MASTITE GRANULOMATOSA POR TUBERCULOSE: RELATO DE CASO

Giovanna Escobar Ghirardelli[1], Gabriela Vieira Ribeiro[2] , Geovana Nunes Freitas Gomes[3], Maria Eduarda Hummel Oliveira[4], Gabriela Mendonça Costa Araújo[5], Régia Nunes de Queiroz[6], Humberto Borges Ribeiro Filho[7], José Marcus Vinícius de Athayde[8], Isabela Eugênia Araújo Moraes[9], Octávio Manfrim Garcia[10], Rafael Elias Ferreira[11]

[1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11] Faculdade IMEPAC de Itumbiara

giovanna.ghirardelli@aluno.imepac.edu.br[1], gabriela.ribeiro@aluno.imepac.edu.br[2] geovana.gomes@aluno.imepac.edu.[br3], maria.hummel@aluno.imepac.edu.br[4], gabriela.araujo@aluno.imepac.edu.br[5] , regia.queiroz@aluno.imepac.edu.br[6], humberto.filho@aluno.imepac.edu.br[7], jose.athayde@aluno.imepac.edu.br[8], isabela.moraes@aluno.imped.edu.br[9] , octavio.garcia@aluno.imepac.edu.br[10] , dr.raphael.elias.go@gmail.com[11]

Área de trabalho: Educação em saúde e práticas de cuidado

Palavras-chave: mastite, mastite granulomatosa, câncer de mama.

Introdução

Nos anos 2000, houve cerca de 2,5 milhões de casos de tuberculose pulmonar notificados no mundo todo, com predominância na África, Ásia e América do Sul. (DATASUS, 2008). A sua forma grave, como a extrapulmonar pode ser prevenida a partir da vacina prevista no calendário de vacina do PNI da criança, a BCG desde de 1977. (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2003).

A tuberculose extrapulmonar é uma manifestação clínica da infecção pela mycobacterium tuberculosis. O envolvimento cutâneo mostra-se presente em apenas 2% dos casos, e na mama considerado como raro com chance <0,1%, sendo mais rara em homens. (NARDELL, 2022).

Apesar de existir profilaxia primária ainda são descritos casos, os quais apresentam como uma massa de característica periférica solitária, com abcessos ou

ulcerações sobre a pele adjacente. No exame físico, pode encontrar-se aspecto tipo eau d`Orange, retração no seio e adenopatia axilar (SILVA et.al, 2001).

Para fins diagnósticos a investigação inicial conta com a ultrassonografia de mama, por meio dela pode-se fazer uma biopsia por agulha grossa da massa visualizado no exame de imagem. Na mamografia, é comum achados sugestivos de malignidade. Não deverá deixar de descartar possíveis diagnósticos diferenciais como câncer de mama, tuberculose, histoplasmose, granulomatose de poliangilite e doenças autoimunes.

Epidemiologia: acomete mulheres em idade fértil com história de gestação e aleitamento. O objetivo deste relato é apresentar um caso de etiologia rara de acompanhamento ambulatorial, visando melhoria nas condições de tratamento e qualidade de vida para os pacientes.

Relato de Caso

Trata-se de um trabalho descritivo, qualitativo, do tipo relato de caso, o qual foi desenvolvido a partir do atendimento dos dias 09/03/2023 e 21/03/2023 pelos estudantes de medicina do 10º período do internato médico sob preceptoria do Dr. Raphael Elias no ambulatório de mastologia da cidade de Itumbiara-GO.

D.A.V, sexo feminino, 46 anos, branca, casada, manicure, com queixa de ‘’dor na mama’’ há 1 ano. A paciente referiu mastalgia e "empedramento" da mama direita de característica não progressiva há 1 ano, com piora nos últimos 35 dias. A dor foi caracterizada em escala de 8/10, sendo 0 indolor e 10 incapacitante, nega irradiação para outros locais. Negou febre sistêmica e trauma local. Relatou a presença de sinais flogísticos, como calor, rubor e edema, refratários ao uso de antibiótico (Amoxicilina VO- 500 mg 2 vezes ao dia por 30 dias) e estava em uso de prednisolona 20mg, 1 vez ao dia, há 10 meses, a qual foi receitada por um médico em outro serviço.

Nos antecedentes pessoais e ginecológicos referiu menarca aos 11 anos, sexarca aos 16 anos, paridade G2PN2A, lactação por 3 anos. Dentre os hábitos de vida, negou tabagismo e etilismo. Ausência de histórico familiar de câncer ginecológico (mama e útero). Negou comorbidades.

Ectoscopia: Bom estado geral, orientada em tempo e espaço, fácies atípicas, marcha atípica, acianótica, anictérica, corada, hidratada, boa perfusão periférica com tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, ausência de linfonodomegalias em região cervical. Exame físico das mamas: Estático: mamas assimétricas (direita maior que a esquerda), volumosas, ptóticas, mamilos invertidos, presença de retração, aspecto de pele casca de laranja em mama direita e hiperemia em quadrante inferior direito. Não apresenta secreção areolar espontânea. Dinâmico: presença de retrações

de mama direita. Palpação: presença de endurecimento de mama direita, palpação de linfonodos nas regiões axilares, supraclavicular e infraclavicular sem alterações.

Paciente comparece a consulta médica com retorno resultado da mamografia e exame histopatológico (feito na data 16/03/2023).

Mamografia: assimetria global da mama direita, associada ao espessamento da pele e linfonodos axilares direitos de 1,5cm. Compatível com BIRADS-5.

Histopatológico de mama direita: quadro histológico compatível com processo inflamatório crônico granulomatoso com células gigantes multinucleadas, formação de tecido de granulação e focos de microabcesso. A pesquisa para BAAR com coloração especial (Fite- Faraco) resultou positiva para a possibilidade de tuberculose mamária.

Com base na histórica clínica e nos resultados dos exames de imagem, foi levantado hipóteses diagnósticas: mastite granulomatosa por tuberculose e mastite granulomatosa idiopática.

A conduta final foi solicitar exames laboratoriais (hemograma, TGO/TPG, ureia e creatinina) e tratamento adequado para tuberculose pulmonar. Diante dos resultados dos exames pediu-se para marcar consulta de retorno após 1 mês com resultados de exames laboratoriais e acompanhamento clínico da doença.

O tratamento de escolha para tuberculose consiste no uso da medicação correta por um período de 6 meses, sendo a Rifampicina 150mg, Isoniazida 75mg, Pirazinamina 400mg, Etambutol 275mg (RIPE) a serem utilizadas por 2 meses, e em sequência, após esse período, administrar a Rifampicina 300mg e Isoniazida 150mg (RI), por um período de 4 meses.

Considerações Finais

Por meio de trabalhos como este, pode-se perceber o quão difícil é pensar no diagnóstico de tuberculose em uma paciente que não apresentou sintomas respiratórios, e estava em consulta em um ambulatório de mastologia. Assim, com esse estudo é possível fazer uma somativa de trabalhos elencados de como manejar uma paciente com essa doença de cunho raro. Para que, outros profissionais possam ter como hipótese diagnóstico e manejo adequado do tratamento, contribuindo para as demais pacientes futuras.

Agradecimentos

Agradecimento especial ao preceptor do internato do 10 período Dr. Raphael Elias, que graças a ele, podemos ter manejo com pacientes desse nível.

Referências Bibliográfica

1.BRASIL. Ministério da Saúde. **SI-PNI** (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações). c2010.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** (Departamento de Informática do SUS). c2008.

3. NARDELL, E. A. Tuberculose extrapulmonar (TB). **MANUAL MSD**. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/micobact%C3%A9rias/tuberculose-extrapulmonar-tb> Acesso em: 30 de maio de 2023

4. BARROS, A. C. S. D. et al. Mastologia: condutas. 1ª ed. Rio de Janeiro: **Revinter**; 1999. Tuberculose mamária; p.62-5.

5. MENDES, W. S. et al. Tuberculose mamária: relato de caso e revisão de literatura. **Rev Hosp Clín Fac Med**. São Paulo. 1996; 51:136-7.

6. MAKANJUOLA, D. et al. Mammographic features of breast tuberculosis: the skin bulge and sinus tract sign. **Clin Radiol**. 1996; 51:354-8.

7. WONG CHEN, F. J. et al. Tuberculosis mamária: presentación de un caso y revisión de la literatura. **Ginecol Obstet Méx**. 1997; 65:92-5.