



## ORIGINAL

# Mastitis crónica granulomatosa tuberculosa. Diagnóstico y tratamiento en 28 casos

Mirian Elizabeth Pinto Paz<sup>a,\*</sup>, Lourdes Rodriguez Piazze<sup>c</sup>, Félix Bautista Garcia<sup>a</sup>, Emperatriz Santa Cruz<sup>b</sup> y Daniel Carrera Palao<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía, Hospital de Emergencias Grau EsSalud, Lima, Perú

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Emergencias Grau EsSalud, Lima, Perú

<sup>c</sup> Servicio de Infectología, Hospital Almenara, Lima, Perú

Recibido el 27 de noviembre de 2012; aceptado el 27 de julio de 2013

Disponible en Internet el 25 de diciembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Mastitis granulomatosa tuberculosa;  
Diagnóstico;  
Tratamiento antituberculoso;  
Tratamiento quirúrgico

### Resumen

**Objetivos:** Realizar un estudio de las características clínicas de la mastitis granulomatosa tuberculosa (MGT), la utilidad diagnóstica de las pruebas complementarias y los resultados del tratamiento en un área geográfica con muy alta incidencia de tuberculosis.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, realizado desde enero de 2010 a mayo de 2012. El diagnóstico de mastitis tuberculosa se estableció mediante la identificación o el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, o por estudio molecular (reacción en cadena de la polimerasa) tras biopsia con Tru-cut. También se incluyeron aquellas pacientes con mastitis granulomatosa sin detección de bacilo de Koch, reactores intensos  $\geq 15$  mm tras la inoculación del derivado proteico purificado. El tratamiento antituberculoso se realizó en los primeros 2 meses mediante rifampicina 600 mg, isoniacida 300 mg, pirazinamida 1.500 mg y etambutol 1.200 mg. Posteriormente, durante 4 meses, 2 veces por semana con isoniacida 800 mg y rifampicina 600 mg, para aquellas pacientes con resección total de la lesión, y durante 7 meses para las pacientes a las que no se realizó exéresis.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes. Se realizó mamografía a 12 (42,8%), con lesiones BIRADS 0 (33,3%), BIRADS III (16,7%) y BIRADS IV (50%), y ecografía mamaria a todas las pacientes. El derivado proteico purificado fue realizado a 27 pacientes (96,4%), siendo el 53,6% reactores intensos y el 25% reactores francos. El diagnóstico de MGT se realizó a través de la histopatología en todas las pacientes. Se realizó tumorectomía completa de la lesión previa al inicio del tratamiento antituberculoso en 24 casos (85,8%). No hubo recidiva de la MGT en ninguna paciente.

**Conclusiones:** El diagnóstico definitivo de MGT debe realizarse mediante el estudio histopatológico debido a la baja precisión de las técnicas de imagen. La utilización del tratamiento antituberculoso oral unido a la cirugía logró en todos los casos la curación de la enfermedad.

© 2012 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mepintop@gmail.com](mailto:mepintop@gmail.com) (M.E. Pinto Paz).

**KEYWORDS**

Tuberculous  
granulomatous  
mastitis;  
Diagnosis;  
Antituberculous  
treatment;  
Surgical treatment

**Chronic tuberculous granulomatous mastitis. Report of 28 cases****Abstract**

*Objectives:* To explore the clinical features of tuberculous granulomatous mastitis (TGM), the diagnostic utility of complementary tests, and the results of treatment in a geographical area with a high incidence of tuberculosis.

*Material and methods:* A descriptive, prospective study was performed from January 2010 to May 2012. The diagnosis of tuberculous mastitis was established by identification or culture of *Mycobacterium tuberculosis*, or by molecular studies (polymerase chain reaction) after Tru-cut biopsy. We also included those patients with granulomatous mastitis without detection of Koch bacillus but who were intense reactors ( $\geq 15$  mm) after inoculation of purified protein derivative. Tuberculosis treatment was administered in the first 2 months with 600 mg of rifampicin, 300 mg of isoniazid, 1,500 mg of pyrazinamide, and 1,200 mg of ethambutol. Subsequently, twice-weekly treatment with 800 mg of isoniazid and 600 mg of rifampicin was administered for 4 months in those patients with total resection of the lesion and for 7 months in patients who did not undergo resection.

*Results:* We included 28 patients. Mammography was performed in 12 patients (42.8%). The lesions were classified as BIRADS 0 (33.3%), BIRADS III (16.7%) and BIRADS IV (50%). Breast ultrasound was performed in all patients. Purified protein derivative was performed in 27 patients (96.4%); 53.6% were intense reactors and 25% were clear reactors. TGM diagnosis was made by histopathology in all patients. Complete lumpectomy was performed prior to the start of tuberculosis treatment in 24 patients (85.8%). There were no recurrences in any of the TGM patients.

*Conclusions:* Due to the low accuracy of imaging techniques, the definitive diagnosis of TGM should be made by histopathological study. In all patients, cure was achieved with the use of oral tuberculosis treatment together with surgery.

© 2012 SESPM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La mastitis crónica granulomatosa es un proceso lento, largo, que aparece con signos inespecíficos. Puede ser de causa conocida o idiopática, en la que no se encuentra, por ninguno de los medios de estudio, el agente causal de la mastitis<sup>1-4</sup>. Es una enfermedad poco frecuente, que afecta primordialmente a mujeres en edad fértil, que están o han estado embarazadas o en periodo de lactancia reciente; tiene características clínicas, mamográficas y ecográficas que pueden indicar un cáncer mamario, que se descarta mediante el estudio anatomopatológico<sup>1-4</sup>.

Entre las mastitis crónicas granulomatosas específicas tenemos las causadas por: *Mycobacterium tuberculosis*, reacciones ante agentes extraños, infecciones fúngicas, sarcoidosis y brucelosis.

La mastitis granulomatosa tuberculosa (MGT) es una enfermedad infecciosa benigna rara<sup>5,6</sup>. Debido a su rareza y a la ausencia de manifestaciones específicas para su diagnóstico, se requiere un alto grado de sospecha. Esta entidad fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper en el año de 1829<sup>7-9</sup>.

La incidencia de MGT en los países desarrollados es baja, en general es menor al 0,1%, y en los países en vías de desarrollo es del 3 al 4%<sup>6,7,10-12</sup>, por lo que es razonable inferir que en países con tasas altas de tuberculosis, como en el Perú, que es de 106 por 100.000 habitantes<sup>13</sup>, la frecuencia de la tuberculosis extrapulmonar como la mastitis tuberculosa también se encuentre incrementada.

El diagnóstico de MGT se debería sospechar en cualquier mujer que presente una masa, abscesos y fístulas mamarias

persistentes, sobre todo en poblaciones de alto riesgo y/o zona endémica<sup>8,11,12,14</sup>.

El tratamiento de la MGT es médico y quirúrgico. Establecer su secuencia es lo que está en controversia<sup>7,11,14</sup>.

El objetivo de este trabajo es realizar una caracterización clínica de los casos de MGT diagnosticados y tratados en un periodo de 3 años, analizando las formas de presentación clínica, la secuencia diagnóstica y la efectividad del tratamiento quirúrgico y antituberculoso.

**Material y método**

El presente estudio es un trabajo descriptivo, prospectivo, de casos recogidos en el consultorio de Patología Mamaria, aplicando el protocolo de diagnóstico y manejo para mastitis granulomatosa realizado por el servicio. Se incluyó en este estudio a toda mujer con tumor mamario de más de 15 días de evolución, con signos de flogosis, abscesificado o fistulizado. Se solicitó ecografía y mamografía si correspondía, para luego hacer la biopsia Tru-cut y en la muestra obtenida hacer estudio para gérmenes comunes, *Corynebacterium*, hongos, TBC, histopatológico y reacción en cadena de la polimerasa (PCR). También se les solicitó virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), Venereal Disease Research Laboratory (VRDL), prueba de derivado proteico purificado (PPD), radiografía de tórax y bacilo de Koch (BK) en esputo.

Se incluyeron pacientes desde enero de 2010 a mayo de 2012. Se siguió a cada paciente mensualmente, evaluando la respuesta al tratamiento quirúrgico y antituberculoso hasta 6 meses después de terminado el mismo, para luego hacer controles anuales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3973774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3973774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)