

CASO CLÍNICO

Tuberculosis genital-peritoneal, la simuladora de cáncer de ovario. Reporte de un caso



Mercedes del Pilar Álvarez-Goris^{a,*}, Francisco Javier Ochoa Carrillo^b,
Ricardo Sánchez Zamora^a, Ángel Augusto Pérez-Calatayud^c,
Angélica Ariadna Torres Aguilar^a y Jesús Carlos Briones Garduño^{d,e}

^a Ginecología y Obstetricia/Alta especialidad en Medicina Crítica en Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, D. F., México

^b Instituto Nacional de Cancerología de México, México, D. F., México

^c Grupo Mexicano para el Estudio de la Medicina Intensiva, Unidad de Terapia Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur, México, D. F., México

^d Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Especialidad de Medicina Crítica en Obstetricia EAEM y UNAM, México, D. F., México

^e Unidad de Terapia Intensiva de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, D. F., México

Recibido el 18 de agosto de 2015; aceptado el 5 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 7 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis
peritoneal;
Tuberculosis genital;
Neoplasia ovárica

KEYWORDS

Peritoneal
tuberculosis;
Genital tuberculosis;
Ovarian neoplasm

Resumen Presentamos el caso de una paciente de 29 años de edad con fuerte sospecha de cáncer ovárico con enfermedad pélvica inflamatoria, a la cual se le practicó una laparotomía y cuyas biopsias finales diagnosticaron tuberculosis peritoneal. La clínica era inespecífica: fiebre nocturna, síndrome constitucional y CA-125 elevado. Las masas pélvicas en el ultrasonido pueden ser comunes en ambas enfermedades, los cultivos pueden ser negativos y no son necesarios para el diagnóstico, el cual puede realizarse con las biopsias peritoneales, a fin de iniciar el tratamiento específico para el buen pronóstico de la evolución clínica.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Genital-peritoneal tuberculosis, the great mimic in ovarian cancer. A case report

Abstract The case is reported of a 29 year-old patient with a strong suspicion of ovarian cancer with pelvic inflammatory disease. A laparotomy was performed, with the final diagnosis of the biopsies being consistent with peritoneal tuberculosis. There were non-specific clinical data, such as night fever, constitutional syndrome, and elevated CA-125. Ultrasound pelvic

* Autor para correspondencia: Eje 2A Sur (Dr. Balmis) 148, Col. Doctores, C. P. 06726, México, D. F., México. Tel.: +5544584640, ext. 1612. Correo electrónico: goris14@hotmail.com (M.P. Álvarez-Goris).

masses may be common in both conditions. Cultures can be negative, and are not necessary for diagnosis, which can be performed with peritoneal biopsies, in order that specific therapy can be started to achieve a good prognosis of clinical outcome.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La tuberculosis es la gran simuladora y la manifestación genital es una entidad rara con una prevalencia del 1.8%¹, aunque este porcentaje puede variar debido a que es directamente proporcional a la incidencia de tuberculosis pulmonar en el área. La tuberculosis genital es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, el cual actualmente sigue siendo un problema de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo². En las mujeres, la tuberculosis genital se presenta con alteraciones del ciclo menstrual, amenorrea, esterilidad o metrorragia posmenopáusia, y el diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos al estudiar causas de esterilidad³. Sin embargo, en ocasiones excepcionales, en pacientes con manifestaciones peritoneales puede presentarse simulando un cáncer de ovario, con presencia de masas abdominales, ascitis, elevación del marcador oncogénico indirecto CA-125, derrame pleural, anorexia y pérdida de peso³⁻⁶. La tuberculosis peritoneal corresponde a entre el 1 y el 3% de todas las localizaciones de la tuberculosis^{4,7,8} y es producida por el crecimiento del bacilo de Koch en la cavidad peritoneal⁸, por diseminación hematogena, rotura de un nódulo linfático contaminado o por diseminación directa de un absceso en la trompa de Falopio o en el intestino⁸.

El abordaje clínico de una mujer con una masa aneal con marcadores positivos es un problema habitual en la práctica ginecológica, motivo por el cual resulta necesario conocer los diagnósticos diferenciales que comparten la sintomatología del carcinoma ovárico, entre los que se encuentra la tuberculosis genital con afectación peritoneal⁹.

El propósito del presente trabajo consiste en mostrar un caso de tuberculosis simulando cáncer de ovario, ya que la presentación de la forma genital con síntomas sistémicos es excepcional, pero cuando se agrega el componente peritoneal, la sintomatología suele ser altamente indicativa de un proceso neoplásico, motivo por el cual es necesario tener en cuenta este diagnóstico diferencial.

Presentación del caso

Se trata de una mujer de 29 años de edad que ingresó en el Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de fiebre de predominio nocturno y masa abdominal en estudio. La paciente refería síntomas de astenia y adinamia, con disminución abrupta de peso (12 kg en 3 meses), amenorrea de 4 meses de evolución y dolor abdominal sordo con intensidad 3/10. En la exploración física presentaba

abdomen distendido con hepatomegalia, doloroso a la palpación superficial y profunda, ascitis, mal estado general, taquicardia y taquipnea, síndrome constitucional, tacto vaginal con dolor a la movilización de cérvix y saco de Douglas abombado. Se inició un protocolo de estudio con pruebas de laboratorio y gabinete. La biometría hemática reveló anemia normocítica, sin leucocitosis; los cultivos de sangre, orina, secreción bronquial, cervical y líquido cefalorraquídeo no mostraron desarrollos. Los niveles de PCR se encontraron elevados (171 mg/l), en tanto que los marcadores tumorales mostraron un valor de CA-125 de 463.40 U/ml (rango normal: 0-35 U/ml), y el resto, sin alteración: alfafetoproteína 3.79 ng/ml, antígeno CA 19-9: 8.80 U/ml, antígeno carcinoembrionario 1.34 U/ml, fracción beta de HGC 0.620 mU/nl. Asimismo, se encontró sangre oculta en heces positiva. En los estudios de imagen se reportó ultrasonido y TAC con datos de hepatomegalia, ascitis, derrame pleural bilateral de predominio izquierdo, con líquido libre abdominal subdiafragmático en corredera derecha, interasa y en los espacios periuterinos; el líquido peritoneal mostraba septos fibrinoides irregulares, y el útero, dimensiones conservadas. El miometrio se encontró difusamente heterogéneo, y el endometrio central, con presencia de dispositivo intrauterino (figs. 1-3). Se observaron imágenes de aspecto tubular irregulares de borde ecogénico con contenido de apariencia semilíquida y de aspecto

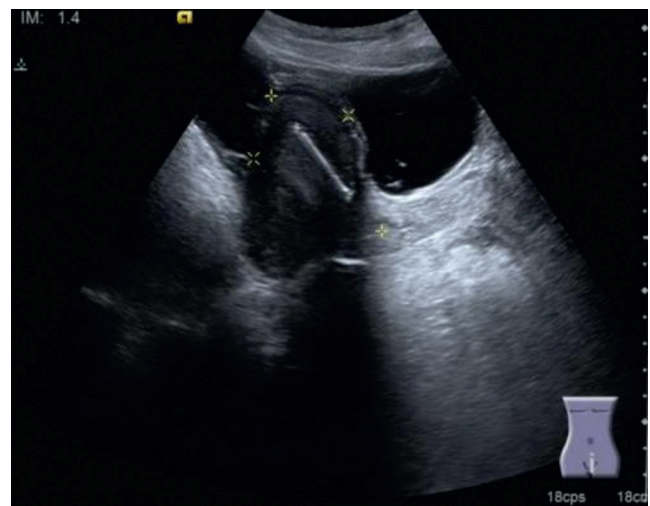


Figura 1 Corte sagital en el que se observa útero con miometrio difusamente heterogéneo y el endometrio central con presencia de dispositivo intrauterino.

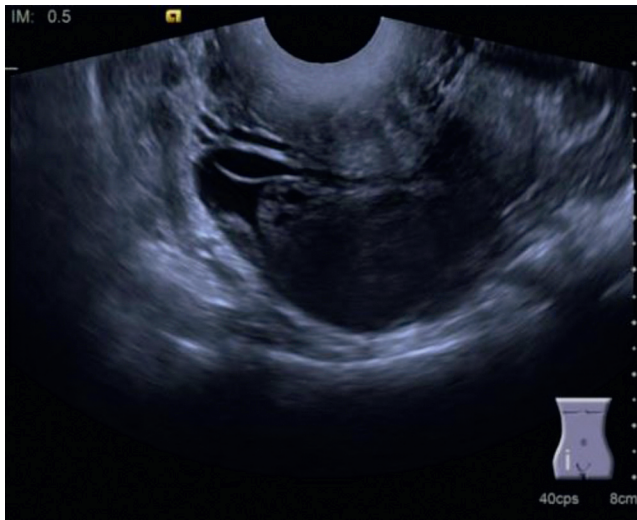


Figura 2 Líquido libre.

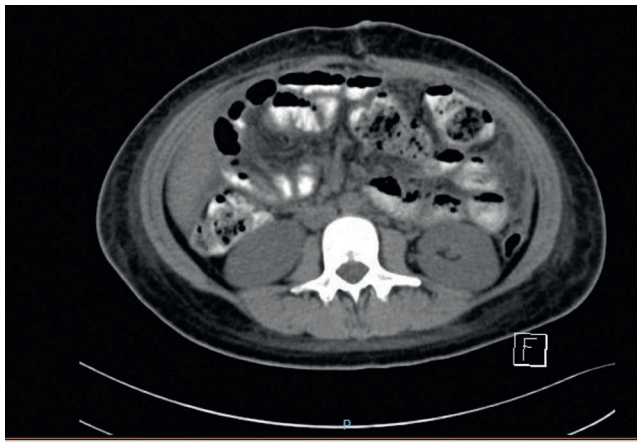


Figura 3 Tomografía axial computarizada.

morfológico complejo compatibles con proceso inflamatorio pélvico crónico, con adherencias perianexiales y periuterinas. Los hallazgos descritos en situación de anexos asociados al líquido libre peritoneal y el derrame pleural bilateral evidenciaron síndrome de Meigs, considerando como primera posibilidad diagnóstica tumores del cordón sexual-estromal (a considerar carcinomatosis peritoneal) o epitelial. Ante estos hallazgos, la paciente fue enviada al Servicio de Ginecología, donde se le retiró el dispositivo intrauterino con salida de abundante material purulento y fétido. Ante la sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria se le practicó una laparotomía con incisión media, encontrando pelvis congelada con presencia de siembra miliar, con pérdida de los planos quirúrgicos e imposibilidad de visualizar el útero y los anexos. Se obtuvieron biopsias de la pared abdominal, la corredera derecha y la corredera izquierda por parte del Servicio de Oncología, y se concluyó el procedimiento quirúrgico. La paciente fue egresada al Servicio de Medicina Crítica Obstétrica con datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, de modo que se instauró un tratamiento con meropenem, fluconazol y doxiciclina. El informe histopatológico definitivo reportó inflamación crónica granulomatosa en pared abdominal y correderas derecha e

izquierda, integrándose el diagnóstico de tuberculosis peritoneal. Se inició un tratamiento antifímico, con adecuada evolución de la paciente, quien fue egresada al Servicio de Terapia de Infección para continuar tratamiento. La paciente presentó una evolución tórpida en las semanas posteriores y desarrolló choque séptico a pesar del tratamiento, que concluyó con su deceso.

Discusión

A pesar de las campañas de erradicación de la OMS, la tuberculosis se sigue considerando un grave problema de salud pública en zonas en desarrollo^{1,2}. Dicho padecimiento presenta una sintomatología clínica indefinible, de modo que se requiere de un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico de rutina^{6,9} y puede ser fácilmente confundida con enfermedad pélvica inflamatoria o cáncer de ovario^{2-6,9}. Se han descrito múltiples casos de pacientes con ascitis, masas pélvicas, niveles elevados de CA-125, implantes peritoneales, afectación mesentérica y paracentesis sin células malignas sin poder demostrar la presencia de micobacterias preoperatoriamente, de modo que son intervenidos bajo la sospecha de carcinoma de ovario avanzado, diagnosticándose tuberculosis genital en la laparotomía^{3,5,9}. Cuando se encuentra una paciente con CA-125 elevado y signos y síntomas indicativos es imperativo considerar como diagnóstico diferencial el cáncer de ovario⁹ y poner en práctica el protocolo de estudio completo, tal y como se hizo en el presente caso. Solo el 30% de las pacientes con tuberculosis pélvico-genital refiere antecedentes de enfermedad y solo el 27% presenta Mantoux positivo (el cual tiene una sensibilidad superior al 55%)⁶. El cultivo positivo de *Mycobacterium tuberculosis* puede variar de un 20 a un 80%, y el cultivo del líquido ascítico tiene muy baja sensibilidad: el 33% de los casos es positivo y el 68% solo cuando se busca intencionadamente^{6,10}. El diagnóstico preciso se obtiene por medio de las biopsias peritoneales obtenidas en cirugía, en las cuales se pueden observar las lesiones granulomatosas tuberculoideas^{5,6}. Dado que el pronóstico de la tuberculosis es bueno con una adecuada terapia tuberculostática y que la clínica y los estudios no difieren drásticamente entre las 2 enfermedades, es conveniente obtener biopsias peritoneales para el diagnóstico histopatológico temprano y la pronta instauración de una terapéutica que mejorará el desenlace final. Asimismo, se debe tener en mente que la posibilidad de que se trata de un cáncer de ovario y la dificultad del diagnóstico diferencial harán inevitable la práctica de laparotomías en algunas ocasiones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Botha MH, van der Merwe FH. Female genital tuberculosis. S Afr Fam Pract. 2008;50:12-6.

2. Liu Q, Zhang Q, Guan Q, et al. Abdominopelvic tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer and pelvic inflammatory disease: A series of 28 female cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289:623–9.
3. Ocón Hernández O, Garrido Sánchez MC, García-García MJ, et al. Tuberculosis genital. Diagnóstico diferencial con cáncer de ovario. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2012;39:121–4.
4. Liu Q, Zhang Q, Guan Q, et al. Abdominopelvic tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer and pelvic inflammatory disease: A series of 28 female cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289:623–9.
5. Koc S, Beydilli G, Tulunay G, et al. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: A retrospective review of 22 cases. *Gynecol Oncol.* 2006;103:565–9.
6. Márquez MF, Rodríguez-Fernández MJ, Fernández-Sánchez M, et al. Tuberculosis peritoneal frente a cáncer de ovario: claves para un diagnóstico diferencial difícil. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:38–41.
7. Guirat A, Koubaa M, Mzali R, et al. Peritoneal tuberculosis La tuberculose péritonéale. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2011;35:60–9.
8. Tortorelli AP, Rosa F, Papa V, et al. Peritoneal tuberculosis. *Surgery.* 2012;151:488–9.
9. Mannella P, Genazzani AR, Simoncini T, et al. Pelvic tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:143–4.
10. Suarez E, Sala E, Gil-Moreno A, et al. Tuberculosis genital: una enfermedad que reaparece. *Ginecol Obstet Clin.* 2004;5:227–34.