

Caso Clínico/Case Report

Tuberculose primária da mama: descrição de um caso clínico

Primary tuberculosis of the breast: a case report

Elisabete Santos*, Teresa Silva**, Maria Gil Varela***, Carlos Freire-de-Oliveira****

ABSTRACT

Breast tuberculosis is a rare disease. Its clinical and radiological characteristics are similar to those of other breast pathologies, in young women masquerading as abscess and in elderly women as cancer. We report a case of primary breast tuberculosis in a 38-year-old woman diagnosed at a Central University Hospital.

INTRODUÇÃO

A tuberculose da mama é uma forma rara de tuberculose.^{1,2} Apresenta-se geralmente como um nódulo mamário, principalmente em mulheres mais idosas, podendo clínica e radiologicamente ser difícil o seu diagnóstico diferencial com o carcinoma da mama. Em mulheres jovens a doença apresenta-se geralmente como um abscesso da mama.^{3,4}

O diagnóstico definitivo consiste na identificação do agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, por microscopia óptica directa ou por cultura do material aspirado. No entanto, na maioria dos casos, estes estudos são negativos pelo que o diagnóstico só poderá ser estabelecido por histologia, através da

identificação de lesões granulomatosas com necrose caseosa típica.^{2,22,23}

Os autores descrevem um caso clínico de tuberculose primária da mama diagnosticada numa mulher de 38 anos no Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

CASO CLÍNICO

CMSS, 38 anos, raça caucasiana, casada, G2 P2 residente em Miranda do Corvo. Recorreu a consulta de ginecologia por auto-deteção de nódulo da mama. Nos seus antecedentes pessoais há a referir uma menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares, duas gestações, dois partos eutócicos, amamentação de

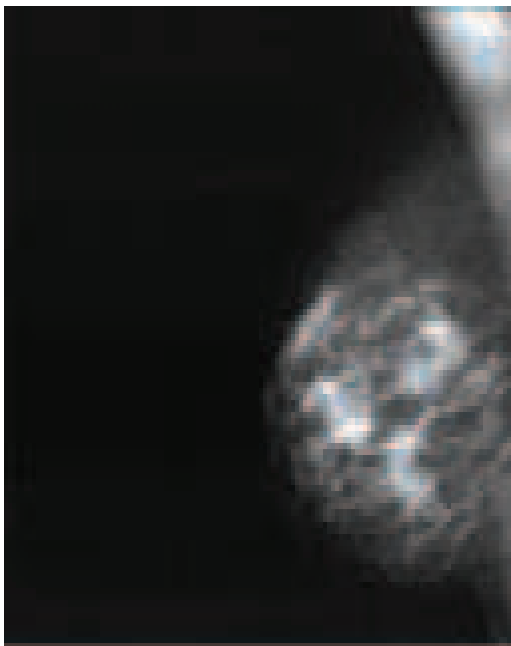
* Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto

** Assistente Serviço de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

*** Assistente Graduada do Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**** Director do Departamento de Medicina Materno-fetal, Genética e Reprodução Humana dos Hospitais da Universidade de Coimbra

ambos os filhos, contracepção hormonal oral e posteriormente com preservativo e realização de conização com ansa diatérmica por neoplasia intraepitelial do colo do útero de baixo grau. Nos antecedentes familiares destaca-se a história de tuberculose pulmonar ocorrida em três familiares, nomeadamente, a mãe, um tio e o bisavô materno e antecedentes de melanoma, carcinoma do cólon e carcinoma da mama.



Ao exame objectivo, **na** mama direita, apresentava sinais inflamatórios localizados **no** quadrante supero-externo com cerca de 3 cm de diâmetro; **na** palpação havia empastamento dos quadrantes externos, individualizando-se um nódulo com cerca de 1,5 cm no quadrante supero-externo, doloroso. A nível da mama esquerda não havia alterações.

Efectuou mamografia (figuras 1 e 2) que revelou a presença de vários focos de densificação de contorno

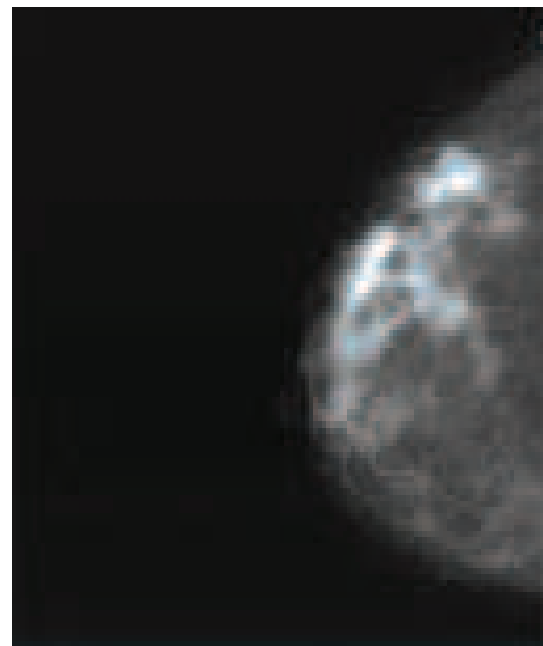


Figura 1 e 2 Mamografia inicial

irregular e mal definido, esboçando desorganização estrutural e espiculação periférica (fibrose reaccional?). O estudo ecográfico complementar evidenciou várias imagens nodulares de dimensões diversas, com conteúdo líquido, localizadas ao quadrante superior externo da mama direita, a maior com 18 mm de diâmetro. Foi efectuada punção ecoguiada tendo dado saída a material purulento cujo estudo citológico revelou apenas a presença de pús, sem células epiteliais. Procedeu-se a terapêutica antibiótica oral com amoxicilina e ácido clavulâmico e terapêutica anti-inflamatória oral com ibuprofeno mas sem resolução clínica. O estudo microbiológico directo e cultural do material aspirado foram negativos. Efectuou, por conseguinte, terapêutica antibiótica parentérica com piperacilina e tazobactam e terapêutica anti-

inflamatória parentérica com tenoxicam sem contudo haver resolução clínica. Foi realizada nova punção ecoguiada tendo o estudo citológico revelado a presença de histiócitos espumosos compatíveis com quisto. A microscopia directa e a cultura do material aspirado foram negativos. Repetiu mamografia (figura 3) e ecografia mamária (figura 4) aos dois meses de evolução da doença tendo-se verificado uma diminuição do número de imagens nodulares de tipo cavitário, com redução do seu volume, a maior com 11 mm de diâmetro. Repetiu a mesma terapêutica antibiótica e anti-inflamatória oral. Realizou ecografia mamária (figura 5) de controlo um mês e meio depois verificando-se um aumento do número e volume das imagens nodulares cavitárias, a maior com 20 mm de diâmetro.

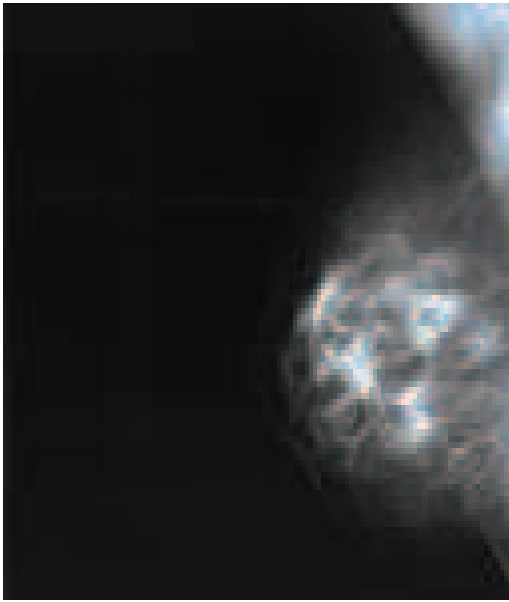


Figura 3 Mamografia aos dois meses de evolução

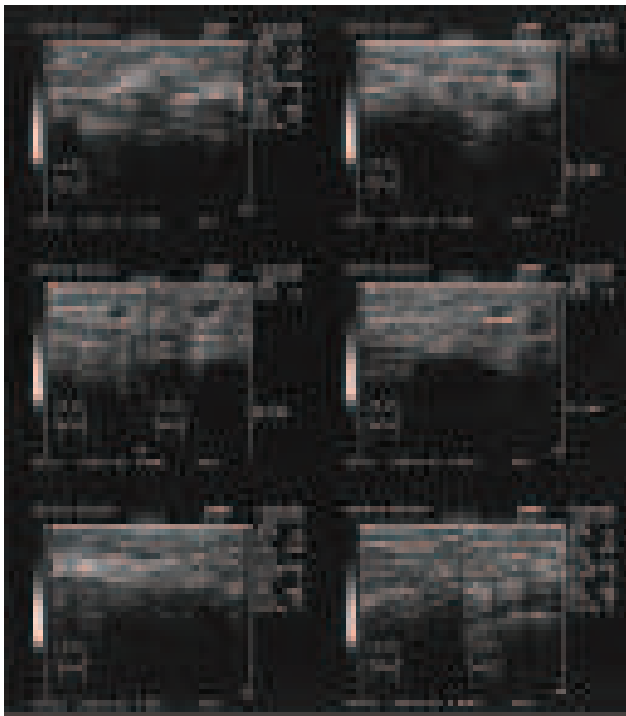
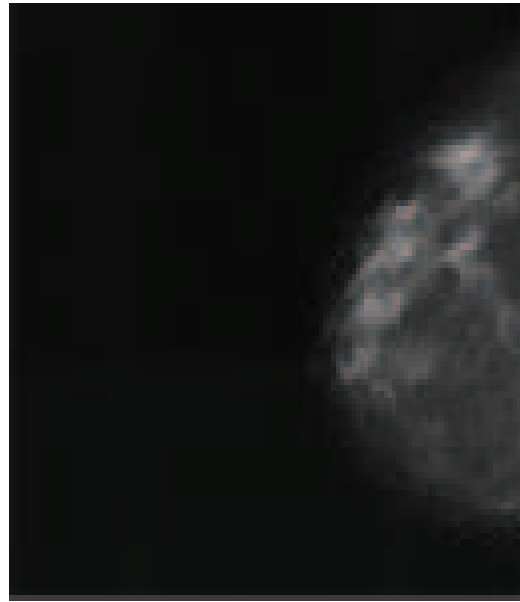


Figura 4 Ecografia mamária aos dois meses de evolução

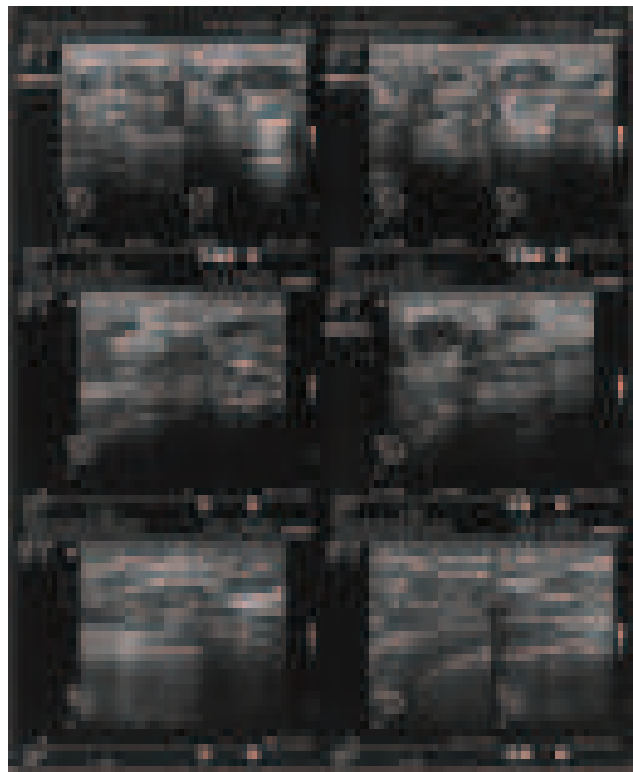


Figura 5 Ecografia mamária aos três meses e meio de evolução

Ao fim de três meses de persistência do quadro clínico, apesar de vários esquemas antibióticos utilizados, foi decidido realizar limpeza cirúrgica. O estudo histológico revelou a presença de várias lesões granulomatosas, por vezes confluentes, algumas com

necrose central, rodeadas por células epitelioides e coroa de células linfocitárias, observando-se ainda, células gigantes multinucleadas de Langhans (figuras 6-10).

Perante estes dados, e dada a história familiar de tuberculose pulmonar, foi presumido o diagnóstico de

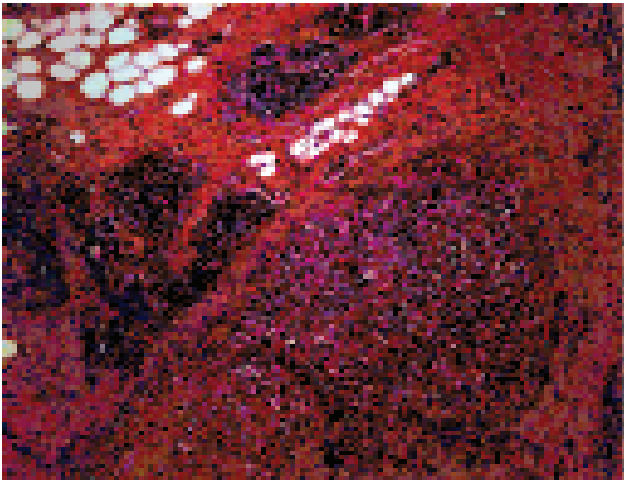


Figura 6 Fotografia de microscopia óptica de granulomas confluentes (Hematoxilia Eosina ampliação x 50)



Figura 7 Fotografia de microscopia óptica de granulomas confluentes (Hematoxilia Eosina ampliação x 100)

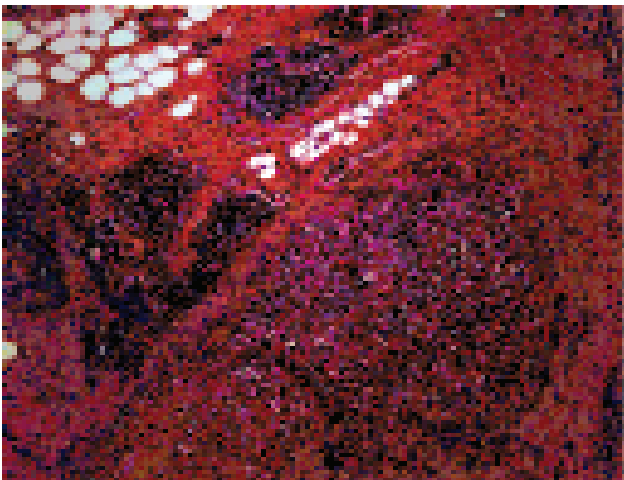


Figura 8 Fotografia de microscopia óptica de granulomas confluentes (Hematoxilia Eosina ampliação x 50)



Figura 9 Fotografia de microscopia óptica de granulomas de Células de Langhans (Hematoxilia Eosina ampliação x 200)

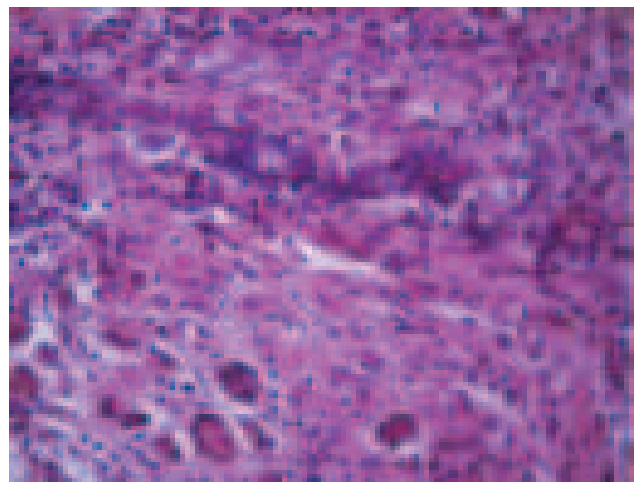


Figura 10 Fotografia de microscopia óptica de Células gigantes (Hematoxilina e Eosina amplificação de 400 x)

tuberculose mamária. Procedeu-se de seguida á investigação da localização primária da doença, nomeadamente à realização de radiografia torácica, que foi negativa. A prova tuberculínica também foi negativa. Foi efectuada terapêutica antibacilar com isoniazida, pirazinamida, etambutol e rifampicina durante nove meses. Realizou ecografia mamária de controlo (figura 11) aos dois meses de tratamento tuberculostático verificando-se a presença de apenas uma imagem cavitária, na mama direita, com 9 mm de diâmetro, parcialmente colapsada. Constatou-se a regressão completa das lesões mamárias ao fim dos 9 meses de terapêutica anti-bacilar, confirmando assim, o diagnóstico de tuberculose primária da mama. Não houve recidiva da doença nos 32 meses de follow-up.

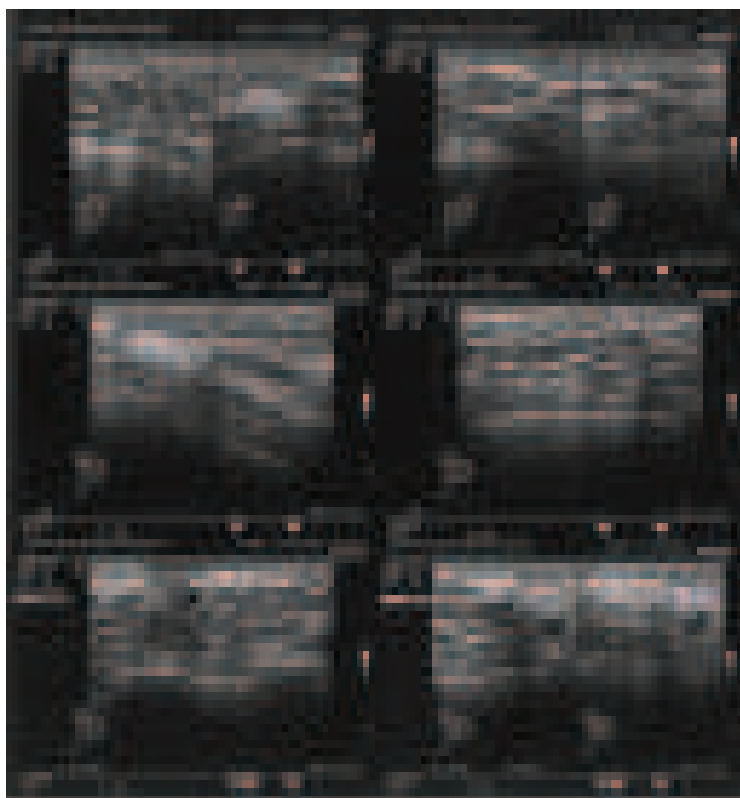


Figura 11 Ecografia mamária aos dois meses de tratamento

DISCUSSÃO

A tuberculose da mama é uma forma rara de tuberculose,^{1,2} tendo o primeiro caso sido descrito por Sir Astley Cooper em 1829 como “scrofulous swelling in the bosom of young women”.⁵ Morgan, em 1931, fazendo uma revisão da literatura, encontrou 439 casos de mastite tuberculosa descritos, correspondendo a uma incidência de 0,5 a 1,04 %.⁽⁶⁾ Em 1982 Hamit e Ragsdale, efectuando uma revisão da literatura mundial, verificaram a ocorrência de apenas 500 casos de tuberculose mamária.⁷

Esta patologia afecta principalmente mulheres de países em desenvolvimento, nomeadamente, a Índia e países africanos, onde a tuberculose ainda é prevalente.^{3,8} Na Índia várias séries demonstraram uma incidência de tuberculose mamária de 0,64 a 3,59 %.^{9,10}

A tuberculose da mama é rara nos países ocidentais, com uma incidência inferior a 0,1 % de todas as lesões mamárias submetidas a estudo histológico.^{1,4,11} A sua incidência, nestes países poderá, no entanto, vir a aumentar em virtude do aumento dos casos de

síndrome de imunodeficiência adquirida.^{2,12}

A tuberculose da mama ocorre geralmente em mulheres em idade reprodutora.¹³ Apesar do tecido mamário ser bastante resistente á infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o agente etiológico da tuberculose, as modificações que ocorrem durante a idade fértil da mulher predispõem mais facilmente ao traumatismo e conseqüentemente á infecção,¹⁴ particularmente durante a gravidez e a amamentação.^{13,15} O envolvimento bilateral é raro (3%).¹⁵

A tuberculose mamária pode ser classificada em primária ou secundária.¹⁶ A tuberculose primária da mama é uma forma bastante rara de tuberculose¹⁷ e define-se pelo envolvimento exclusivo da mama. A tuberculose secundária da mama é mais frequente e caracteriza-se pela presença de tuberculose num outro local do organismo. A infecção da mama pode resultar da disse-

minação hematogénica, da disseminação linfática, da extensão a partir de tecidos contíguos, da inoculação directa ou de infecção ductal.¹⁶

Clinicamente definem-se três formas de tuberculose da mama: nodular, disseminada e esclerosante. A forma nodular, mais comum, começa como massa indolor que progride com posterior envolvimento cutâneo e formação de úlceras com seios de drenagem. A forma difusa caracteriza-se por múltiplos focos de drenagem, com importante processo inflamatório e envolvimento axilar. A forma esclerosante, menos comum, ocorre em mulheres idosas e apresenta maior grau de fibrose, com pouca supuração ou caseação, sendo frequente haver retracção mamilar.^{7,13}

A mamografia e a ecografia mamária têm um valor limitado no diagnóstico de tuberculose da mama uma vez que as imagens frequentemente são indistinguíveis do carcinoma da mama.^(13,17,18) Relativamente aos achados mamográficos, na forma nodular é frequente existir uma área densa, arredondada, de margens irregulares; na forma disseminada a mama é densa, havendo espessamento da pele e, clinicamente assemelha-se a um carcinoma inflamatório¹⁸; na forma

esclerosante há uma massa densa homogénea com septos fibrosos e retracção do mamilo.¹³ A ecografia mamária permite caracterizar melhor as lesões mamográficas, nomeadamente distinguir as lesões sólidas das quísticas. Na forma nodular as lesões podem ser hipocogénicas, bem delimitadas ou formam massas quísticas complexas. Na forma difusa há massas hipocogénicas bem delimitadas e na forma esclerosante há um aumento da ecogenicidade do parênquima mamário, frequentemente sem massas definidas.^{18,19} A tomografia axial computarizada e a ressonância magnética nuclear poderão ser úteis, nas lesões mamárias profundas, para avaliar a existência de continuidade com a parede torácica, a pleura e o parênquima pulmonar.^{20,21}

O *gold standard* para o diagnóstico definitivo de tuberculose mamária consiste na identificação do seu agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, por microscopia óptica directa com coloração de Ziehl-Neelsen ou por cultura do material aspirado. No entanto, a taxa de detecção de bacilos ácido-álcool resistentes com a coloração Ziehl-Neelsen é baixa e as culturas são negativas na maioria dos casos. O diagnóstico, na maior parte dos casos, só pode ser estabelecido por histologia, ao identificar a presença de lesões granulomatosas com necrose caseosa típica.^{2,22,23}

O diagnóstico diferencial coloca-se sobretudo com o carcinoma da mama. As doenças benignas da mama que fazem diagnóstico diferencial com a tuberculose mamária são nomeadamente, o abscesso mamário, a necrose gorda, a actinomicose e a blastomicose.²³ Uma vez estabelecido o diagnóstico, microbiológico ou histológico, de tuberculose da mama o tratamento é inicialmente cirúrgico e posteriormente efectua-se terapêutica médica com fármacos antituberculosos.²³ Actualmente preconiza-se um tratamento cirúrgico pouco invasivo, nomeadamente, a drenagem ou biópsia da parede dos abscessos mamários, exérese de trajectos fistulosos e realização de biópsias incisional ou excisional.^{13,15,24}

No presente caso clínico a forma de apresentação da doença foi uma tumoração mamária com sinais inflamatórios numa doente jovem, não associada à lactação, sem antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar, mas com história de tuberculose pulmonar

em três familiares directos. Os achados clínicos e imagiológicos, bem como a idade da doente, eram a favor da hipótese diagnóstica de um abscesso mamário pelo que se efectuou antibioterapia inespecífica, no entanto sem sucesso, após vários tratamentos. A microscopia directa e a cultura do material aspirado foram negativas, tendo-se estabelecido o diagnóstico por histologia.

Dada a raridade desta entidade nosológica e, apesar de Portugal ainda ser um país endémico de tuberculose pulmonar, é necessário ter um elevado grau de suspeição clínica para presumir o diagnóstico de tuberculose da mama.

BIBLIOGRAFIA

1. Kalac N, Ozkan B, Bayiz H, Dursun AB, Demirag F. Breast tuberculosis. *Breast* 2002; 1: 346-9.
2. Kakkar S, Kapila K, Singh MK, Verma K. Tuberculosis of the breast. A cytomorphologic study. *Acta Cytol* 2000; 44: 292-6.
3. Sharma PK, Babel AL, Vadav SS. Tuberculosis of breast. *J Postgrad Med* 1991; 37: 24-6.
4. O'Reilly M, Patel KR, Cummins R. Tuberculosis of the breast presenting as carcinoma. *Mil Med* 2000; 165: 800-2.
5. Cooper A. Illustrations of the diseases of the breast. Part I. London: Longman, Rees, Orme, Brown and Green; 1829 p.73
6. Morgan M. Tuberculosis of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1931; 53: 593-605.
7. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. *J R Soc Med* 1982; 75: 764-5.
8. Green RM, Ormerod RP. Mammary tuberculosis: rare but still present in the United Kingdom. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 788-90.
9. Dharkar RS, Kanhere MH, Vaishya ND, Baisarya AK. Tuberculosis of the breast. *J Indian Med Assoc* 1968; 50: 207-9.
10. Mukerjee P, George M, Maheshwari HB, Rao CP. Tuberculosis of the breast. *J Indian Med Assoc* 1974; 62: 410-2.
11. Al-Marri MR, Almosleh A, Almoslmani Y. Primary tuberculosis of the breast in Qatar: ten year experience and review of the literature. *Eur J Surg* 2000; 166: 687-90.
12. Fujii T, Kimura M, Yanagita Y, Koida T, Kuwano H. Tuberculosis of axillary lymph nodes with primary breast cancer. *Breast Cancer* 2003; 10: 175-8.
13. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surg* 1995; 19: 379-81.
14. Mukerjee P, George M, Maheshwari HB, Rao CP. Tuberculosis of the breast. *J Indian Med Assoc* 1974; 62: 410-2.
15. Banerjee SN, Ananthakrishnan N, Mehta RB, Prakash S. Tuberculous mastitis: a continuing problem. *World J Surg* 1987; 11: 105-9.
16. Mckeown KC, Wilkinson KW. Tuberculous diseases of the breast. *Br J Surg* 1952; 39: 420.
17. Zandrino F, Monetti F, Gandolfo N. Primary tuberculosis of the breast. A case report. *Acta Radiol* 2000; 41: 61-3.
18. Popli MB. Pictorial essay: tuberculosis of the breast. *Indian J*

- Radiol Imag 1999; 9: 127-32.
19. Oh KK, Kim JH, Kook SH. Imaging of tuberculous disease involving breast. *Eur Radiol* 1998; 8: 1475-80.
 20. Schnarkowski P, Schmidt D, Kessler M, Reiser MF. Tuberculosis of the breast: US, mammographic and CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18: 970-971.
 21. Arslan A, Ciftci E, Yildiz F, et al. Multifocal bone tuberculosis presenting as a breast mass: CT and MRI findings. *Eur Radiol* 1999; 9: 1117-9.
 22. Hofman V, Selva E, Landraud L, Sicard D, Vénissac N, Castillo L, Kermarec A, Mouroux J, Dellamonica P, Hofman P. Value of PCR amplification from formalin-fixed-embedded tissues in the diagnosis of *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Ann Pathol* 2003; 23: 206-215.
 23. Wilson TS, MacGregor JW. The diagnosis and treatment of tuberculosis of the breast. *CMAJ* 1963; 89: 1118-1124.
 24. Gupta R, Gupta AS, Duggal N. Tubercular Mastitis. *Int Surg* 1982; 67: 422-4.
-