente em outras partes do corpo^(1, 5). Há uma tendência atual em considerar todo o caso de TM como secundário⁽⁴⁾, acreditando-se que os raros casos de tuberculose primária da mama estejam associados à infecção através de lesões cutâneas ou pelos ductos mami-

lares⁽¹²⁾. O achado de doença predominantemente unilateral corrobora com a revisão de literatura, já que o comprometimento bilateral é pouco descrito, representando 3% dos casos^(17, 19). O envolvimento linfonodal observado em uma das nossas pacientes é descrito eventualmente na literatura⁽¹⁷⁾.

No nosso estudo, três pacientes apresentaram sintomas constitucionais, uma com febre e dois com perda ponderal. A literatura demonstra que a sintomatologia constitucional é encontrada em 16-21% dos casos^(8, 10, 16), com sintomas como febre, astenia, sudorese noturna e perda de peso presentes em menos de 20% dos casos⁽¹¹⁻¹²⁾. Notamos a presença de nodulação mamária dolorosa em todos os seis casos relatados, fístula cutânea em cinco pacientes e presença de abscesso em apenas um caso. A forma clássica TM é descrita como nodulação irregular, endurecida, aderida a planos profundos, dolorosa, que pode fistulizar e ulcerar^(10, 14, 17, 20). Na importante série de Khanna *et al* (2002), é relatada a presença de nodulação mamária em 23% dos casos, massa isolado em 23%, massa unilateral associada a uma fístula em 39% dos pacientes e fístula sem uma massa em 12%.

Três dos nossos pacientes foram submetidas à mamografia, dois à ultrassonografia mamária e nenhum à tomografia ou ressonância. Todos os achados foram inespecíficos, sendo que em um deles houve suspeição de lesão maligna. Modalidades de imagem, como mamografia ou ultra-sonografia são de valor limitado com os resultados, muitas vezes, indistinguíveis do carcinoma de mama⁽¹⁹⁾. É importante notar que TM pode mimetizar diversas doenças, sobretudo abscesso piogênico em jovens e câncer de mama em mulheres mais velhas^(4, 6-7, 12).

Observamos baciloscopias negativas em todos os casos, não sendo realizada cultura do material obtido da lesão. Verificamos que os diagnósticos foram realizados de forma presuntiva, baseados na epidemiologia, na clínica e em achados histopatológicos. A citologia do material obtido por PAAF e o estudo histopatológico da biópsia da lesão são normalmente utilizados para o diagnóstico etiológico da TM. A demonstração do *Mycobacterium* é normalmente difícil, sendo o BAAR positivo em apenas 12% dos casos e o bacilo isolado em 25-30% dos pacientes^(17, 20). Em uma série de 14 casos de tuberculose mamária, Silva *et al* (2002), descrevem o isolamento do bacilo de Koch em apenas um caso. Já na série de Khanna *et al* (2002), a baciloscopia e a cultura do material mamário foram negativas em todos os 52 casos estudados. Na série de Tanrikulu *et al* (2010), obteve-se BAAR positivo em 2 casos (7%) e cultura positiva em 1 caso (3%).

Na nossa casuística, todas as pacientes responderam adequadamente ao esquema tuberculostático convencional, não havendo falha terapêutica ou necessidade de procedimentos cirúrgicos adjuvantes. Não há *guidelines* específicos para TM, sendo geralmente utilizadas as mesmas diretrizes do tratamento da forma pulmonar da doença^(2, 13), havendo boa resposta em 95% dos casos². As intervenções cirúrgicas são necessárias em até 14% dos pacientes, devido à falha da quimioterapia ou à grande extensão da lesão⁽²⁾.

Concluimos que a tuberculose mamária, apesar de uma afecção rara, é um diagnóstico a ser considerado. Deve ser suspeitada em todos pacientes que apresentem lesão mamária de evolução subaguda ou crônica com má resposta a terapia antimicrobiana convencional. O diagnóstico baseia-se na clínica e em achados histopatológicos, sendo o diagnóstico etiológico muito difícil. Salientamos ainda que a terapia tuberculostática convencional apresenta ótimos resultados, devendo ser sempre considerada como primeira escolha.

REFERÊNCIAS

1. Akçay MN, Sağlam L, Polat P, Erdoğan F, Albayrak Y, Povoski SP. Mammary tuberculosis importance of recognition and differentiation from that of a breast malignancy: report of three cases and review of the literature. *World J Surg Oncol*. 2007;18(5):67.
2. Baharron S. Tuberculosis of the breast. *Ann Thorac Med*. 2008;3(3):110-4.
3. Barros ACS, Silva HMS, Dias EN. Mastologia: condutas; Tuberculose mamária. 1ª Ed, Rio de Janeiro, Revinter. 1999;62-5.
4. da Silva BB, Lopes-Costa PV, Pires CG, Pereira-Filho JD, dos Santos AR. Tuberculosis of the breast: analysis of 20 cases and a literature review. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2009;103(6):559-63.
5. de Sousa R, R Patil. Breast tuberculosis or granulomatous mastitis: A diagnostic dilemma. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2011;4(2):122-5.
6. Gon S, Bhattacharyya A, Majumdar B, Kundu S. Tubercular mastitis a great masquerader. *Turk Patoloji Derg*. 2013;29:61-3.
7. Gupta R, Singal RP, Gupta A, Singal S, Shahi SR, Singal R. Primary tubercular abscess of the breast an unusual entity. *J Med Life*. 2012;5(1):98-100.
8. Harris SH, Khan MA, Khan R, Haque F, Syed A, Ansari MM. Mammary tuberculosis:

- analysis of thirty-eight patients. ANZ J Surg. 2006;76(4):234-7.
9. Jah A, Mulla R, Lawrence FD, Pittam M, Ravichandran D. Tuberculosis of the breast: experience of a UK breast clinic serving an ethnically diverse population. Ann R Coll Surg Engl. 2004;86(6):416-19.
 10. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna AK. Mammary tuberculosis: report on 52 cases. Postgrad Med J. 2002;78(921):422-4.
 11. Kumar M, Chand G, Nag VL, Maurya AK, Rao RN, Agarwal S, Babu SS, Dhole TN. Breast tuberculosis in immunocompetent patients at tertiary care center: A case series. J Res Med Sci. 2012;17(2):199-202.
 12. 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(11):548-50.
 13. Meerkotter D, Spiege K, Page-Shipp LS. Imaging of tuberculosis of the breast: 21 cases and a review of the literature. J Med Imaging Radiat Oncol. 2011;55(5):453-60.
 14. Morris EA, Liberman L. Breast MRI. Diagnosis and intervention. Springer, Estados Unidos, 1996.
 15. Sharma PK, Babel AL, Yadav SS. Tuberculosis of breast (study of 7 cases). Postgrad Med J. 1991;37:24-6, 26A.
 16. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. World J Surg. 1995;19(3):379-81.
 17. Tauro LF, Martis JS, George C, Kamath A, Lobo G, Hedge BR: Tuberculous mastitis presenting as breast abscess. Oman Med J 2011;26(1):53-5.
 18. Tanrikulu AC, Abakay A, Abakay O, Kapan M. Breast Tuberculosis in Southeast Turkey: Report of 27 Cases. Breast Care. 2010;5:154-7.
 19. Tewari M, Shukla HS. Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features and management, Indian J Med Res. 2005;122:103-10.
 20. Wani I, Ali M, Lone AM, Malik R, Wani KA, Wani RA, Hussain I, Thakur N, and Snabel V. Secondary Tuberculosis of Breast: Case Report. ISRN Surg. Vol 2011, 2011.

Correspondência

Ângela Maria da Silva

Universidade Federal de Sergipe

Rua Cláudio Batista, s/n. Bairro Santo Antônio.

Aracaju, Sergipe – Brasil

E-mail: angelmar@infonet.com.br