

## Caso Clínico

### TUBERCULOSIS OVARICA Y PERITONEAL. REPORTE DE UN CASO.

\* Yrma Guerrero Puente    \*\* Juan Guillermo Terán P.

**PALABRAS CLAVES:** Tuberculosis ovárica. Tuberculosis peritoneal.

## RESUMEN

Se presenta un caso de tuberculosis ovárica y peritoneal en una mujer de 35 años quien consultó por sangrado genital fétido, pérdida de peso y tumoración pélvica, con antecedentes de embarazos anteriores. Inicialmente se pensó en un proceso maligno, por lo que se realizaron pruebas no invasivas para estadiaje de cáncer de ovario descartándose el mismo. Debido al empeoramiento de las condiciones generales de la paciente, se realizó una laparotomía ginecológica, hallándose un proceso granulomatoso adherencial de la cavidad abdominal. Se instauró tratamiento antituberculoso diagnóstico-terapéutico obteniéndose mejoría clínica. El reporte histológico y de cultivo confirmaron el diagnóstico.

**KEY WORDS:** Ovaric Tuberculosis. Peritoneal Tuberculosis.

## SUMMARY

A single case of ovarian and peritoneal tuberculosis of a 35 years old female is presented, in which, she was consulted about a stench genital bleeding, loss of weight and pelvic tumoration. She has been pregnant before. The first clinical orientation were led to a malign ovarian growth, therefore, paraclinic test in order to stage it, where developed. Ovaric cancer was discarded. Owing to a worsening of a patient's health, an exploratory laparotomy was performed, with a finding of an adherencial granulomatous abdominal process. A chemotherapy antituberculous was settled with a clinic improvement of health. The culture and histologic report confirmed the diagnosis.

---

\* Médico Residente Asistencial de Ginecología y Obstetricia. Hospital "Pastor Oropeza". Barquisimeto.

\*\* Médico Cirujano.

## INTRODUCCION

Se estima que una tercera parte de la población del planeta es portadora de *Micobacterium tuberculosis* y que cada 8 millones de personas presentan nuevos casos clínicos de la enfermedad (1). Siendo la afección pulmonar la más frecuente, existen otras formas clínicas menos comunes como la afección ganglionar, la genitourinaria, la osteomielitis y la diseminación miliar. Son más raras, la meningitis, la pericarditis y la peritonitis tuberculosa (2).

La tuberculosis genital ha disminuido sensiblemente en los últimos 10 años gracias a la BCG y a drogas antituberculosas; sin embargo, sigue presentándose en países con mala organización sanitaria y en clases sociales subprivilegiadas (1). Aunque puede ser causada por *M. Bovis* o *M. Kansasi*, generalmente es *M. Tuberculosis* el causante de la enfermedad (3,4).

Debido a que la localización peritoneal de la enfermedad es poco usual (1) y motivados por el incremento de casos de tuberculosis detectados en nuestro hospital, decidimos presentar el siguiente caso.

## CASO CLINICO

Paciente femenina de 35 años quien ingresó por el Servicio de Sala de Partos del Hospital "Pastor Oropeza" de Barquisimeto, por presentar desde hace 2 meses sangrado genital intermenstrual, el cual se exacerbó 2 días antes de su ingreso volviéndose oscuro, fétido y acompañado de elevación de temperatura no cuantificada y dolor en fosa ilíaca derecha. Trajo además un ecosonograma que reportó: "Ascitis franca, hígado aumentado de tamaño con cambios de textura. Utero en A.V.F. de estructura ecomixta, contornos definidos de 3 x 2.9 cm con ecos densos y seudotabique en su

interior de probable etiología ovárica derecha".

Antecedentes Familiares: madre con cardiopatía hipertensiva.

Antecedentes Personales: negó asma, diabetes, hipertensión, negó hábitos tabáquicos ni alcohólicos ni exposición a tóxicos crónicos. Menarquía: 18 años, ciclos: 30/4, eumenorreica, primeras relaciones sexuales: 18 años, negó uso de métodos anticonceptivos. Antecedentes Obstétricos: 1 aborto (1984), 2 cesáreas (1985 y 1986), la última con esterilización quirúrgica. Disminución de peso de 5 Kg aproximadamente desde hace un mes. Cuadro febril en marzo de este año (1996) que calmó con Acetaminofén. Hábitos intestinal y miccional normales. Citología 1995: normal. Rx tórax de octubre 1996: normal. Examen físico: TA=110/80 mmHg P=70pm Afebril al tacto, hidratada, delgada. Cardiopulmonar: normal. Abdomen: plano, blando con ruidos hidroaéreos, doloroso a palpación profunda en fosa ilíaca derecha; ascitis leve (no hay signo del tímpano), no se palpa hígado debajo de reborde costal, ausencia de red venosa colateral. Cuello uterino central, grueso con lesión papilar de superficie lisa a las 2 horario, orificio cervical externo puntiforme con sangrado escaso y fétido. Al tacto: dolor leve a movilización de cuello, fondos de saco libres, doloroso en fondo de saco derecho. No se precisaron masas por poca colaboración de la paciente por el dolor. Utero palpable a 4 dedos suprapúbico. Resto del examen físico sin alteraciones aparentes.

Paraclínicos: Leucocitos: 12.000, Seg: 86%, L: 13%, Cayados: 1%, Hb, Hto, glicemia, urea, creatinina, TP, TPT, TGO, TGP resultaron normales. VDRL y HIV: negativos. Rx tórax: cardiomegalia grado I. Pulmones sin lesiones. CA 125: 67,08 U/ml, Ecograma transvaginal: ascitis importante

más T.U. parauterino derecho, Urografía de eliminación: normal más T.U. de ovario derecho vs T.U. de matriz, gastroscopia: candidiasis esofágica + gastritis erosiva de cuerpo y fundus. Colonoscopia: normal.

Se inició tratamiento con Cefalotina a razón de un gramo e.v. c/6 horas, además de Fluconazol, Cisapride y antiácidos vía oral. A pesar de ello la paciente presenta fiebre y dolor en fosa ilíaca derecha de mayor intensidad.

Se realizó culdocentesis, extrayendo 40 cc de líquido cetrino sin grumos que se envió tanto al laboratorio del Hospital como a un laboratorio privado. Los primeros fueron negativos, pero los segundos reportaron: Bacilos Gram negativos; cultivo: aislamiento de *Citrobacter freundii* sensible a Amikacina, Ciprofloxacina y Netromicina. Se cambió tratamiento a Ciprofloxacina (1 gramo c/12 horas), sin obtener mejoría clínica. Se realizó examen de gota gruesa, reacción de Widal, y prueba para Brucelosis, siendo todas negativas. Un ecocardiograma reportó: derrame pericárdico moderado en ausencia de cardiopatía.

El 09/01/97 se sometió a la paciente a una Laparotomía ginecológica, debido a sus signos de empeoramiento, hallando un proceso granulomatoso adherencial membranoso de toda la cavidad abdominal, ascitis importante tabicada, plastrón adherencial de ambos anexos. La biopsia extemporánea de cuña de ovario izquierdo fue reportada con "atipicidades" por lo que se tomaron muestras de: diafragma, lóbulos hepáticos, correderas parietocólicas, epiplón, ganglios paraaórticos, así como muestra del líquido ascítico para su estudio. Se realizó además histerectomía total abdominal + salpingo-ooforectomía bilateral y apendicectomía. Al 4to. día del post operatorio inicia nuevamente con cuadros febriles, leucocitosis con neutrofilia, por lo

que se decide asociar al tratamiento Gentamicina a dosis de 80 mg e.v. c/8 horas.

El reporte de anatomía patológica informó: "Tuberculosis ovárica y en trompas, extendida a serosa de útero y con siembra en mesenterio". Se realizó una segunda revisión personal de las láminas histológicas, en conjunto con el médico patólogo adscrito al Hospital "Pastor Oropeza" quien describió lo siguiente: Todas las muestras presentan una reacción crónica granulomatosa, constituida por células epitelioides, algunos granulomas y células multinucleadas gigantes tipo Langhans. Se observan algunas zonas de necrosis; en los espacios internodulares hay células inflamatorias tipo linfocitos y plasmocitos.

Debido a las características tanto macroscópicas como microscópicas de las lesiones y observando que la paciente no mejoró con el tratamiento antibiótico dado, se decide instaurar tratamiento con drogas antituberculosas (Isoniazida y Rifampicina) como una medida diagnóstica-terapéutica, observándose luego gran mejoría clínica y paraclínica de la paciente.

El resultado del cultivo del líquido ascítico procesado fuera de nuestro hospital reportó: Aislamiento de *Micobacterium tuberculosis*. La paciente continuó con mejoramiento de su estado general por lo que se decide su egreso, siendo referida al Hospital "Luis Gómez López" de Barquisimeto para continuar con su tratamiento antituberculoso.

La paciente regresó a su control ambulatorio luego de 3 meses, encontrándose en condiciones generales aceptables, luego, en su segundo control un mes después, se hallaba asintomática y con aumento de peso y mejoría general de su estado físico.

## DISCUSION

El caso corresponde a un cuadro de tuberculosis ovárica con siembras peritoneales, en una mujer de 35 años, en la que inicialmente se pensó en un proceso maligno, dadas las características de comienzo insidioso de la enfermedad, disminución de peso y elevación de marcadores tumorales.

Tanto el comienzo insidioso como la pérdida de peso, se observan en procesos tuberculosos (1); de hecho, el *M. tuberculosis* permanece latente en el organismo, activándose cuando ocurre algún tipo de inmunosupresión (stress, mal nutrición, enfermedades concomitantes, etc.). En nuestro caso, la paciente presentaba además una infección por germen oportunista (Candidiasis esofágica). El Estado de latencia del germen explicaría la presencia de embarazos anteriores en la paciente, hecho que antes se consideraba poco frecuente, pero que gracias al advenimiento de nuevas drogas antibióticas han mejorado el pronóstico genésico de éstas pacientes (5,6).

El no haber hallado lesión pulmonar radiográfica, no excluye la enfermedad, pues en la tuberculosis extrapulmonar el foco primario puede estar en peritoneo, ganglios pelvianos o solo a nivel endobronquial sin signos radiológicos de lesión parenquimatosa (5,6).

La fiebre de carácter cíclico en procesos tuberculosos suele ceder cuando aparece la ascitis, (lo que no ocurrió en nuestro caso) (5); siendo necesario descartar procesos tales como paludismo (gota gruesa), fiebre tifoidea (reacción al Widal) y brucelosis, causantes de síndrome febril prolongado (5).

La ascitis desarrollada por la paciente indica un origen salpingoovárico de la enfermedad (1). La presencia de masa anexial, cataloga a

la paciente en un estado de tuberculosis infiltrativa (6).

El derrame pericárdico encontrado por ecocardiograma podría corresponder a una pericarditis tuberculosa, aunque no se realizaron los estudios bacteriológicos pertinentes. Sin embargo, una gran mayoría de pacientes con tuberculosis infiltrativa, presentan al momento de su diagnóstico, la enfermedad en otros órganos, siendo la pericarditis tuberculosa una forma poco frecuente de tuberculosis extrapulmonar, pero potencialmente letal por los cambios hemodinámicos que conlleva (5).

La dificultad para identificar o aislar al *M. tuberculosis* en los estudios iniciales realizados, se explicaría porque en los procesos extrapulmonares el foco primario es inaccesible y el número de gérmenes suele ser escaso en las muestras, reportándose apenas un 40% de positividad para métodos como la tinción. (3,5), siendo necesario recurrir a otras técnicas diagnósticas como inoculación en cobayo y cultivos de sangre menstrual o tinciones especiales de material de biopsia (3,4).

El hallazgo del marcador tumoral CA 125 elevado es un dato poco específico, pues también se puede encontrar elevado en embarazos sanos, sirviendo mucho mejor como valor pronóstico de una enfermedad neoplásica ya establecida (7).

El hallazgo de un proceso granulomatoso adherencial durante el acto operatorio nos inclinó a pensar en un proceso de probable origen tuberculoso, ya que micobacterias no tuberculosas pueden dar ese aspecto macroscópico (5,6,8). La mejoría clínica y paraclínica post tratamiento antituberculoso nos confirmó en gran medida nuestro diagnóstico.

El reporte histológico describiendo un proceso con granulomas múltiples (foto No. 1,2,3), con células tipo Langhans (foto No.

4) de citoplasma pequeño rosado con núcleos dispuestos periféricamente en "herradura", algunos con zonas de caseificación o necrosis (foto No. 2) y abundantes linfocitos tisulares, hace el diagnóstico histológico de la enfermedad.

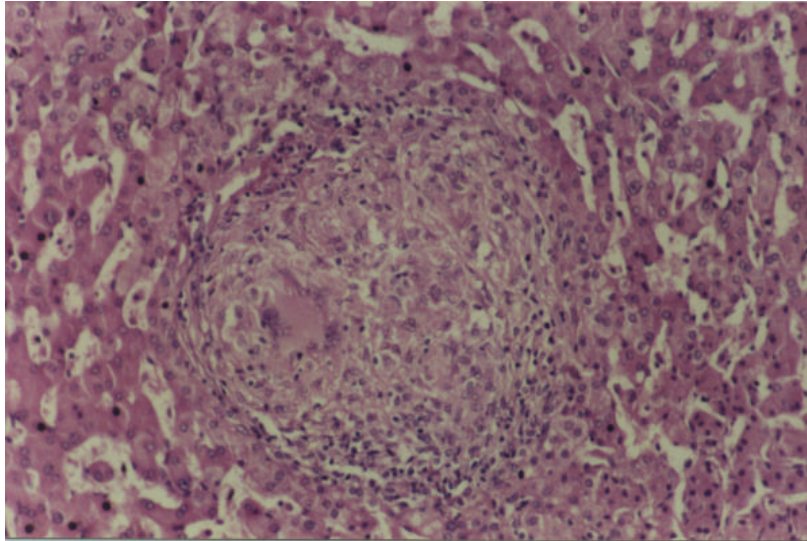
El aislamiento del M. tuberculosis del líquido ascítico cultivado confirmó definitivamente el diagnóstico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hamburger-Godeau: Tratado de Medicina. Argentina. Editorial El Ateneo. 1985.
2. Claiiborne W et al: Antimicrobianos y enfermedades infecciosas. En: Manual de Terapéutica Médica. España. Edit. Salvat. 1990.
3. MSAS: Programa integrado de control de la Tuberculosis. Normas para el primer nivel de atención. El laboratorio. División de tuberculosis y enfermedades pulmonares. OMS. O.P.S. 1996.
4. Organización Panamericana de la Salud: Oficina Sanitaria Panamericana Guía para el diagnóstico de la tuberculosis por examen microscópico. 1974. Washington. D.C. USA.
5. Hopewell P: Tuberculosis y enfermedades producidas por micobacterias no tuberculosas. En: Stein J. Medicina Interna. España. Edit. Salvat. 1886.
6. González Merlo: Ginecología. España. Masson-Salvat. 1992.
7. Balcells A: La clínica y el laboratorio. España. Edit. Masson. 1993.
8. Bayley - Scot: Diagnóstico microbiológico Editorial Panamericana. 6ta. edición 1983.

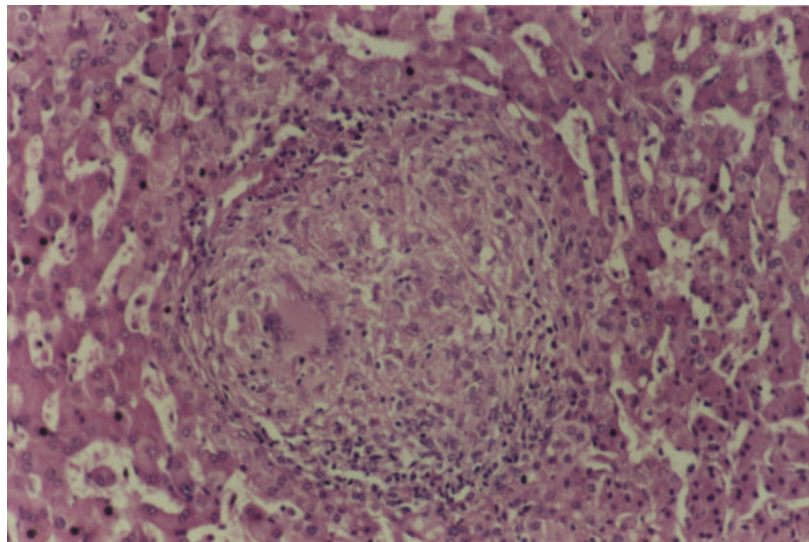
**Foto No. 1**

**Tejido Ovárico con múltiples granulomas tuberculosos**



**Foto No. 2**

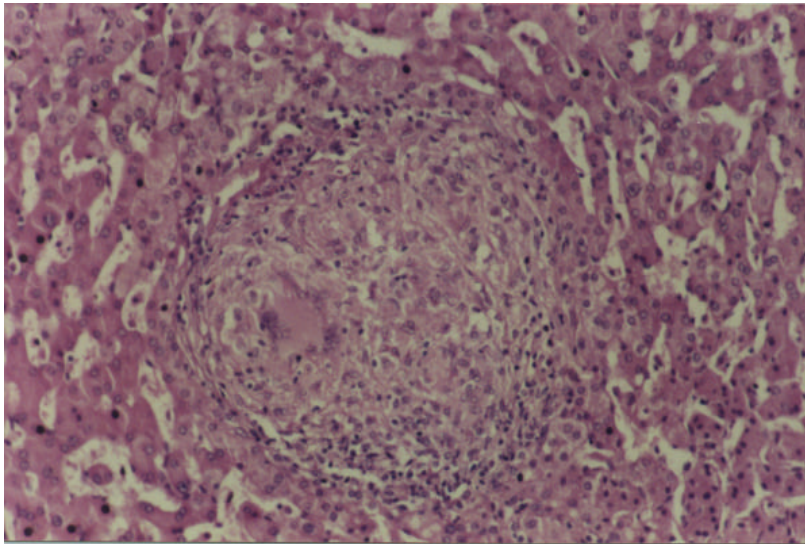
**Tejido Peritoneal con granuloma tuberculoso en cuyo centro se observa zona caseosa**





**Foto No. 3**

**Tejido Hepatico con granuloma tuberculoso y célula de Langhans**



**Foto No. 4**

**Célula de Langhans en tejido ovarico**

