

CASO CLÍNICO

Informe de caso: tuberculosis peritoneal en una mujer de 26 años simulando cáncer de ovario

Case Report: peritoneal tuberculosis in a 26-year-old woman simulating ovarian cancer

Ruth Torres¹  <https://orcid.org/0000-0002-2621-0001>, Caroline Andrade²  <https://orcid.org/0000-0003-2016-0186>, Karen Sanchez Barjun³  <https://orcid.org/0000-0002-1353-201X>

¹Instituto Hondureño de Seguridad social, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa Honduras.

²Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa Honduras.

³Secretaría de Salud; Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Medicina Interna; San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La tuberculosis peritoneal es una enfermedad reemergente, de evolución insidiosa y arduo diagnóstico. La afectación peritoneal tiene una baja incidencia, afectando por igual ambos sexos figurando entre edades de 35 a 45 años. El alto índice de sospecha debe ser un factor importante en el diagnóstico precoz, para que una vez establecido, se pueda iniciar el tratamiento y disminuir las tasas de morbilidad. **Descripción del caso clínico:** Paciente de 26 años, con clínica inespecífica; dolor abdominal, ascitis y fiebre. Fue ingresada por servicio de medicina interna para abordaje etiológico de ascitis, posteriormente fue abordada como sospecha de cáncer de ovario, se presentó al servicio de cirugía quienes determinaron practicarle laparotomía y cuya biopsia intraoperatoria reporto hallazgos sugestivos de tuberculosis peritoneal. **Conclusión:** La tuberculosis peritoneal es una enfermedad poco frecuente, las manifestaciones clínicas pueden sugerir la presencia de una enfermedad tumoral; la sospecha clínica es baja y en muchas ocasiones el diagnóstico es incidental. **Palabras clave:** Ascitis, Cáncer de ovario, Tuberculosis peritoneal.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial especialmente en países no desarrollados. Con el aumento de su incidencia y prevalencia, la forma peritoneal es una de las presentaciones de afectación extrapulmonar más comunes. A nivel mundial, se estima que 10 millones (rango, 8,9–11,0 millones) personas enfermaron de TB en 2019, una cifra que ha ido disminuyendo muy lentamente en los últimos años.¹

En la región de las Américas, se notificaron 235,345 casos en el 2018, cerca del 3% de los casos mundiales, con una tasa estimada de 23.4 /100,000.² En Honduras se notificó 2,813 casos en el 2018, con una tasa de 29.6/100, 000, situándose por arriba de la media regional.^{1,2}

La tuberculosis puede afectar cualquier parte del cuerpo y el abdomen es el segundo en frecuencia después de los pulmones. En el abdomen la TB puede afectar el tracto gastrointestinal, el peritoneo, los nódulos linfáticos y las vísceras sólidas. Aproximadamente del 1 al 3 % del total de casos de TB son extrapulmonares y de estos del 11 al 16 % es TB peritoneal.³ Los pacientes afectados tienen entre 20 y 40 años de edad. Además, puede considerarse como la tercera causa de ascitis, después de la cirrosis y las neoplasias.⁴ La TB peritoneal es una entidad infrecuente, de presentación multifacética y de difícil diagnóstico. Existen casos reportados en que imita clínicamente tumoraciones ováricas, acompañado de ascitis y elevación característica del CA-125.⁵

El objetivo del reporte de este caso clínico fue realizar la presentación de una paciente con diagnóstico presuntivo de cáncer de ovario en la que se realizó diagnóstico de TB peritoneal en el Hospital, para que se tengan presentes los

Recibido: 11-04-2021 Aceptado: 25-09-2023 Primera vez publicado en línea: 04-11-2023
Dirigir correspondencia a: Dra. Ruth Torres
Correo electrónico: ruthan13@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Torres R, Andrade C, Barjun K. Informe de caso: tuberculosis peritoneal en una mujer de 26 años simulando cáncer de ovario. Rev Méd Hondur. 2023;91(2): xx-xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v91i2.16884>

© 2023 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



diversos cuadros clínicos a los cuales nos podemos enfrentar en el camino al diagnóstico y se pueda dar tratamiento oportuno, reduciendo significativamente tasas de mortalidad asociadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 26 años, procedente del área rural, nulípara, con antecedentes familiares de cáncer de ovario. Niega otras comorbilidades y antecedentes, COMBE (Convivencia con personas con Tuberculosis activa) negativo.

Acudió a emergencia por presentar aumento progresivo del perímetro abdominal de 2 meses de evolución, acompañado de dolor abdominal, difuso, difícil de localizar, de intensidad leve. Así mismo, refirió fiebre de 2 semanas, subjetivamente alta, acompañada de diaforesis y escalofríos nocturnos.

En la exploración general se encontraba normotensa, taquicárdica, afebril y sin disnea. Al realizar el examen físico de abdomen destaca la presencia de ascitis moderada, con leve dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. El reporte de analítica sanguínea demostró: ligera linfocitosis con neutropenia sin anemia.

Se inició un protocolo de estudios diagnósticos para determinar la causa de ascitis, en sala de medicina interna con pruebas de laboratorio e imagen. Las serologías para virus de la hepatitis A, B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, fueron negativas. La radiografía de tórax (**Figura 1**), no mostró alteraciones. La ecografía abdominal reportó: ascitis con ecos, así como implantes peritoneales en fosa iliaca derecha e imagen quística para ovárica izquierda con vol. de 56 CC (**Figura 2**).

Seguidamente se le practicó una Tomografía axial computarizada abdominal, la cual indicó: masa de ovario izquierdo de contornos irregulares de 55x40 mm, resto de órganos sin alteraciones.

También se le realizaron estudios de líquido peritoneal, entre ellos la citoquímica y citopatología, en las cuales no se observaba malignidad y sugería proceso inflamatorio crónico. De acuerdo a los resultados obtenidos anteriormente, se consideró necesario realizar medición de marcadores tumorales, las cuales evidenciaron elevación del Antígeno Carcinoembrionario (CA) 125: 957 u/l; el CA 19,9 y el CEA estaban dentro del rango de normalidad.

Ante estos hallazgos, la paciente fue presentada a servicio de Ginecología y Cirugía Oncológica, quien de forma conjunta le practicó una laparotomía con incisión media, encontrando órganos pélvicos, superficie apendicular y epiplón con aspecto inflamatorio caseificante, sin pérdida de planos quirúrgicos y siembra miliar en ovario izquierdo.

Se remitieron biopsias múltiples, ovario, epiplón y líquido peritoneal de la pared abdominal, para estudio histopatológico, donde se observaron granulomas con presencia de bacilos ácido-alcohol resistente con las tinciones de Ziehl Neelsen. La biopsia definitiva anexo izquierdo; reporta proceso inflamatorio crónico, granulomatoso caseificante y salpingitis granulomatosa.



Figura 1. Radiografía de tórax. Se observa rayos x PA de tórax inicial, la cual no reportó hallazgos compatibles con tuberculosis pulmonar.

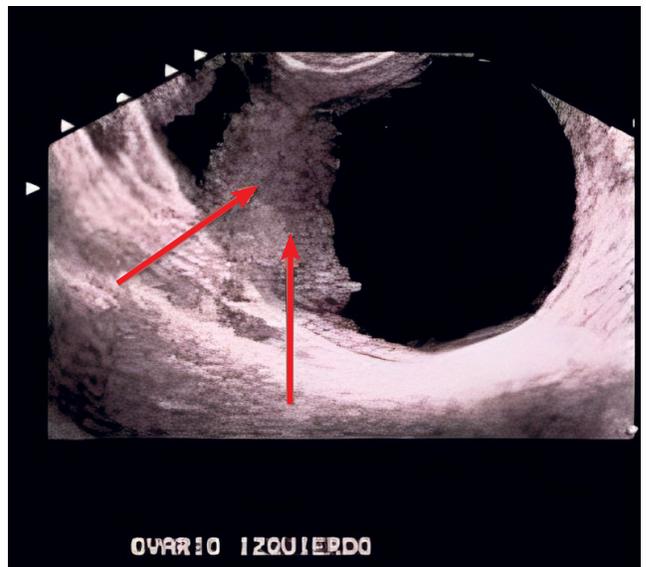


Figura 2. Ecografía abdominal. Se observa masa quística izquierda con engrosamiento de pared (flechas rojas).

Ante el diagnóstico de TB genital (de ovario y anexos) con diseminación a peritoneo por contigüidad, se trasladó a la paciente de nuevo al servicio de medicina interna para realizar el inicio de tratamiento antituberculoso con esquema de primera línea: Isoniazida 300 mg, Rifampicina 600 mg, Pirazinamida 1.6 g y Etambutol 1.1 g de lunes a sábado. Permaneció en vigilancia durante siete días después de la cirugía e inicio de fármacos, con adecuada evolución de la paciente, quien fue egresada al Servicio de Infectología para continuar tratamiento.

DISCUSIÓN

Es difícil distinguir la TB peritoneal de otras patologías peritoneales dada la imprecisión de sus manifestaciones clínicas. Entre estos signos y síntomas se encuentran la ascitis, pérdida de peso, dolor, distensión abdominal, sudoración nocturna y la fiebre que nos pueden orientar a otras patologías. En muchos casos de TB peritoneal estos son similares a los de cáncer de ovario, así mismo la elevación de marcadores tumorales puede alentar una impresión diagnóstica errada. Por tanto, la TB es un diagnóstico diferencial que se debe considerar en pacientes con masa pélvica y elevación del CA 125 sérico.⁶

Los estudios de imagen como la ecografía y la tomografía no tienen la suficiente sensibilidad y especificidad para realizar el diagnóstico preciso. Solo 15 a 20% de los pacientes con tuberculosis peritoneal tienen evidencia radiográfica de TB pulmonar activa en la radiografía de tórax, por lo que se necesita un alto índice de sospecha en una población de baja prevalencia.⁷ En la ecografía abdominal, la ascitis con hebras fibrosas finas y las linfadenopatías con núcleos hipoeoicos que sugieren caseificación indican una mayor probabilidad de tuberculosis.⁸

El diagnóstico exacto solo puede realizarse por el líquido ascítico y/o biopsia de las lesiones intraabdominales. El líquido ascítico suele ser un exudado, con un elevado recuento de linfocitos, pero sólo en un 25% de los casos se observan Bacilos Alcohol Ácido Resistentes (BAAR) mediante microscopía electrónica con tinción de Ziehl Nielsen o hay crecimiento de micobacterias en el cultivo.⁹

Aunque el diagnóstico definitivo depende del crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo de líquido ascítico o en las muestras obtenidas por biopsia, sorprendentemente, pocos estudios reportan los resultados de los cultivos de micobacterias en especímenes obtenidas por laparotomía.¹⁰ Como se ha mencionado de los BAAR en el líquido de ascitis tiene escaso rendimiento, detectando solo un 25% de los casos mediante cultivo.¹¹

La visualización de las lesiones por métodos quirúrgicos y la toma de biopsia mediante laparoscopia son de gran importancia para el diagnóstico. La eficacia diagnóstica mediante laparoscopia es muy alta, mostrando el aspecto macroscópico una sensibilidad que alcanza el 93%. Especialmente cuando la

presentación clínica e imagenológica y la elevación del CA125 son sugerentes de un cáncer ovárico.¹²

En el caso antes descrito, estábamos frente a una paciente con ascitis, con antecedentes familiares de cáncer de ovario, CA 125 aumentado, y estudios de imágenes que apoyaban el diagnóstico de un cáncer de ovario. El diagnóstico transoperatorio fue determinante para la resolución de este caso, debido a los hallazgos macroscópicos aunados a la visualización de BAAR.

En cuanto al CA 125, niveles séricos altos pueden ser encontrados en la mayoría de los pacientes con ascitis exudativa de cualquier etiología, pudiéndose confundir con el carcinoma de ovario en etapas avanzadas. Además, su determinación puede ser útil para evaluar la respuesta terapéutica a los fármacos antituberculosos, ya que éste disminuye con el correcto tratamiento de la enfermedad.¹³ El valor de dicho marcador puede normalizarse después de 8 semanas de tratamiento médico, lo cual puede utilizarse como marcador de la actividad de la enfermedad.¹⁴ El tratamiento se hace con medicamentos antituberculosos durante 6 meses en la mayoría de los casos.¹⁵ El pronóstico suele ser bueno con una alta tasa de curación.

La TB peritoneal es una patología de difícil diagnóstico debido al cuadro clínico inespecífico con que cursa. Es necesario asumir una elevada sospecha diagnóstica y tomar en cuenta esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de cáncer de ovario. Esto permitiría el abordaje de la enfermedad de forma temprana, evitando retraso en el tratamiento para la misma, con pronósticos favorables para el paciente.

CONTRIBUCIONES

RT, CA, KS participaron en conjunto en revisión de literatura, redacción de manuscrito, revisión y validación, aprobando su versión final.

DETALLE DE AUTOR(ES)

Ruth Torres, Médica Especialista en Medicina Interna; ruthan13@yahoo.com

Caroline Andrade, Médica Especialista en Medicina Interna andrade.gabriela2978@gmail.com

Karen Sánchez Barjun, Médica Especialista en Medicina Interna, karen_barjun@hotmail.com

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. [Internet]. Jun [citado 2022 feb 22];32-37. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329368>.
2. PAHO, Tuberculosis en las Américas Informe Regional 2019. [Internet]. 11-24. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y
3. Piedra-Herrera BC, Barbero Arencibia R, Acosta Piedra Y. Tuberculosis intestinal y peritoneal. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado: 20 febrero 2022]; 22(4): 830-836. Disponible en: www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3455.
4. Carvallo-Tapia C, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmiel E. Tuberculosis peritoneal simulando carcinoma de ovario. [Internet] Rev. Peru Ginecol Obstet. 2017; [Citado 2022 Jan 05] 63(1):103-107. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqo/v63n1/a15v63n1.pdf>
5. Chen I, Torng P, Lee C, Lee K, Hsu H, Cheng W. Diagnosis of Peritoneal Tuberculosis from Primary Peritoneal Cancer. Int J Environ Res Public Health 2021 (Internet). 2021 Oct; 18(19): 10497. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8508481/>
6. M. Nebhani, K. Boumzgou, S. Brans, M. Laghzaoui. Pelvic tuberculosis mimicking bilateral ovarian tumor: a case report. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet] 33 (2004),145-147. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tuberculosis-abdominal-el-diagnostico-diferencial-S0304501309728018>
7. Samples J, Meyers MO. Diagnostic difficulties associated with peritoneal tuberculosis. [Internet]Am Surg. 2012; 78(8):E381-2.

8. Maheshwari A, Gupta S, Rai S, Rekhi B, Kelkar R, Shylasree TS, Menon S, Deodhar K, Thakur M, Das U, Gupta S, Tandon S. Clinical and Laboratory Characteristics of Patients with Peritoneal Tuberculosis Mimicking Advanced Ovarian Cancer. *South Asian J Cancer* 2021. (Internet). 2021 Apr; 10(2): 102-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8483894/>
9. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas and Bennett Principles and Practice of Infectious Disease*. Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 2852-2886.
10. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis - presenting features, diagnostic strategies and treatment. (Web) *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22(8):685-700. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16197489/>
11. San Miguel Fraile P, Vasallo Vidal FJ, Rodríguez I, Martínez C. Tuberculosis peritoneal simulando una carcinomatosis peritoneal: aportación de un caso. *2007*; 24(3):148-9.
12. Dede M, Güngör S, Yenen M, Yılmaz A, r Baser I, Balkan A. Laparoscopy may be an effective tool in the diagnosis of peritoneal tuberculosis. *Gulhane Med J*. 2007; 49(1):42-5.
13. Sen D, Brunton J, Melchior L, Klein D, Levy G, Wainscoat B, Chuang L. Peritoneal tuberculosis. A case report on a rare cause of tumor marker elevation. *Case Rep Womens Health* 2020. (Internet), 2020 Oct; 28: e00264. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7591737/>
14. Suárez Grau J M, Rubio Chaves C, García Moreno JL, Martín Cartes JA, Socas Macías M, Álamo Martínez JM, et al. Presentación atípica de tuberculosis peritoneal: Caso clínico diagnosticado por laparoscopia. *Rev Esp enferm dig* 2007; 99(12):725-8. Disponible en: https://www.academia.edu/73860241/Presentación_at%C3%ADpica_de_tuberculosis_peritoneal_Caso_cl%C3%ADnico_diagnosticado_por_laparoscopia_At%C3%ADpica_peritoneal_tuberculosis_Use_of_laparoscopy_in_the_
15. Abdelaal A, Alfkey R, Abdelaziem S, Abunada M, Alfaky A, Ibrahim WH, Toro A, Di Carlo I. Role of laparoscopic peritoneal biopsy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis. A seven-year experience. *Chirurgia (Bucur)* 2014; 109:330–334. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24956337/>

ABSTRACT. Introduction: Peritoneal tuberculosis is a re-emerging disease, with an insidious evolution and difficult diagnosis. Peritoneal involvement has a low incidence, affecting both sexes equally between the ages of 35 to 45 years. The high index of suspicion should be an important factor in early diagnosis, so that once established, treatment can be started and morbidity and mortality rates can be reduced. **Case description:** 26-year-old patient, with non-specific symptoms; abdominal pain, ascites and fever. She was admitted to the internal medicine service for an etiological approach to ascites, later she was approached as suspected ovarian cancer, she presented to surgery service who decided to perform a laparotomy and whose intraoperative biopsy reported the diagnosis of peritoneal tuberculosis. **Conclusion:** Peritoneal tuberculosis is a rare disease; clinical manifestations may suggest the presence of a tumor disease; clinical suspicion is low and in many cases the diagnosis is incidental.

Keywords: Ascites, Ovarian neoplasms, Peritoneal tuberculosis.