

**Curso de graduação
dos autores e co-autores:
Medicina**

TUBERCULOSE MAMÁRIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Guilherme Silva Pedro

guispedro@gmail.com

Ana Beatriz Balan

Ana Carolina Bernard Veiga

Carolina Arissa Tsutida

Eduarda de Oliveira Dalmina

Orientador: Prof. Dr. Rogério Saad Vaz, BMD, PhD

PALAVRAS-CHAVE: Breast, tuberculosis, mastitis.

INTRODUÇÃO: A tuberculose mamária (TM) foi descrita pela primeira vez em 1829 por Sir Astley Cooper como um “inchaço escrofuloso do peito” (COOPER, 1829). Ainda nos dias de hoje, a doença é considerada uma “entidade rara”, com incidência de 0,1% entre todas as lesões mamárias e prevalência de aproximadamente 1400 casos descritos na literatura (QUAGLIO et al., 2019). Além disso, sua presença é predominante em países em desenvolvimento, levando a um menor interesse do meio teórico-científico perante seu estudo e diagnóstico. O quadro se agrava pela semelhança das manifestações clínicas da tuberculose mamária às de outras doenças clássicas da mama, como carcinoma e abscesso mamário. O diagnóstico do *Mycobacterium tuberculosis* na mama pode ser feito por FNAC, PCR, biópsia e AFB (SINHA et al., 2019). O tratamento da doença não segue um guideline específico, contudo, apresenta um bom prognóstico com a terapia anti-tuberculínica ou cirúrgica (ZAMITH et al., 2019).

METODOLOGIA: Foi realizado um levantamento bibliográfico do período de 2002 a 2019 nas bases PUBMED, MEDLINE e SCIELO, com utilização das palavras "tuberculosis", "breast" e "mastitis", todos validados pelo DeCS. Excluiu-se artigos duplicados ou sem relevância ao tema, sendo selecionados 11 para leitura do texto completo.

OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo descrever a tuberculose mamária, abordando seus aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e prognósticos.

DISCUSSÃO: O organismo causador mais comum da mastite tuberculosa é o *Mycobacterium tuberculosis*, embora tenham sido relatados casos promovidos por micobactérias atípicas (HIMMAPPÀ et al., 2015). Tais microrganismos têm tropismo preferencial pelos pulmões, sendo que os sítios extrapulmonares representam 15 a 20% dos casos. Um local raramente acometido é a mama, correspondendo a 0,1% de todas as patologias mamárias em países desenvolvidos e de 3 a 4,5% em países em desenvolvimento, como os da Ásia e África (BIANCO et al., 2019). Essa patologia também foi descrita no sexo masculino, porém mais raramente. Nesse caso, acomete principalmente indivíduos com média de 56 anos, sendo que a proporção da doença entre homens e mulheres pode chegar a 1:65, respectivamente (QUAGLIO et al., 2018).

Dentre os fatores de risco da tuberculose mamária destacam-se o sexo feminino, multiparidade e idade entre 20 a 40 anos, justificados pelas mudanças ocorridas na mama nesses períodos. A gravidez e lactação também são fatores de risco, considerando que durante ambas as situações há um aumento da vascularização, dilatação dos ductos e estresse natural na estrutura, fatores passíveis de facilitar a infecção e disseminação da bactéria. Além disso, foi relatado que durante a gravidez há supressão da resposta pró-inflamatória das células T-helper, o que pode levar a uma nova infecção ou reativação do bacilo. Trauma, história passada de mastite supurativa e AIDS também foram citadas.

A TM pode ser classificada de acordo com sua via de disseminação em primária e secundária. Quando não é possível identificar mais de um sítio de infecção pelo *M. tuberculosis* e o quadro é causado por inoculação direta do bacilo no tecido mamário, considera-se TM primária. Já no caso da secundária, a disseminação pode se dar por via hematogênica, linfática ou contiguidade, sendo a linfática a mais comum (SILVA et al., 2002).

Um dos motivos da tuberculose mamária ser subdiagnosticada é seu grande espectro de manifestações clínicas. Baseando-se no manejo e apresentação da doença, Tewari et al. (2005) publicou a subclassificação mais recente da doença: variação nodular, doença disseminada e abscesso mamário. A variação nodular é a forma mais comum, com nódulo bem definido, unilateral, solitário, irregular, rígido, podendo ou não ser doloroso caso haja retração da pele e linfadenopatia ipsilateral à lesão. Assim, a apresentação clínica mais comum é o nódulo mamário localizado no quadrante lateral superior ou central, com ou sem inchaço dos linfonodos axilares e possível presença de abscesso mamário com ou sem descarga mamilar. Além disso, destaca-se a presença de sintomas constitucionais como febre, dor e perda de peso. Por apresentar essas características e ser uma doença de baixa incidência, esta é frequentemente confundida com tumor de mama, abscesso e mastite, podendo ser diferenciada pelos sintomas constitucionais citados.

O padrão-ouro para diagnóstico da tuberculose mamária é a detecção de *M. tuberculosis* pelo *acid-fast bacteria Ziehl-Neelsen stain* (AFB), porém seu acesso é limitado em locais com poucos recursos por ser oneroso e pouco sensível. Assim, as duas técnicas mais comuns de diagnóstico são o uso de *fine-needle aspiration cytology* (FNAC) a fim de detectar a presença de granulomas de células epitelioides e necrose,

e a biópsia. Exames de imagem são raramente utilizados. A radiografia torácica se baseia no rastreio de calcificações agrupadas na axila, o ultrassom auxilia na avaliação da relação entre a lesão e parede torácica, a ressonância magnética demonstra a extensão extramamária da lesão e a tomografia computadorizada é dificilmente realizada.

Não existem guidelines específicos para o tratamento da tuberculose mamária. Todavia, utiliza-se a terapia anti-tuberculosa com o seguinte regime posológico: 2 meses de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol e 4 meses de isoniazida e rifampicina. A intervenção cirúrgica pode ser necessária em 14% dos pacientes, seja por falta de resposta à terapia ou por grandes lesões ulcerativas dolorosas envolvendo toda a mama. Somente em 4,6% dos casos necessita-se de cirurgias radicais do tipo mastectomia total ou parcial. Dissecção axilar pode ser feita em pacientes com grandes nódulos. Em geral, o prognóstico do paciente com tuberculose mamária que segue em tratamento é bom, com sucesso em 95% dos casos.

CONCLUSÃO: A tuberculose mamária não só é negligenciada como também possui uma sintomatologia padrão de outras doenças, de modo a tornar seu diagnóstico complexo no meio médico. Por mais que possua tratamentos com bons prognósticos, o diagnóstico ainda é complexo pela inviabilidade do padrão-ouro. Assim, o conhecimento e atenção à mastite tuberculosa é imprescindível para a melhor prognose do paciente.

BIBLIOGRAFIA:

1. BIANCO, Sabrina Ramos; GURGEL, Rafael Lopes; TAVARES, Michel de Araújo. **Aspectos radiológicos da tuberculose primária da mama: relato de caso e revisão de literatura.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, [s.l.], v. 42, n. 2, p.203-205, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO);
2. COOPER A. **Illustrations of the Diseases of the Breast, Part I.** London: Brown and Green; 1829:73
3. HIMMAPPA, Durganna; MALLIKARJUNA, M. N.; VIJAYAKUMAR, Abhishek. **Breast Tuberculosis.** Indian Journal Of Surgery, [s.l.], v. 77, n. 3, p.1378-1384, 1 jul. 2015. Springer Science and Business Media LLC.
4. QUAGLIO, Gianluca et al. **Breast Tuberculosis in Women: A Systematic Review.** The American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene, [s.l.], v. 101, n. 1, p.12-21, 3 jul. 2019. American Society of Tropical Medicine and Hygiene.
5. QUAGLIO G, Pizzol D, Bortolani A, Manenti F, Isaakidis P, Putoto G, et al. **Breast tuberculosis in men: A systematic review.** PLOS ONE, 2018.
6. SHRESTHA, Abha et al. **Breast tuberculosis, a rare entity.** Idcases, [s.l.], v. 15, p.05-08, 2019. Elsevier BV
7. SILVA, E. R. S.; et al. **Tuberculose Primária da Mama.** RBGO - v. 24, nº 4, 2002
8. SINHA RTK, Dey A, Agarwal S; **Tuberculosis Mastitis diagnoses on cytology.** J Cytol 2017 Jul-Sep; 34(3):162-164;

9. SINHA, Richa; RAHUL. **Breast tuberculosis. Indian Journal Of Tuberculosis**, [s.l.], v. 66, n. 1, p.6-11, jan. 2019. Elsevier BV.
10. TEWARI M, Shukla HS. **Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features & management.** Indian J Med Res. 2005;122:103 - 110.
11. ZAMITH L M, Nunes C P; **Métodos diagnósticos na tuberculose mamária.** Revista de Medicina de Família e Saúde Mental Vol. 1. No 1 (2019);