

Nadia Ibrahim Díez^a
Javier Alcaide Torres^a
Carlos Martínez Martínez^b
Sergio Luna Ordóñez^b
Mairi Abehsara Bensabat^c

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil. Málaga. España.

^bSección de Oncología Ginecológica. Hospital Materno Infantil. Málaga. España.

^cDepartamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil. Málaga. España.

Correspondencia:

Dra. N. Ibrahim Díez.

Donoso Cortés, 7, 2.^o B. 29002 Málaga. España.

Correo electrónico: nadiaibrahim78@hotmail.com

Fecha de recepción: 2/6/2008.

Aceptado para su publicación: 3/9/2009.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 27 años con ascitis y elevación del Ca 125, que plantea el diagnóstico diferencial entre carcinoma ovárico y tuberculosis peritoneal.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis peritoneal. Ca 125 elevado. Carcinoma ovárico.

ABSTRACT

We present the case of a woman 27 years old with ascites and elevated serum CA 125 that established the differential diagnosis between ovarian carcinoma and peritoneal tuberculosis.

KEY WORDS

Peritoneal tuberculosis. Elevated Ca 125. Ovarian carcinoma.

Tuberculosis abdominal en el diagnóstico diferencial del cáncer de ovario: a propósito de un caso

Abdominal tuberculosis in the differential diagnosis of ovarian cancer: presentation of a case

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por una micobacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) de baja incidencia en nuestro medio, pero con un importante incremento en los últimos años debido al aumento de la inmigración. En la tuberculosis peritoneal la presencia de ascitis y la frecuente elevación del Ca 125 sérico hacen que tenga que considerarse dentro del diagnóstico diferencial del carcinoma ovárico, sobre todo en mujeres inmigrantes procedentes de países con elevada incidencia de tuberculosis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, nuligesta y eumenorreica, que se encontraba en estudio por medicina interna por cuadro de un mes de evolución de dolor abdominal difuso, aumento progresivo del diámetro abdominal y alternancia de períodos diarréicos y de estreñimiento. No presentaba fiebre, aunque sí sudoración nocturna. Destacaba el antecedente de haber realizado varios viajes a Senegal (el

Pruebas analíticas complementarias:

Hemograma:

Hb: 10,7 g/dl; VCM: 62, plaquetas: 461.000; leucocitos: 8.060; VSG: 10; PCR: 25

Bioquímica elemental: glucosa: 78, Na: 141, K: 4,8

Perfil renal: normal

Perfil lipídico: normal

Perfil hepático: normal

Marcadores tumorales: CA 125: 677; CA 19,9: 36,6;

CEA: 0,66

Perfil tiroideo: normal (TSH: 1,93 mcU/ml)

Serologías: VHA, VHB, VHC, rosa de Bengala, toxoplasma, *Helicobacter pylori*, aglutinaciones TABM y VIH negativas

Bioquímica de orina: microalbuminuria (5,3 mg/l)

Cultivo estándar de líquido ascítico: negativo

Análisis de líquido ascítico: glucosa: 90 mg/dl; proteínas 5,90 g/dl; LDH: 169 U/l; colesterol: 83; amilasa: 51 U/l

Figura 1. Pruebas analíticas complementarias. Hb: hemoglobina; VCM: volumen corpuscular medio; VSG: velocidad de sedimentación globular; VHA: virus de la hepatitis A; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

primero hacia 3 años y el último hacia 2 meses) sin recibir profilaxis antiparasitaria.

En la exploración general destacaba la presencia de ascitis moderada (no a tensión) y discreta palidez mucocutánea.

La analítica sanguínea evidenció una anemia leve-moderada (hemoglobina 10,7 g/dl, con volumen corpuscular medio de 62); el resto de los parámetros del hemograma, así como la bioquímica sanguínea y el perfil hepatorenal, fueron normales. Los marcadores tumorales mostraban elevación del Ca 125 (677 U/ml); el Ca 19,9 y el CEA estaban dentro del rango de normalidad.

Las serologías para virus de la hepatitis A, B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, toxoplasma y *Helicobacter pylori* fueron negativas. Se realizó un coprocultivo y sólo se aisló flora saprofita (fig. 1).

Se realizó una paracentesis diagnóstica, que resultó negativa para células neoplásicas.

En la tomografía computarizada (TC) de abdomen los hallazgos radiológicos fueron compatibles con carcinoma ovárico con metástasis peritoneales y en omento. Presentaba importante cantidad de ascitis (figs. 2 y 3).

En la TC de tórax se observaban 5 imágenes nodulares en ambos vértices pulmonares, la mayor era



Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen.

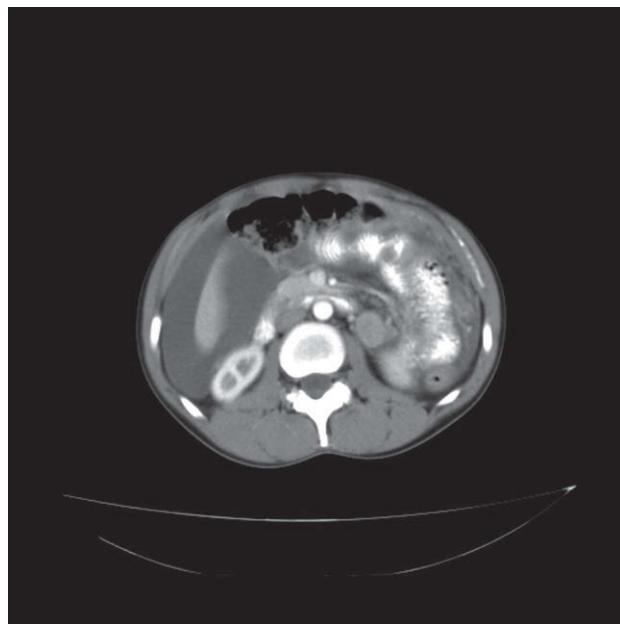


Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen.

de aproximadamente 1 cm y estaba localizada en el lóbulo superior derecho; las imágenes eran compatibles con metástasis pulmonares. Ante estos hallazgos, la paciente fue trasladada a nuestro servicio de

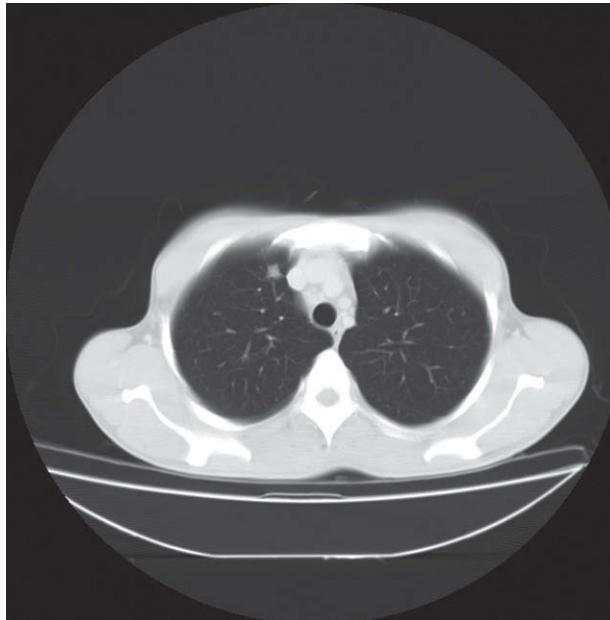


Figura 4. Tomografía computarizada de tórax: imágenes nodulares en vértices pulmonares.

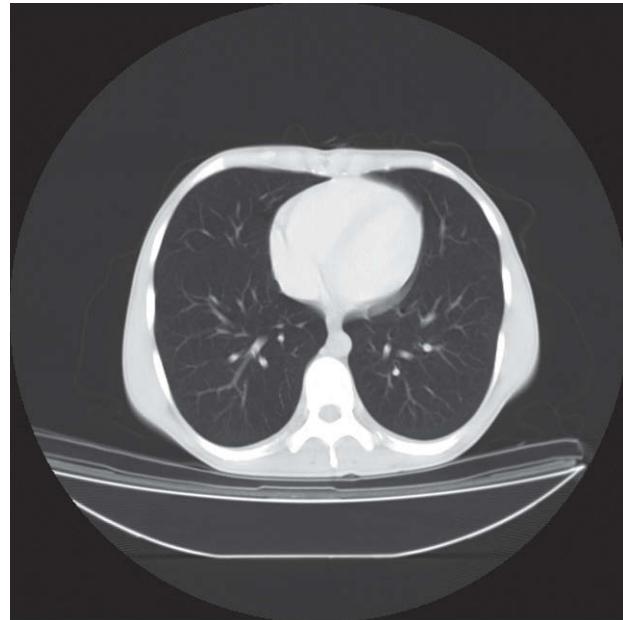


Figura 5. Tomografía computarizada de tórax: imágenes nodulares en vértices pulmonares.

ginecología y obstetricia con el diagnóstico de sospecha de carcinoma ovárico con metástasis peritoneales y pulmonares (figs. 4 y 5).

Se realizó una ecografía ginecológica, en la que se describe útero en anteversión de 7 cm de longitud por 3,4 cm de diámetro transverso, con endometrio regular de 13 mm. El ovario derecho era polimicrofolicular, de 4,5 cm por 2 cm y con trompa engrosada a su alrededor. El ovario izquierdo era sólido-quístico, de 5 cm por 4 cm, con una zona polimicrofolicular y una zona quística bicameral, con dos folículos que presentaban aumento de vascularización y una trompa rodeando al ovario, y que parecía fija a pared pélvica. Se encontró ascitis moderada-severa.

Se realizó una laparoscopia diagnóstico-quirúrgica; se hallaron ascitis de aproximadamente 2 l y siembra miliar diseminada de nodulaciones blanquecinas irregulares de distinto tamaño (entre 0,5 y 2 cm) que recubría útero, anejos, peritoneo, plica vesicouterina, paredes abdominales, asas intestinales, epiplón, diafragma, hígado y vesícula biliar. Se tomaron muestras de líquido ascítico para citología y biopsias múltiples (de ambos ovarios, epiplón y pared abdominal). Ante la sospecha intraoperatoria de

probable tuberculosis abdominal diseminada, se decidió finalizar la intervención sin realizar más gestos quirúrgicos.

La histopatología describió una inflamación granulomatosa de tipo tuberculoso con presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

Ante el juicio clínico de tuberculosis miliar diseminada, se trasladó a la paciente de nuevo al servicio de medicina interna para realizar el tratamiento y el seguimiento oportunos.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa infrecuente en los países occidentales, aunque su incidencia se está incrementando en los últimos años¹. *Mycobacterium tuberculosis* es la causa más común de tuberculosis en el mundo. La enfermedad afecta principalmente a los pulmones, pero aproximadamente un tercio de los pacientes también tiene afectación en otras localizaciones. La incidencia de tuberculosis peritoneal es baja en los países desarrollados y es la sexta localización extrapulmonar en frecuencia². Los signos y síntomas con los

Hallazgos en tuberculosis abdominal

| | |
|----------------------------|------|
| Ascitis | 100% |
| Pérdida de peso | 81% |
| Debilidad | 81% |
| Masas abdominales | 72% |
| Dolor abdominal | 72% |
| Distensión abdominal | 63% |
| Anorexia | 45% |
| Sudoración nocturna | 36% |
| Elevación del CA 125 | 55% |

Figura 6. Hallazgos en tuberculosis abdominal. Tomada de Uzunkoy et al³.

que se presenta son inespecíficos y similares a los encontrados en muchos casos de cáncer ovárico en el momento del diagnóstico. Entre estos signos y síntomas se encuentran la ascitis, la pérdida de peso, el dolor y la distensión abdominal, la debilidad, la anorexia, la sudoración nocturna y la fiebre. Asimismo es frecuente encontrar la elevación de los valores séricos del Ca 125.

Uzunkoy et al³, en una revisión de 11 pacientes con tuberculosis abdominal, encontraron que la ascitis estuvo presente en todos los casos. Otros hallazgos comunes fueron pérdida de peso (81%), debilidad (81%), masas abdominales (72%), dolor abdominal (72%) y distensión abdominal (63%), anorexia (45%) y sudoración nocturna (36%). Se encontraron valores elevados de CA 125 en 4 pacientes. Los ultrasonidos abdominales mostraron

anormalidades en todos los casos: ascitis en todos, masas tuboováricas en 5, engrosamiento del omento en 3, adenopatías en 2³ (fig. 6).

Por otro lado, Li et al⁴, en un análisis retrospectivo de 20 casos de tuberculosis pélvica, encontraron masas pélvicas y ascitis en todos los casos, distensión abdominal en 16, dolor abdominal en 12, fiebre en 16, pérdida de peso en 13 y diarrea en 6. El valor de Ca 125 sérico se encontró elevado en 9 casos, oscilando en un rango de 65 a 1.069 U/l⁴.

Por tanto, la tuberculosis es un diagnóstico diferencial que se debe considerar en pacientes con masa pélvica y elevación del Ca 125 sérico⁵. La tuberculosis pélvica debería considerarse en el diagnóstico diferencial de una mujer que se presenta con masa pélvica, ascitis, fiebre, un Ca 125 sérico elevado y una citología de líquido ascítico negativa para células neoplásicas⁴.

La biopsia por laparoscopia puede ser un instrumento fundamental en el manejo de algunos casos con diagnóstico de sospecha de cáncer de ovario en los que se plantea el diagnóstico diferencial con tuberculosis pélvica, para evitar la cirugía ampliada⁶.

La proteína C reactiva en líquido ascítico también puede constituir un rápido y fiable método para la identificación de la tuberculosis peritoneal. La rapidez en el diagnóstico puede evitar cirugías innecesarias y permitir un inicio temprano del tratamiento antituberculoso⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- Piura B, Rabinovich A, Leron E, Yanai-Inbar I, Mazor M. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian carcinoma with ascites and elevated serum CA-125: case report and review of literature. Eur J Gynaecol Oncol. 2002;23:120-2.
- Adsuar N, Blanchette H, Kilchevsky E. Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20 year old woman. A case report. J Reprod Med. 2004;49:52-4.
- Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: experience from 11 cases and review of the literature. World J Gastroenterol. 2004;10:3647-9.
- Li XJ, Wu LY, Li XG, Sun YC. Analysis of 20 cases of pelvic tuberculosis initially suspected of ovarian carcinoma. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2003;26:462-4.
- Nebhani M, Boumzgou K, Brans S, Laghzaoui M. Pelvic tuberculosis mimicking bilateral ovarian tumor: a case report. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2004;33:145-7.
- Koc S, Beidilli G, Tulunay G, Ocalan R. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: a retrospective review of 22 cases. Gynecol Oncol. 2006;103:565-9.
- Wang YC, Lu JJ, Chen CH Peng. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer can be diagnosed by polymerase chain reaction: a case report. Gynecol Oncol. 2005;97:961-3.