

Tuberculose de Mama:

Relato de Dois Casos Tratados Simultaneamente

Denise Duprat Neves (*)

RESUMO

A tuberculose pode acometer qualquer órgão, no entanto, existem poucos casos, aproximadamente 700 descritos na literatura, comprometendo a mama, sendo os relatos mais frequentes antes do surgimento dos antibióticos específicos. O atraso no reconhecimento e tratamento adequado pode ter como consequência a destruição da mama e a necessidade, muitas vezes, da mastectomia total.

Caso 1: Há 6 meses em investigação para mastite. Apresentava lesão ulcerada em mama esquerda associada a emagrecimento e dor torácica esquerda. Submetida à biópsia que mostrou mastite crônica granulomatosa compatível com tuberculose. PPD de 0 mm.

Caso 2: Há 4 meses com lesão eritematosa e nódulos em mama esquerda que posteriormente fistulizou e pequeno gânglio axilar. A mamografia foi classe II, evidenciando espessamento cutâneo areolar, desorganização do tecido glandular e 3 grandes imagens oblongas mais densas em quadrantes internos, sem calcificação. A punção evidenciou células inflamatórias e ausência de malignidade, cultura para BK positiva. PPD de 15 mm. Ambas as pacientes eram brancas, de 33 e 37 anos, do lar, negavam doença pulmonar prévia ou contato com tuberculose, apresentavam raios X simples de tórax normal, teste anti-HIV negativo. Responderam bem ao tratamento convencional, com regressão quase total das lesões já no segundo mês, e sem necessidade de intervenção cirúrgica. Optou-se por um tratamento prolongado, 2 RJP + 4 RI + 6 INH, e não houve evidência de recidiva, local ou a distância da doença até, pelo menos, 2 anos após a alta.

Palavras-chaves: tuberculose, mama, diagnóstico.

Key-words: tuberculosis, breast, diagnosis.

Pulmão RJ 1998; 7 (3): 238-240

Introdução

A tuberculose pode acometer qualquer órgão, já tendo sido descrita em diversas localizações; no entanto, apesar da incidência da doença ter apresentado uma queda após o surgimento de medidas terapêuticas eficazes, estas formas raras continuam existindo e podem, até mesmo, tornar-se mais comuns devido a disseminação da AIDS, quando é mais frequente o surgimento de formas extrapulmonares e atípicas. A tuberculose de mama foi descrita pela primeira vez em 1829, mas, até o momento, existem aproximadamente apenas 700 casos descritos na literatura (1,2), sendo estes mais frequentes antes do surgimento e uso dos antibióticos especí-

ficos. A tuberculose foi a causa de doença em apenas 0,025% dos casos de lesão em mama, tratada cirurgicamente na França (3), e representa menos do que 0,1% dos casos de tuberculose inscritos por um hospital do Qatar, num período de 11 anos (1). Esta não é uma doença tão entre outros, com variada prevalência de tuberculose e hábitos de vida, tornando difícil, assim, traçar um perfil e caracterizar a doença desta localização. A atual era de globalização, com frequentes migrações, pode contribuir para que a tuberculose de forma atípica surja em qualquer região.

Ambas as pacientes eram jovens, com menos de 40 anos, como descrito em outro levantamento onde

* Médica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Professora Assistente da UNI-RIO.

Endereço para correspondência: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Pneumologia, Rua Mariz e Barros 775, 2º andar, Tijuca, Rio de Janeiro. CEP 20270-004.

Artigo recebido para publicação no dia 22/04/1998, e aceito no dia 22/05/1998, após revisão.

a média de idade foi de 42,8 anos (8), mas já foi relatada em mulheres de 27 (5) a 89 anos (9). Predomina nas mulheres, mas já foi descrita em homens; jovens, entre 20 a 40 anos (1); múltiparas; com comprometimento unilateral, mas podendo existir como lesão bilateral (3); e mais freqüentemente como lesão secundária, associada ao comprometimento pulmonar, pleural ou de parede torácica (1). No entanto, a forma dita primária, que ocorre isoladamente como único sítio de lesão, foi a observada nestes 2 casos e em 10 dos 16 casos (62,5%) com relato recente na literatura, dificultando ainda mais a suspeita do diagnóstico.

Podemos sugerir que as pacientes apresentavam a forma isolada da doença, pois apesar de viverem numa cidade com alta prevalência de tuberculose, negavam contato prévio com doentes, não exibiam alteração pulmonar à radiologia simples do tórax e uma delas tinha, inclusive, PPD não reator, apesar de referir sintoma constitucional, e emagrecimento compatível com tuberculose. Embora outros testes de imunidade não tenham sido realizados, as pacientes não apresentavam sinais de comprometimento da imunidade e eram, ambas, HIV negativo no teste sorológico pelo ELISA. Pode-se prever um aumento de formas atípicas e disseminadas nos pacientes HIV+, principalmente naqueles em fase de doença. Mesmo assim, possivelmente pelo fato da mama apresentar uma resistência natural a tuberculose (1), esta permanece rara, e a mastite por esta etiologia só foi descrita em uma paciente HIV+, em 1992 (10).

Clinicamente a enfermidade se apresenta, geralmente, como uma protuberância, com ou sem ulceração, mas também é comum a presença de nódulo único ou múltiplos, ou a mastite difusa. Além da massa, podem estar presentes a dor, crisma, calor e alteração cutânea local, com ou sem aderência. Não é infreqüente a presença de comprometimento ganglionar axilar, podendo ocorrer em 1/3 dos casos (4) ou mais (8 de 14 casos, 57%, relatados no levantamento recente). Uma das nossas pacientes apresentava gânglio pequeno e, provavelmente, não presente na época da realização da mamografia, podendo ter aumentado após, enquanto aguardava o resultado da cultura para BK.

A evolução da lesão pode ser aguda ou subaguda, como nos abscessos piogênicos, e a etiologia tuberculosa deve ser suspeitada naqueles que não respondem aos antibióticos ou que apresentam recidiva precoce. Se existir pus, a possibilidade do exame direto (BAAR) para a tuberculose ser positivo é grande, no entanto, seu rendimento em aspirados

obtidos por punção fica abaixo dos 25% (8), tendo sido relatado rendimento em torno de 12 a 14% (4,11). A cultura para BK tem uma sensibilidade um pouco maior, mas o tempo necessário para o resultado é elevado. A realização da punção, com exame citológico do material, pode não ser de grande ajuda no diagnóstico de certeza da tuberculose, mas auxilia na exclusão de neoplasia como hipótese principal.

A mamografia é um exame fundamental na investigação do diagnóstico, pois, além do aspecto da lesão e da presença ou não de outras alterações, mostra a correta localização, auxiliando numa futura punção e/ou biópsia. Só é sugestiva de lesão inflamatória em 14% das pacientes com tuberculose de mama (4). Pacientes com lesões inflamatórias só apresentaram alterações em 63% das mamografias realizadas, sendo a lesão tipo massa a mais comum, presente em mais da metade dos casos, e não auxiliando no diagnóstico diferencial com neoplasia (12). O aumento de densidade assimétrica focal ou difusa foi descrito em 22% dos exames, enquanto que a distorção da arquitetura foi observada em 5% dos casos de lesões inflamatórias (12). A ultrassonografia pode ser útil nos casos de abscesso específico ou não, mostrando massa com eco no interior (12). Estes exames não permitem a diferenciação com o câncer, no entanto, a presença de gânglio denso associado ao espessamento difuso da pele, quando presentes, sugerem a possibilidade de neoplasia, doença mais amida observada, ou infecção não usual, como a tuberculose (12), e a biópsia se torna necessária para a definição da etiologia. As lesões espiculadas podem estar presentes tanto em lesões benignas quanto nas malignas e este aspecto não pode, portanto, ser conclusivo de nenhuma etiologia em especial, apesar de nas neoplasias existir com maior freqüência microcalcificações e imagens de massa com centro opaco (13). Sendo assim, apesar do aspecto inflamatório da tuberculose, mas, devido a sua evolução clínica subaguda ou crônica, a não melhora com antibióticos, a presença de gânglios, a dificuldade de diferenciação pelo aspecto ao exame por imagem, associada à preocupação com uma doença potencialmente letal e mais freqüente, como o câncer, é que as pacientes habitualmente são encaminhadas aos serviços de investigação de neoplasias para esclarecimento diagnóstico. A maioria dos relatos de casos é oriunda destes serviços. Colabora, ainda, para isto ocorrer, o fato da alta confirmação diagnóstica pelo exame histopatológico. Este é conclusivo de comprometimento pela tuberculose, evidenciando formação de granuloma caseoso característico em mais de 60%

dos casos, sendo relatado positividade em até 88% (12) e 91,6% (8), dependendo da amostra avaliada e do procedimento realizado para obtenção do material a ser examinado.

Outros diagnósticos podem ser pensados, como por exemplo, o fibroadenoma e a mastite fibrocística, e a possibilidade de não valorizar os achados e não acompanhar a evolução da lesão pode predispor a disseminação local da tuberculose, com possibilidade de destruição da mama e necessidade de cirurgia como complemento do tratamento. A Sarcoidose, outra doença granulomatosa e de diagnóstico diferencial histopatológico com a tuberculose nem sempre fácil, já foi descrita com envolvimento de mama. Ocorre em menos de 1% dos casos de sarcoidose e somente em 1/3 destes como manifestação principal. De 1921 a 1993 só tinham sido descritos 23 casos na literatura (14) e, geralmente, a lesão de mama estava associada ao comprometimento sistêmico da doença. Em 4 casos a doença co-existia com doença maligna (14), fato também já descrito com a tuberculose, em que uma paciente apresentava lesão em mama e gânglio compatível com câncer ductal e tuberculose (15).

A realização de cirurgia em pacientes com tuberculose de mama tem sido relatada em um número variável de 14 a 63% dos casos (4,8). A mastectomia simples foi indicada em 10% dos casos por não resposta ao tratamento e, em apenas 4%, por destruição da glândula nas pacientes avaliadas na Índia (4), em 11% numa avaliação incluindo 9 casos, também por comprometimento destrutivo (2). Em um relato no qual 63% (7 em 11 casos) foram a cirurgia, 58% das pacientes tinham, como forma de apresentação, o abscesso (8), podendo estar aí incluídos cirurgia co-adjuvante, como drenagem deste abscesso, mas sem a necessidade de mastectomia.

Nos casos descritos a evolução foi prolongada e com algumas características de inflamação, apesar da hipótese de neoplasia não poder ser descartada, e ambas terem sido encaminhadas para um serviço especializado para investigação diagnóstica. Apesar do tempo de evolução, e de já haver lesão em pele em um dos casos, a resposta à terapêutica clínica, esquema tríplex com rifampicina, isoniazida e pirazinamida, foi boa e não houve necessidade de tratamento cirúrgico complementar ou recidiva até dois anos após a alta. Esta é a evolução esperada e observada nos casos descritos na literatura mais recente, havendo apenas um caso de eritema endurecido que surgiu 6 anos após o tratamento para mastite tuberculosa (16).

Referências Bibliográficas

- 1-Alsoub H, Chacko K. Tuberculous mastitis: a rare disease. *Br J Clin Pract* 1996; 50(1):50-51.
- 2-Goksoy E, Duren M, Durgun V, Uygun N. Tuberculosis of the breast. *Eur J Surg* 1995; 161(7): 471-473.
- 3-Ducroz B, Nael LM, Gautier G, Monreal JM, Marquet M, Cloup N. Tuberculose mammaire bilaterale: un cas. *Revue de la litterature. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1992; 21(5): 484-488 (resumo).
- 4-Shinde SR, Chandawarkar RY. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surg* 1995; 19(3): 379-381.
- 5-Estrin J, Bernstein M. Tuberculous mastitis. *South Med J* 1994; 87(11): 1151-1152.
- 6-Haagensen CD. Infection in the breast. In: *Diseases of the breast*, 2nd ed. Philadelphia: Saunders 1971; 335-336.
- 7-Hale JA, Peters GN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast: rare but still existant. *Am J Surg* 1985; 150: 620-624.
- 8-Fukuoka K, Choh S, Hamada K, Yoneda T, Narita N. A case of tuberculosis of the breast-review of the literature published during the last 10 years in Japan. *Kekkaku* 1995; 70(2): 111-115 (resumo).
- 9-Benz D, Diener PA, Wurth R, Fehr P, Lorenz U. Tuberculosis of the breast. *Gynakol-Geburtshilfliche-Rundsch* 1993; 33(2): 107-110 (resumo).
- 10-Hartstein M, Leaf HL. Tuberculosis of the breast as a presenting manifestation of AIDS. *Clin Infect Dis* 1992; 15(4): 692-693.
- 11-Sharma PK, Babel AL, Yadav SS. Tuberculosis of breast (study of 7 cases). *J Postgrad Med* 1991; 37(1): 24-26.
- 12-Crowe DJ, Helvie-MA, Wilson TE. Breast infection. Mammographic and sonographic findings with clinical correlation. *Invest Radiol* 1995; 30(10): 582-587.
- 13-Franquet T, De Miguel C, Cozcolluela R, Donoso L. Spiculated lesions of the breast: mammographic-pathologic correlation. *Radiographics* 1993; 13(4): 841-852.
- 14-Donaldson BA, Polynice A, Oluwole S. Sarcoidosis of the breast: case report and chart review. *Am Surg* 1995; 61(9): 778-780.
- 15-Das DK, Mohil-RS, Kashyap V, Khan IU, Mandal AK, Gulati SM. Colloid carcinoma of the breast with concomitant metastasis and a tuberculous lesion in the axillary lymph nodes. A case report. *Acta Cytol* 1992; 36(3): 399-403.
- 16-Collins P, Clancy L, Barnes L. Erythema induratum (Bazin's disease). *Ir Med J* 1991; 84(3): 96-98.