

38 F. Márquez Maraver
M.J. Rodríguez Fernández
M. Fernández Sánchez
J.L. Dueñas Díez
M. La Calle Marcos
E. Olivares Ruiz

Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Correspondencia:

Dr. F. Márquez Maraver.
Avda. Italia, Residencial 1, Casa 4.
41012 Sevilla. España.
Correo electrónico: fmarquezma@sego.es

Fecha de recepción: 22/3/02

Aceptado para su publicación: 4/7/02

Tuberculosis peritoneal frente a cáncer de ovario: claves para un diagnóstico diferencial difícil

Tuberculous peritonitis or ovarian cancer: keys to a difficult differential diagnosis

F. Márquez Maraver, M.J. Rodríguez Fernández, M. Fernández
Sánchez, J.L. Dueñas Díez, M. La Calle Marcos, E. Olivares Ruiz.
*Tuberculosis peritoneal frente a cáncer de ovario: claves para un
diagnóstico diferencial difícil.*

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 41 años de edad y nacionalidad ecuatoriana, en la que se practica una anexectomía bilateral por alta sospecha diagnóstica de carcinoma de ovario, y cuyas lesiones son diagnosticadas finalmente de tuberculosis peritoneal. Las manifestaciones clínicas abdominales inespecíficas, la ascitis, la masa pélvica en ecografía y TC, y la elevación del marcador CA-125 pueden ser comunes en ambas entidades patológicas en muchas ocasiones pero, dados el buen pronóstico de la tuberculosis y la buena respuesta al tratamiento médico, su diagnóstico preoperatorio debería considerarse en pacientes inmunocomprometidas o procedentes de países endémicos.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis peritoneal. Cáncer de ovario. CA-125.

SUMMARY

We report the case of a 41-year-old Ecuadorian woman who underwent bilateral adnexectomy because of strong diagnostic suspicion for ovarian carcinoma, and whose lesions were finally diagnosed as tuberculous peritonitis. Non-specific abdominal clinical manifestations, ascites, pelvic mass in the ultrasound and computerized axial tomography, and raised CA 125 serum levels may often be common to both diseases. However, given the good prognosis of tuberculosis and its favorable response to medical treatment, we should consider the diagnosis before surgery in patients with a deficiency of the immune system or who come from countries where tuberculosis is endemic.

KEY WORDS

Tuberculous peritonitis. Ovarian cancer. CA 125.

INTRODUCCIÓN

El abordaje clínico de una masa pélvica en la mujer es un problema habitual en la práctica ginecológica. Uno de los objetivos fundamentales es intentar diferenciar entre enfermedades malignas y benignas. Una causa frecuente es el carcinoma de ovario, que se diagnostica tardíamente en más del 70% de las ocasiones. Su clínica inespecífica e insidiosa es compartida por gran cantidad de enfermedades de origen digestivo e infeccioso. Entre ellas se encuentra la tuberculosis peritoneal.

CASO CLÍNICO

Una paciente, de 41 años de edad y nacionalidad ecuatoriana, fue derivada de urgencia a nuestro servicio de ginecología por presentar fiebre vespertina de 2 meses de evolución asociada a escalofríos, sudación, pérdida de 6 kg de peso y molestias abdominales inespecíficas. Entre sus antecedentes personales destacan: 6 gestaciones con 4 partos eutócicos y 2 abortos con sendos legrados evacuadores, menarquia a los 16 años, ciclos menstruales regulares, sin patología médica o quirúrgica de interés.

En el momento de su hospitalización presentaba astenia intensa, anorexia, estreñimiento, aumento del perímetro abdominal, tos no productiva y disnea en decúbito. En la exploración destacaba una disminución del murmullo vesicular en los campos pulmonares inferiores derechos junto a matidez a la percusión, compatible con un derrame pleural derecho, y abdomen globuloso, blando, con matidez a la percusión de los flancos y signo de la oleada ascítica positivo. De las pruebas complementarias practicadas destacaban una importante elevación del CA-125 (568,8 U/ml) y moderada del CA-15.3 (34,3 U/ml), una anemia microcítica hipocrómica y un incremento de la velocidad de sedimentación globular (55 mm en la primera hora). La prueba de reacción dérmica a la tuberculina (test de Mantoux) originó una induración de 7 mm de diámetro. Se realizaron de forma seriada hemocultivos, cultivos de esputo y de orina, incluyendo tinción de Gram y de Ziehl-Nielsen, que resultaron todos negativos. Se practicó una toracocentesis y un estudio citológico y microbiológico del líquido pleural, con resultado negativo para células neoplásicas o microorganismos y con ti-

tulación de adenosindeaminasa (ADA) normal, mientras que la biopsia pleural informó de "pleuritis crónica granulomatosa de tipo tuberculoide", por lo que se decidió instaurar un tratamiento tuberculostático a base de rifampicina 600 mg, isoniacida 250 mg, pirazinamida 1,5 g y etambutol 1,5 g diarios. En el estudio del líquido ascítico mediante paracentesis abdominal se detectaron células atípicas sugestivas de malignidad y ADA elevado (33,3 U/l).

Las técnicas de imagen realizadas (ecografía abdominal y transvaginal, y TC toraco-abdomino-pélvica) informaron de la existencia de un derrame pleural derecho, abundante líquido ascítico y formaciones sonoluscentes bien definidas y tabicadas, sin papilas, en ambas regiones anexiales, junto con pequeños nódulos mesentéricos por debajo de los músculos psoas y de los vasos ilíacos, compatibles con adenopatías mesentéricas. Ante la sospecha de una enfermedad anexial maligna, se decidió practicar una laparotomía exploradora. En la misma se observaron múltiples adherencias laxas que englobaban una amplia región del intestino y del epiplón, junto al fondo uterino y la pared abdominal, así como un tumor bilateral anexial friable y una siembra miliar en toda la superficie peritoneal, las asas intestinales, el fondo uterino y ambos anejos. Tras practicar una anexectomía bilateral, se solicitó una biopsia intraoperatoria que informó de la presencia de una tuberculosis miliar peritoneal. Finalmente, decidimos practicar una histerectomía total, dada la edad de la paciente y su deseo genésico cumplido.

El postoperatorio cursó sin incidencias, y la paciente fue dada de alta 7 días después de la intervención, con un buen estado general y la indicación de continuar el tratamiento tuberculostático.

DISCUSIÓN

Confundir una tuberculosis anexial con un carcinoma de ovario no es infrecuente^{1,2}. La razón estriba en la similitud de su clínica, y de los hallazgos ecográficos, radiológicos y analíticos. Por otra parte, en nuestro medio, la tuberculosis anexial tiene una prevalencia muy baja que la convierte en casi excepcional. Sin embargo, la proponemos como un diagnóstico más a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa pélvica con criterios de malignidad en una paciente procedente de países en-

40 dérmicos o inmunodeprimidas, especialmente VIH+. De hecho, al inicio de los noventa, la OMS declaró una emergencia global a la tuberculosis por su resurgimiento en los países no industrializados³.

Para el diagnóstico preoperatorio de una tuberculosis peritoneal (TP) es de escasa utilidad la clínica, porque es inespecífica. Tanto la TP como el carcinoma de ovario pueden presentarse con anorexia, pérdida de peso, distensión abdominal, masa pélvica, oleada ascítica, febrícula o fiebre, estreñimiento y dispepsia⁴. Sólo el 30% de las pacientes con tuberculosis peritoneal refieren antecedentes de enfermedad tuberculosa, y sólo el 27% presentan un test cutáneo positivo. El cultivo del líquido ascítico es positivo para el bacilo de la tuberculosis en el 33% de los casos (68% de positividad cuando se cultiva el tejido afectado directamente). Tampoco los hallazgos ecográficos nos orientan. Wang⁵ propone el uso del Doppler color para el diagnóstico diferencial. En el carcinoma de ovario se observa una gran cantidad de neovascularización con poca resistencia vascular; por el contrario, en las masas tuberculosas la resistencia vascular está aumentada (índice de resistencia > 0,80). Por su parte, Caspi⁶ propone la biopsia ecoguiada con *trucut*.

La TC, en el 80% de las tuberculosis peritoneales, detecta ascitis, masas pélvicas y/o peritoneales y adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Estos hallazgos son los mismos que pueden observarse en el carcinoma de ovario⁷. Ha et al⁸ han calculado que la TC presenta una sensibilidad para la tuberculosis y el carcinoma de ovario del 69 y el 91%, respectivamente. Los mismos autores observaron que los nódulos mesentéricos mayores de 5 mm, la esplenomegalia y la presencia de calcificaciones esplénicas eran más sugerentes de tuberculosis, mientras que la irregularidad en el infiltrado del epiplón es más habitual en el carcinoma de ovario.

Entre las pruebas de laboratorio útiles para el diagnóstico diferencial del carcinoma de ovario se halla la medición en suero^{9,10} del marcador CA-125. En más del 80% de los carcinomas de ovario se encuentra elevado, aunque en mujeres jóvenes es inespecífico. Se le ha adjudicado una especificidad del 94% y una sensibilidad del 78% para diferenciar las masas malignas de las benignas, aunque puede encontrarse elevado en múltiples enfermedades benignas, como la endometriosis, la hepatitis, la pancreatitis y la neumonía, e incluso durante el embarazo y la menstruación.

En la serie de Eltabbakh¹¹, de 313 pacientes con CA-125 > 65 U/ml, en el 13% se diagnosticaron posteriormente enfermedades benignas. Este marcador está muy elevado en el 100% de las tuberculosis peritoneales, con cifras medias¹² de 316,6 U/ml, aunque puede llegar a 1.500 U/ml. En nuestro caso los valores plasmáticos fueron de 568,8 U/ml. El CA-125 es especialmente útil para el seguimiento de la respuesta al tratamiento tuberculostático, existiendo una buena correlación entre la normalización de sus cifras y la eficacia terapéutica¹³. En cualquier caso, no es de utilidad para el diagnóstico diferencial preoperatorio.

En el estudio del líquido ascítico se observan baciloscopias negativas en un 70% de los casos de tuberculosis^{1,4}. En nuestro caso, se informó de la existencia de células atípicas sugestivas de malignidad en el líquido ascítico, lo que contribuyó a apoyar aún más el diagnóstico preoperatorio de carcinoma de ovario. En la bibliografía se describe una elevación de la adenosindeaminasa (ADA) en el líquido ascítico por encima de 30 U/ml en pacientes con tuberculosis peritoneal¹⁴. En nuestra paciente también se constató esta elevación (33,3 U/ml).

Con todo, es la laparotomía la que descubre las lesiones granulomatosas, que en corte por congelación se diagnostican como granulomas tuberculoideos. El bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR), que no es esencial determinar para el diagnóstico, sólo se consigue cultivar en el 68% de los tejidos^{15,16}.

Nafe et al¹⁷ y Apaydin et al¹⁸ han propuesto el empleo de la laparoscopia para demostrar los granulomas tuberculoideos, que demuestra ser un método diagnóstico preciso y sin aumento de la morbilidad en comparación con la laparotomía. Sin embargo, es muy difícil decidir no practicar una laparotomía con datos clínicos, analíticos y ecográficos altamente sugerentes de carcinoma de ovario, dada la poca incidencia de la tuberculosis peritoneal, en especial en nuestro medio.

Finalmente, teniendo en cuenta que el pronóstico de la tuberculosis peritoneal es bueno con una adecuada terapia tuberculostática, debemos considerar su diagnóstico preoperatorio en mujeres con clínica inespecífica abdominal, masa pélvica en ecografía y TC, y elevación del marcador CA-125, sobre todo si proceden de países endémicos o se hallan inmunocomprometidas, a fin de evitar en algunos casos una laparotomía innecesaria aunque, en muchos otros, el miedo al cáncer de ovario y la dificultad del diagnóstico diferencial la hará inevitable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mizutani H, Horiba M, Sindo J, Kimura T, Son M, Wakahara K. A case of tuberculous peritonitis diagnosed by a direct smear of ascitic fluid complicated with an active pulmonary tuberculosis and intestinal tuberculosis. *Kekkaku* 2001;76:479-84.
2. Geisler JP, Crook DE, Geisler HE, Cudahay TJ, Fraiz J, Bunce CP, et al. The great imitator: miliary peritoneal tuberculosis mimicking stage III ovarian carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000;21:115-6.
3. Panoskaltis TA, Moore DA, Haidopoulos SA, McIndoe AG. Tuberculous peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:740-2.
4. Muneef MA, Memish Z, Mahmoud SA, Sadoon SA, Bannatyne R, Khan Y. Tuberculosis in the belly: a review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. *Scand J Gastroenterol* 2001;36:528-32.
5. Wang PH, Yuan CC, Yu KJ, Lee RC, Linn JJ, Hung JH, et al. High resistance index of Doppler ultrasound in tuberculous peritonitis presenting as abdominal carcinomatosis: report of two cases. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih* 1998;61:175-9.
6. Caspi B, Wolach V, Von der Walde J, Weiss Y, Appelman Z, Hagay Z. Diagnosis of abdominal tuberculosis by transabdominal ultrasound-guided needle biopsy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:569-70.
7. Zissin R, Gayer G, Chowers M, Shapiro-Feinberg M, Kots E, Hertz M. Computerized tomography findings of abdominal tuberculosis: report of 19 cases. *Isr Med Assoc J* 2001;3:414-8.
8. Ha HK, Jung JI, Lee MS, Choi BG, Lee MG, Kim YH, et al. CT differentiation of tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. *Am J Roentgenol* 1996;167:743-8.
9. De Dios A, Perona M, García Martínez A, Estruch R. Peritoneal tuberculosis and the concentrations of CA-125 antigen in plasma. *Med Clin (Barc)* 1999;113:679.
10. Manidakis LG, Angelakis E, Sifakis S, Stefanaki P, Kalogeraki A, Manidakis A, et al. Genital tuberculosis can present as disseminated ovarian carcinoma with ascites and raised CA-125: a case report. *Gynecol Obstet Invest* 2001;51:277-9.
11. Eltabbakh GH, Belinson JL, Kennedy AW, Gupta M, Webster K, Blumenson LE. Serum CA-125 measurements > 65 U/ml: clinical value. *J Reprod Med* 1997;42:617-24.
12. Simsek H, Savas MC, Kadayifci A, Tatar G. Elevated serum CA-125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1174-6.
13. Mas MR, Comert B, Saglamkaya U, Yamanel I, Kuzhan O, Ateskan U, et al. CA-125: a new marker for diagnosis and follow-up of patients with tuberculous peritonitis. *Dig Liver Dis* 2000;32:595-7.
14. Burgess LJ, Swanepoel CG, Taljaard JJ. The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for peritoneal tuberculosis. *Tuberculosis* 2001;81:243-8.
15. Penna L, Manyonda Y, Amias A. Intra-abdominal miliary tuberculosis presenting as disseminated ovarian carcinoma with ascites and raised CA-125. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:1051-3.
16. Nistal de Paz F, Herrero Fernández B, Pérez Simón R, Fernández Pérez E, Nistal de Paz C, Ortoll Battle P, et al. Pelvic-peritoneal tuberculosis simulating ovarian carcinoma: report of three cases with elevation of the CA-125. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1660-1.
17. Nafeh MA, Medhat A, Abdul-Hameed AG, Ahmad YA, Rashwan NM and Strickland GT. Tuberculous peritonitis in Egypt: the value of laparoscopy in diagnosis. *Am J Trop Med Hyg* 1992;47:470-7.
18. Apaydin B, Paksoy M, Bilir M, Zengin K, Saribeyoglu K, Taskin M. Value of diagnostic laparoscopy in tuberculous peritonitis. *Eur J Surg* 1999;165:158-63.