Tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de tumor de ovario. Presentación de un caso

G. Martínez; J. Luna; A. Velásquez *

RESUMEN: Se presenta el caso clínico de una paciente remitida al I.N.C. con diagnóstico de Tumor de Ovario, en un puerperio de 8 meses, a quien se le realizarán los estudios complementarios y de extensión y se lleva a laparotomía con diagnóstico de Tumor de Ovario. Los hallazgos intraoperatorios, la biopsia por congelación y la patología definitiva confirman la presencia de una TBC peritoneal con compromiso anexial, endometrial y ganglionar.

PALABRAS CLAVES: Tuberculosis, tumor de ovario, diagnóstico, laparotomía.

SUMMARY: The clinical case of a patient who is remitted to I.N.C. (National Cancer Institute) with diagnosis of a tumor of ovary, 8 months after delivery, to whom complementary studies are performed, also of extension and is taken to a diagnosis through laparotomy with result of tumor of ovary. The findings intraoperation, the biopsy through freezing and final pathology confirms the presence of a peritoneal TB with comprise the anexos, the endometrio and nodes.

KEY WORDS: Tuberculosis (TB), tumor of ovary, diagnosis and laparotomy.

Paciente de 29 años de edad que ingresa al Instituto Nacional de Cancerología (INC), remitida por Médico particular, por presentar cuadro que se inició posterior a un parto normal 8 meses antes, consistente en anorexia, astenia y adinamia de 6 meses de evolución, de cuatro meses dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda y de un mes cuadro de enfermedad diarreica, pérdida de peso y aumento del perímetro abdominal. Como antecedentes de importancia GO: M12, C 30 x 3, FUR 15 días antes, G1 P1. Planificaba con DIU los últimos 5 meses. No había otros antecedentes personales ni familiares.

Al examen físico de ingreso se encontró una paciente en regulares condiciones generales, TA 100/70 Pulso 80, Peso 48 kg. Talla 159 cm. Marcada palidez mucocutánea No se palpaban adenopatías periféricas. La auscultación cardio pulmonar era normal y en el abdomen se observó una masa que hacía relieve y ocupaba todo el hemiabdomen inferior, a la palpación era doloroso en el hipogastrio, flanco y fosa ilíaca izquierda, y se definía una masa blanda multilobulada de consistencia mixta, bien delimitada, fija en sentido cefálico y con escasa movilidad lateral. Genitales externos normales. Especuloscopia normal, histerometría de 8 cm, al tacto vaginal se encontró un cuello anterior, largo, abierto el orificio cervical externo, un útero en RVF grado III y la presencia de la masa de unos 15 cm de diámetro que ocupaba la pelvis con las características descritas. Parametrios elásticos.

Se realizó una impresión diagnóstica de un tumor de ovario y se solicitaron los estudios de extensión con el fin de llevarla a una laparotomía clasificatoria y de citoreducción.

Se solicitó una ecografía abdominopélvica que informó una masa que ocupaba el abdomen inferior, meso e hipogastrio de 17.1 x 13.7 x 6.5 cm de contornos poco definidos y múltiples áreas quísticas septadas probablemente de origen ovárico. Hígado normal y adenopatías peripancreáticas. El cuadro hemático mostró 8.800 leucocitos, diferencial: 58 segmentados y 42 linfocitos, hemoglobina 9.4 y hematocrito de 30.6. BUN, creatinina, proteínas, electrolitos, parcial de orina dentro de límites normales. CA 125 de 460 mu/ml. B-HCG (-). Rx tórax que mostraba calcificaciones en parénquimas pulmonares y en región hiliar izquierda.

Al décimo día de la consulta inicial se llevó a laparotomía donde se encontró un plastrón de cápsula gruesa, granular que bloqueaba y englobaba todo el contenido abdominal, donde no se identificaban las estructuras, se disecó el retroperitoneo y se evidenciaron múltiples adenopatías paraórticas, paracavas, e ilíacas de aspecto inflamatorio, y dentro del peritoneo se identificaron colecciones líquidas no purulentas, se realizó una resección parcial del plastrón anterior que correspondía al epiplón mayor, una histerectomía abdominal más salpingooforectomía derecha, biopsia de ovario izquierdo, salpingectomía izquierda y biopsias paraórticas y pélvicas.

Se envió material a congelación que informó reacción granulomatosa en extensa área de necrosis que podía corresponder a TBC o a Teratoma necrosado.

* Departamento de Ginecología. Instituto Nacional de Cancerología. Santafé de Bogotá.

El postoperatorio fue adecuado, se manejó con antibióticos de amplio espectro y salió al tercer día.

La patología definitiva concluyó que se trataba de una Tuberculosis con compromiso peritoneal, anexial, endometrial y ganglionar, 15 de los ganglios resecados presentaban hiperplasia sinuhistiocitaria con granulomas y coloración Z-N positiva. El Gram del líquido informó bacilos gram negativos y Cocos gram positivos.

Discusión

Es interesante evaluar este caso ya que aunque no es una patología común, se observa con relativa frecuencia, y no se realiza el diagnóstico, porque no se sospecha.

La conducta quirúrgica agresiva que se tomó en esta paciente a pesar de la edad, de la sospecha diagnóstica intraoperatoria y de la confirmación histológica de la congelación, se justifica por el gran compromiso inflamatorio y necrótico de las estructuras mencionadas, agravado por la extensa disección que comprometía la irrigación de estos tejidos, que hubiera aumentado la necrosis y el mismo cuadro infeccioso. Sin embargo, en pacientes jóvenes con deseo de reproducción la cirugía debe en lo posible preservar esta función.

El diagnóstico de TBC peritoneal se realiza por clínica. presentan fiebre y ascitis en todos los casos, pérdida de peso en el 76%, dolor abdominal en el 60%, siendo inespecífico y vago, y sudoración nocturna en 57% de los casos, el promedio de presentación de estos síntomas es de tres meses pero el rango puede ser de 15 días a siete meses. En los laboratorios se observa un recuento normal de glóbulos blancos (<10.000) en el 86% de los casos y no supera los 13.000 en el 100% de los casos. Los valores de hemoglobina oscilan entre 10.0 y 13.0 g/dl. El líquido ascítico contiene proteínas entre 3.0 y 7.5 gm/dl, el recuento celular se encuentra entre 150 y 2.800 células con linfocitos mayores del 75%. La prueba cutánea del PPD puede ser positiva. Los estudios radiológicos pueden ser normales y mostrar solo focos sugestivos en el 6% de los casos, en otros estudios puede ser hasta en el 60%. La salpingografía puede ser útil en el diagnóstico. La búsqueda del bacilo ácido alcohol resistente se puede iniciar con frotis directos de la ascitis, pero son pobres los resultados. El cultivo es más alentador, puede ser positivo hasta en un 83% cuando se examina un litro de ascitis.

Otros métodos diagnósticos usados son: la biopsia percutánea del hígado con positividad hasta el 9%, la biopsia percutánea del peritoneo con aguja, en el cuadrante inferior izquierdo justo al lado de los rectos

abdominales tomando cuatro muestras de áreas distintas puede mostrar granulomas hasta en el 64% de los casos. La laparotomía puede usarse para identificar el problema y tomar múltiples muestras para el estudio anatómopatológico.

El tratamiento de la TBC se realiza con drogas bactericidas entre las que se encuentran la Estreptomina a dosis de 1 gr diario, la Isoniazida 300 mg diarios, la Rifampicina a 10 mg/kg/día y drogas bacteriostáticas como el PAS a 12 g diarios, la Etionamida en dosis de 500 mg diarios, el Etambutol 20 mg/kg/d y la Cicloserina a dosis de 10-20 mg/kg/d. La duración del tratamiento de acuerdo al esquema escogido puede ser de 6 a 18 meses. Puede usarse también corticoides para disminuir el proceso adherencial, Prednisona 30 mg diarios por 3 meses y se disminuyen progresivamente hasta suspenderlos al terminar el cuarto mes. El tratamiento antituberculoso es altamente efectivo y la sintomatología puede desaparecer en el lapso de 2 semanas.

La hipótesis en que la peritonitis tuberculosa se presenta por diseminación hematogena de un foco pulmonar es difícil de aplicar a todos los casos. La otra hipótesis en que se presenta por la reactivación de un foco latente previo y antiguo localizado en la cavidad abdominal es más factible, al no poder demostrar focos pulmonares.

El diagnóstico de tumor de ovario se realiza por la presencia de una masa anexial, determinada por clínica o diagnosticada incidentalmente por ecografía, que se acompaña de sintomatología abdominal difusa y vaga, ocasionalmente asociada a trastornos de los ciclos menstruales. Las características ecográficas pueden ser: masas sólidas, quísticas con septos o vegetaciones en el interior o mixtas. El uso de los marcadores como el CA 125 en los tumores de origen epitelial, el antígeno carcinoembrionario (ACE) y la Gonadotropina Coriónica, en los tumores de origen germinal han ayudado al diagnóstico. Sin embargo, el CA 125 puede elevarse ante la presencia de patología inflamatoria y en este caso específico hasta 460 mU/ml. La clínica de un estado avanzado de un T de ovario puede comprender, aumento del perímetro abdominal por masa o por la presencia de ascitis, la pérdida de peso y la presencia de fiebre por lisis tumoral. Lo que en este caso nos llevó a interpretarlo como tal.

En este caso evaluado retrospectivamente, se evidencia la poca importancia que se dio a la placa del tórax, que pudo haber sugerido la presencia de la TBC. Pero también se observa el manejo consecuente con la sintomatología y el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- Hart WR. Pathology of Malignant and Borderline Epithelial Tumors of Ovary. M. Coppleson. Gynecologic Oncology. Fundamental Principles and Clinical Practice. 2 ed. Churchill Livingstone. 1992; 863-888.
- Morrow CP. Malignant and Borderline Epithelial Tumors of Ovary: Clinical Features, Staging, Diagnosis, Intraoperative Assessment and Review of Management. M. Coppleson. Gynecologic Oncology. Fundamental Principles and Clinical Practice. 2 ed. Churchill Livingstone. 1992; 889-916.
- Ortega J. Quimioterapia de la Tuberculosis. Compendio de Terapéutica. Acta Médica Colombiana. 1988; 354-360.
- Rosai J. Ackerman, Surgical Pathology Seventh Edition The C.V. Mosby Company. 1989; 1054-1060.
- Singh MM., Bhargava AN. and Jain KP. Tuberculosis Peritonitis. An Evaluation of Pathogenetic Mechanisms, Diagnostic Procedures and Therapeutic Measures. New. E. J. of Medicine, 1969; 281(20): 1091-1094.