



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-627 - MASTITIS GRANULOMATOSA: UNA ENTIDAD RARA

Guerrero Ramírez, José Luis; Fernández Ramos, María; Marchal Santiago, Amando; Fernández Venegas, María; Alfaro Galán, Lina; Lorenzo García, Juan Carlos; Sousa Vaquero, José María; de León Carrillo, José Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La mastitis granulomatosa tuberculosa es una entidad inusual y en la mayoría de los casos hay un antecedente de proceso pulmonar antiguo. Su incidencia en nuestro medio es baja (menos del 0,1% de los procesos mamarios), aunque últimamente ha aumentado debido a múltiples factores como son los movimientos migratorios, marginación social, VIH y viajes a países subdesarrollados donde la incidencia es elevada (1-4%). Es más frecuente en mujeres, aunque también puede aparecer en hombres.

Caso clínico: Paciente varón de 82 años con antecedente de EPOC, lobectomía superior izquierda por carcinoma epidermoide pulmonar, hipertenso, diabético y pleuritis por tuberculosis en la juventud. Presenta clínica de 6 meses de evolución de aumento progresivo del tamaño de la mama izquierda con signos inflamatorios como edema, eritema y aumento de la temperatura sin dolor en la zona. Presenta así mismo una adenopatía axilar homolateral y prurito generalizado. No ha presentado fiebre, astenia ni pérdida de peso. Se realiza mamografía que evidencia calcificaciones en la mama izquierda, junto con imagen compatible con adenopatía axilar. En ecografía se evidencia un nódulo sólido irregular de unos 4,5 cm de alta sospecha de carcinoma por lo que se realiza biopsia que visualiza un infiltrado inflamatorio mixto compatible con lesión inflamatoria abscesificada y la adenopatía no presenta metástasis de neoplasia. Ante la discrepancia de las pruebas de imagen y las muestras de anatomía patológica se decide la realización de biopsia incisional de la lesión mamaria. La anatomía patológica es informada como mastitis granulomatosa necrotizante. Se realizan tinciones de la muestra con Zielh-Nielsen y Grocott, así como PCR para *Mycobacterium tuberculosis*, resultando todas estas pruebas negativas. El paciente es derivado a consultas de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital que, tras una valoración inicial y una nueva toma de muestras tanto de la lesión mamaria como de la adenopatía, se instaura tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. Los signos inflamatorios de la mama comienzan a disminuir tras la administración de los fármacos, así como el prurito generalizado. Como incidencia del tratamiento antituberculoso, el paciente presenta molestias digestivas consistentes en náuseas y vómitos y una elevación de las transaminasas con colestasis disociada. Este hecho, unido a la aparición de nuevo del prurito generalizado, obliga al cambio de medicación, suspendiendo la pirazinamida y cambiándolo por levofloxacino. En analíticas posteriores se detecta mejoría de los parámetros hepáticos, y la inflamación mamaria se encuentra en resolución.

Discusión: La mastitis granulomatosa por *Mycobacterium tuberculosis* es de difícil diagnóstico

tanto por la baja frecuencia que produce índice de sospecha baja, como por la inespecificidad de pruebas de imagen y la alta tasa de negatividad de pruebas microbiológicas. Tiene una tasa de curación del 90% con fármacos antituberculosos: rifampicina, isoniacina, pirazinamida, y etambutol durante dos meses y posteriormente rifampicina e isoniacina durante 4 meses. No suelen recidivar tras el tratamiento. La presencia de abscesos, úlceras o trayectos fistulosos, o la ausencia de respuesta al tratamiento médico puede requerir cirugía adaptada al tipo y a la extensión de la lesión. La mastectomía es excepcional.