



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1998; 44 (1) : 69 -71

### CASO CLÍNICO

#### **Tuberculosis pélvico-peritoneal simulando cáncer de ovario con CA 125 elevado**

GARCÍA F, MOTTA L, CASTILLO F, URETA A, DELGADO V.

#### **Introducción**

Desde el año 1000 a. C. se conoce la tuberculosis como entidad clínica. Sin embargo, no fue sino hasta 1744 cuando Morgagni describió el primer caso de afección genital en una necropsia de una mujer de 20 años de edad que había muerto por dicha enfermedad y en quien se encontró material caseoso en el útero y las trompas de Falopio.

La tuberculosis genital sigue siendo un problema importante de salud, en muchos países en desarrollo, causa de infertilidad en muchas mujeres.

No es posible determinar la frecuencia real de la tuberculosis pélvica en forma precisa en grupo alguno, ya que se calcula que cuando menos 11% de las pacientes no tienen síntomas y la enfermedad es descubierta en forma incidental.

En las necropsias, según distintos autores, se ha encontrado que el 4 al 12% de las mujeres que muere por tuberculosis pulmonar también presenta tuberculosis genital, aunque esta cifra varía de menos de 1% en Estados Unidos hasta casi 13% en la India.

La tuberculosis genital por lo general es descrita como una enfermedad de las mujeres jóvenes, ya que de 80 a 90% de los diagnósticos se hace entre los 20 y 40 años de edad. Sin embargo, en los últimos años parece ser que la edad promedio del diagnóstico ha aumentado. Sutherland, en un grupo de 704 pacientes, observó que en el decenio de 1951 a 1960 se hizo diagnóstico a los 28,2 años y aumentó dicha edad a los 38,9 en el de 1971 a 1980; en el grupo sueco de Falk se encontró en 46% de las pacientes mayores de 50 años de 1968 a 1972 y 62% de 1972 a 1977. Antes de los 20 años la tuberculosis genital es muy rara.

#### **Caso clínico**

Paciente mujer de 29 años de edad, raza mestiza, casada, natural de Cerro de Pasco, obstetriz, refiere iniciar su enfermedad hace 20 días en forma insidiosa y curso progresivo con dolor abdominal continuo tipo hincada en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, por lo que acude a un hospital el 27 de julio de 1997, donde recibe tratamiento con antiespasmódicos y por ecografía abdominal le diagnostican: quiste ovárico izquierdo de 4 x 2 cm de diámetro. El 05 de agosto de 1997 es vista en el Hospital del IPSS de Cerro de Pasco, donde le indican analgésicos y consigue alivio. El 09 de agosto acude a emergencia del Hospital Nacional Guillermo Alménara Irigoyen por presentar dolor en la fosa ilíaca derecha e hipogastrio 24 horas, no refiere fiebre. En la nota de emergencia fecha de última regla 30/07/97, G 0 P 0, no hospitalizaciones previas. Antecedentes personales y familiares negativos. Examen clínico: Presión arterial: 90/60 mmHg pulso: 80 por minuto; frecuencia respiratoria: 16 por minuto; temperatura 36,8 °C. Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, aparente regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, facies no característica. No edemas. Cabeza, cuello, tórax, mamas, aparato respiratorio y aparato cardiovascular normal. Abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Tacto vaginal: vagina tibia, mediana, elástica, cérvix 2 centímetros semiblando posterior, orificios cerrados. Útero de 7 centímetros anteverso. Anexo derecho: tumoración de 12 centímetros renitente, fondo de saco de Douglas abombado, al igual que fondo de saco lateral. Diagnóstico: tumoración anexial Derecha: D/C neoplasia maligna a pedículo torcido. Se solicita preoperatorio: hemograma y fórmula, perfil de coagulación, radiografía de tórax y abdomen,



riesgo quirúrgico. Se le realizó una ecografía ginecológica transvaginal informada como: vejiga vacua, útero de 59 x 40 x 41 (L x T x AP) superficie lisa, línea endometrial no se visualiza. Fondo de saco posterior con abundante líquido. Ovario derecho no se visualiza. Ovario izquierdo tumoración de 105 x 61 mm mixta. Líquido en cavidad abdominal. Conclusión: 1. Tumoración pélvica de etiología a determinar. 2. D/C Cáncer de ovario izquierdo. Exámenes preoperatorios normales. Radiografía de tórax: normal.

Marcadores tumorales:

CA 125 986

V. N: 1,7-32 U/ml

Antígeno carcinoembrionario (CEA) 0,83

V. N: 0-10 ng/ml)

P -hCG < 1,0

Paciente programada para laparotomía exploratoria día 11 de agosto de 1997.

### **Reporte operatorio**

Fecha: 11/08/97 Hora: 17:00 Edad 29 años

Diagnóstico preoperatorio:

Tumor anexial izquierdo mixto

D/C cáncer de ovario

D/C Quiste dermoide

Operación:

Laparotomía exploratoria

Aspiración de líquido ascítico

Omentectomía

Apendicectomía

Biopsia de ovarios bilateral

Biopsia por congelación:

Líquido peritoneal (PAP)

Epiplon ® No hay informe por problemas con el fluido eléctrico.

Diagnóstico postoperatorio

A confirmar por anatomía patológica. D/C Proceso específico enteroperitoneal



## Hallazgos

1. Líquido ascítico amarillo citrino  $\pm$  3000 ml.
2. Epiplon totalmente carnificado, ocupa toda la cavidad desde hipogastrio.
3. Diafragma derecho tomado por tejido granular.
4. Superficie hepática derecha sembrada por tejido miliar. Superficie hepática izquierda libre.
5. Parénquima hepático difícil definir si esta tomado.
6. A la exploración de órganos: estómago libre, no tumoraciones; asas intestinales libres, no tumoraciones.
7. Corredera parietocólica derecha e izquierda tomadas por tejido miliar.
8. Serosa de intestino delgado, mesenterio, serosa de colon, sembrada por tejido miliar.
9. Ovario derecho: normal 3 x 2 cm, serosa sembrada por tejido miliar.  
Ovario izquierdo: normal 3 x 2 cm, serosa sembrada por tejido miliar.
10. Útero: normal 7 x 4 x 3 cm, sembrado en su superficie por tejido miliar.
11. Trompas de falopio engrosadas, cubiertas por tejido miliar.

## Discusión

La tuberculosis pélvico peritoneal, en especial la tuberculosis genital, generalmente deriva de siembras hematógenas por primarias.

Compromete de preferencia las trompas de falopio (90%-100%), produciendo una salpingitis frecuentemente poco sintomáticas, que pueda dar esterilidad primaria.

En los casos más avanzados están afectadas, además de las trompas, el útero (50%-60%), ovarios (20-30%) y puede haber concomitantemente peritonitis tuberculosa (45%) y provocar adherencias extensas.

La tuberculosis pélvica puede presentarse como una masa pélvica asintomática, con o sin ascitis y con incrementos de los niveles séricos del CA 125; y en los casos publicados en la literatura llevaron a un error inicial en el diagnóstico, ingresando los pacientes a laparotomías como cáncer de ovario.

Los hallazgos intraoperatorios pueden simular un cáncer de ovario, como una carcinomatosis. Sin embargo el PAP de líquido ascítico no suele mostrar células neoplásicas, sí abundantes linfocitos. La prueba de la adenosina deaminasa (ADA) puede ser útil en el diagnóstico de tuberculosis peritoneal.

La anatomía patológica dará el diagnóstico final de tuberculosis.

El tratamiento específico con tuberculostáticos da mejoría clínica y normaliza los niveles séricos del CA 125. Hay casos de CA 125 de 873 U/ml que luego de terminado el tratamiento llegaron a 7 U/ml.

Los esquemas actuales de tratamiento reconocidos por el American Thoracic Society y los Centers for Disease Control son de 6 y 9 meses.

En más del 95% de los pacientes tratados por tuberculosis por primera vez se obtiene éxito, siempre y cuando completen su esquema. En la mayor parte de los pacientes la infección se erradica con rapidez, por lo general dentro de las dos primeras semanas.

Respecto a la tuberculosis genital y embarazo, el embarazo luego del tratamiento quimioterápico es bastante raro, y cuando se logra puede ser ectópico o terminar en aborto espontáneo.

Recientemente, Sutherland informó de resultados del tratamiento de 206 mujeres con tuberculosis genital mediante estreptomycin, ácido paraaminosalicílico e isoniacida durante 18 a 24 meses. Fueron sometidas a tratamiento quirúrgico 19 de ellas al fallar el esquema médico. En 26 pacientes hubo 45 embarazos



subsecuentes de éstos: 11 fueron ectópicos y 11 fueron abortos, pero en 14 hubo 23 nacimientos vivos, con una tasa de fertilidad posterior al tratamiento de 6,7%.

### **En conclusión:**

- 1.La tuberculosis pélvico-peritoneal puede simular un cáncer de ovario con elevación del CA 125.
- 2.En una mujer joven, una posibilidad que no se suele pensar en el diagnóstico diferencial es tuberculosis.
- 3.El tratamiento específico presenta mejoría clínica y laboratorial.
- 4.La tasa de fertilidad posterior al tratamiento es baja 6,7%.

### **Referencias bibliográficas**

- 1.Anderson JR. Tuberculosis genital, Tratado de Ginecología de Novak. 1991.
- 2.Muir DG, Betsey MA. Pelvic inflammatory disease and its consequences in the developing world. Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 913-28.
- 3.Goldin AG, Baker WT. Tuberculosis of the female genital tract. J Ky Med Assoc 1985; 83: 75-76.
- 4.Schafer G. Female genital tuberculosis. Clin Obstet Gynecol 1976; 19: 223-239.
- 5.Krishna UR. Tubal factors in sterility. i Obstet Gynecol India 1979; 29: 663.
- 6.Falk V. Genital tuberculosis in women. Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten-year period 1968 to 1977. Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 933-951.
- 7.Sutherland AM. The changing pattern of tuberculosis of the female genital tract. A thirty year survey. Arch Gynecol 1983; 234: 95-101,
- 8.Farga V. Tuberculosis. Segunda Edición. Editorial Mediterráneo. 1992.
- 9.Miranda P. Pelvic tuberculosis presenting as an asymptomatic pelvic mass, with rising serum CA-125 levels. A case report. J Reprod Med 1996; 41(4): 273-5.
10. Nistal de Paz F. Pelvic-peritoneal tuberculosis simulating ovarian carcinoma: report of three cases with elevation of CA 125. Am J Gastroenterol 1996; 91(8): 1660-1.
- 11, Sheth SS. Elevated CA 125 in advanced abdominal or pelvic tuberculosis, Int J Gynecol Obstet 1996; 52(2): 167-71.
12. Penna L. Intra-abdominal miliary tuberculosis presenting as disseminated ovarian carcinoma with ascites and raised CA 125. Br J Obstet Gynecol 1993; 100(1): 1051-3