

Tuberculose de Mama

Relato de dois Casos Tratados Simultaneamente

Breast's Tuberculosis: Description of two Cases Treated at the Same Time

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 a biópsia que mostrou mastite crônica granulomatosa compatível com tuberculose. PPD de 0mm.

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 aerolar, desorganização do tecido glandular e três 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 15mm. Ambas as pacientes eram brancas, de 33 e 37 anos, do lar, negavam doença pulmonar prévia ou contato com tuberculose, apresentavam raio 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 RIP + 4 RI + 6 INH, e não houve evidência de recidiva, local ou à distância da doença até, pelo menos, dois anos após a alta.

Palavras-chaves: Tuberculose, mama, diagnóstico.

Key-words: Tuberculosis, breast, diagnostic.

Pulmão RJ 1998; 7 (4): 347-350

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, tornarem-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 específicos. A tuberculose foi a causa de doença em apenas 0,025% dos casos de lesão em mama tratados 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 infreqüente nas regiões onde a prevalência da tu-

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

Correspondência: Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle, Pneumologia, Rua Mariz e Barros 775, 2º andar, Tijuca, Rio de Janeiro. CEP 20270-004.

Artigo reimpresso, na condição de errata, em virtude da sua primeira publicação (vol.7 nº 3) ter sido incompleta.

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

berculose é mais elevada, pois 100 casos foram estudados na Índia (4), mas, em contrapartida, nos locais com menor incidência, como os Estados Unidos, os relatos são poucos: em um hospital que atende em média 433 pacientes por ano com doenças da mama, apenas um caso foi relatado em 27 anos (um caso em aproximadamente 11.691 exames) (5); nos últimos dez anos, apenas um caso em 6.000 exames clínicos por lesão de mama e cinco casos em uma revisão de 8.000 exames histopatológicos de tecido mamário (6,7). Nos últimos dez anos, foram descritos na literatura 12 casos, segundo um levantamento realizado por Fukuoka e colaboradores (8). Por ser uma localização pouco comum, nem sempre é questionada no diagnóstico diferencial e a maioria dos relatos é realizado durante a investigação de possível neoplasia de mama. O atraso no reconhecimento e tratamento adequado pode ter como consequência a destruição da mama e a necessidade de tratamento cirúrgico complementar, muitas vezes a mastectomia total, que deforma o físico e altera o comportamento psicológico das mulheres.

Foi a localização atípica destes dois casos de tuberculose extrapulmonar que motivou sua apresentação, com o intuito de chamar a atenção para esta possibilidade de diagnóstico e com isso tornar seu tratamento mais precoce, evitando uma cirurgia mutilante. O objetivo secundário é o de alertar especialistas, de qualquer área, para a possibilidade desta etiologia nas mais diversas formas de apresentação, principalmente em áreas de alta prevalência da tuberculose, como o Rio de Janeiro, que tem, atualmente, mais de 140 casos de tuberculose para cada 100 mil habitantes.

Descrição dos Casos

Ambas as pacientes foram encaminhadas para tratamento na unidade primária de saúde (Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela, da IX Região Administrativa do Rio de Janeiro), da mesma instituição, a Fundação Pioneiras Sociais, pertencente ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), mas por médicos diferentes e com comprovação diagnóstica por métodos diversos.

Caso 1: Registro geral 70.711 e no setor TB 2663. LMCS, 33 anos, com queixa de há seis meses estar em tratamento para mastite. Apresentava lesão ulcerada em mama esquerda, associada a emagrecimento e dor torácica à esquerda. Submetida a biópsia, que mostrou mastite crônica granulomatosa compatível com tuberculose. PPD de 0mm. Início de esquema RIP em 11/7/94.

Caso 2: Registro geral 72.208 e no setor TB 2676. FMFS, 37 anos, há quatro meses com lesão eritematosa e nódulos em mama esquerda que, posteriormente, durante o período de investigação, fistulizou. Apresentava pequeno gânglio axilar esquerdo não aderido aos planos profundos. Tratamento psiquiátrico desde os 18 anos. A mamografia foi classe II, evidenciando espessamento cutâneo aerolar, desorganização do tecido glandular e, pelo menos, três grandes imagens oblongas mais densas em quadrantes internos, sem calcificação. Mama direita normal, com predomínio de gordura e linfonodos do oco axilar de dimensões normais. A punção evidenciou, ao exame microscópico, células inflamatórias (numerosos leucócitos com predomínio de polimorfonucleares e presença de células gigantes multinucleadas) e ausência de malignidade. A cultura para BK foi positiva. PPD de 15mm. Início do tratamento em 3/8/94.

Ambas as pacientes eram brancas, do lar, negavam doença pulmonar prévia ou contato com tuberculose, apresentavam raio X simples de tórax normal, teste anti-HIV negativo. Responderam bem ao tratamento convencional, com regressão quase total das lesões já observadas no segundo mês, e sem necessidade de intervenção cirúrgica. Optou-se por um tratamento prolongado, 2 RIP + 4 RI + 6 INH, e não houve evidência de recidiva, local ou à distância, da doença até, pelo menos, dois anos após a alta.

Comentários

Confirmando a regra de que casos pouco usuais em medicina, geralmente, surgem em série, esses dois casos foram encaminhados para tratamento de tuberculose de mama com intervalo de apenas 45 dias.

São poucos os trabalhos específicos na literatura médica e, habitualmente, com formato de relato de caso isolado, a maioria, ou com pequeno número de casos, geralmente decorrentes de levantamentos em 10 a 20 anos. A pesquisa de dados no MEDLINE, em cinco anos, mostrou menos de 15 trabalhos específicos, com relato de 24 casos, excetuando-se o trabalho realizado na Índia com avaliação de 100 casos (4). Estes casos são provenientes de todas as partes do mundo, Índia, Rússia, Japão, França, Suíça, Espanha, Estados Unidos, Qatar, 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 freqüentes migrações, o que 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 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 e 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 dois 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, 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 dor, eritema, 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 ultra-sonografia 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 sugere a possibilidade de neoplasia, doença mais amíde 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 à sua evolução clínica subaguda ou crônica, à não melhora com antibióticos, à presença de gânglios, à 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 servi-

ços. 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 relatada 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 quatro 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 nove casos, também, por comprometimento destrutivo (2). Em um relato no qual 63% (7 em 11 casos) foram à cirurgia, 58% das pacientes tinham, como forma de apresentação, o abscesso (8), podendo estar aí incluídos cirurgia coadjuvante, 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 tríplice 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 seis 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, Oluwale 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.