



P-494 - ASCITIS DE CAUSA BENIGNA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Moreno Arciniegas, Alejandra; Mohamed Al Lal, Yusef; Landra Dulanto, José Piero; Fernández Fernández, José Manuel; El Malaki Hossain, Lofti Yalal; Sánchez Sánchez, Ana María; Rojas de la Serna, Gabriela; Dulanto Vargas, Marcia Magally

Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.

Resumen

Introducción: La tuberculosis peritoneal (TP) es una forma infrecuente de tuberculosis (TB), con una incidencia en España del 0,1-0,7% de todos los casos de TB y en torno al 11% de las formas extrapulmonares. No obstante, es la forma más frecuente de TB abdominal (50%). A continuación, presentamos un caso de ascitis en estudio con diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal.

Caso clínico: Paciente femenino de 33 años sin antecedentes de interés, historia de cólicos biliares a repetición. Presenta clínica de 2 meses de evolución de síntomas constitucionales, pérdida de peso, astenia, aumento del perímetro abdominal y episodios de estreñimiento alternados con diarreas. En estudio por Medicina interna por ascitis en donde se realizan pruebas complementarias como analítica con reactantes de fase aguda elevados, con Ca 125 elevado, TAC abdominopélvico que objetiva ascitis e infiltración peritoneal sugestivo de carcinomatosis peritoneal, valoración ginecológica sin alteraciones, bioquímica de paracentesis diagnóstica con glucosa y linfocitos elevados, gradiente de albúmina < 1,1, proteínas elevadas y ADA > 32. Gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos destacables. Se comenta en comité multidisciplinar y se decide laparoscopia exploradora en la que se objetivan nódulos que impresionan implantes peritoneales de aspecto miliar en todos los compartimientos abdominales e interosas con algunos nódulos mayor des de 2 cm en superficie hepática a nivel del segmento IV hepático y en peritoneo parietal en hipocondrio derecho (fig.), imagen macroscópica sugestiva de carcinomatosis peritoneal. Se toma muestra cultivo y PCR de tuberculosis siendo negativas y biopsia de nódulo peritoneal para estudio anatomopatológico, adicionalmente se realiza colecistectomía en mismo acto quirúrgico. El resultado de biopsia muestra inflamación granulomatosa necrotizante, sin objetivar malignidad y pieza quirúrgica que objetiva colecistitis crónica con presencia de granulomas en serosa. Paciente cursa posoperatorio sin incidencias. En vista de ausencia de malignidad se realizan pruebas de Mantoux y Quantiferon que dan positivas. Se toman muestras nuevamente por laparoscopia el peritoneo para cultivo y PCR de tuberculosis siendo negativas con bioquímica de líquido ascítico con ADA > 45 por lo que se decide terapia antituberculosa de forma empírica con diagnóstico de TP a pesar de la no confirmación microbiológica. La paciente se realiza seguimiento por medicina interna con resolución de sintomatología con el tratamiento antituberculoso a 7 meses de seguimiento con normalización del CA 125 y reactantes de fase aguda.



Discusión: El diagnóstico de TP es un reto debido a que tanto los cultivos como la tinción de micobacterias del líquido ascítico tienen una sensibilidad baja de un 3% y 20% respectivamente. El cultivo de micobacterias de una biopsia peritoneal es el *gold standard* diagnóstico, junto con la biopsia y la laparoscopia llega a alcanzar una sensibilidad mayor al 90%. El Ca 125 es un marcador tumoral inespecífico que también puede estar alterado en procesos inflamatorios, sin embargo, se ha observado su utilidad para el seguimiento en pacientes con esta patología durante el tratamiento antituberculoso. Se debe considerar su diagnóstico en pacientes con ascitis, con gradiente de albúmina bajo y Ca 125 elevado como diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal sin foco tumoral confirmado.