

Tuberculosis miliar pulmonar con diseminación extensa en sistema genitourinario que simuló neoplasia maligna



Maricela Guzmán López^a, Ivonne Samantha García López^a, Marco Antonio Durán^b

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la medicina actual, la tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública en muchos países¹.

Se estima que anualmente ocurren 10 millones de nuevos casos y causan 6% de la mortalidad mundial. Las personas infectadas con mayor riesgo de desarrollar TB abdominal son aquellas de condición socioeconómica baja, inmigrantes, desnutridos, drogadictos y los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana².

La TB pélvica es conocida por sus diversas presentaciones clínicas y ha sido llamada “la gran simuladora”³.

La presentación clínica suele ser inespecífica, puede ser aguda o crónica intermitente, y predominan el dolor abdominal, distensión, ascitis, fiebre, anorexia, pérdida de peso, debilidad, diaforesis nocturna y alteración de los hábitos intestinales; con fre-

cuencia simula otras enfermedades abdominales. Por esa razón debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en los pacientes con síntomas gastrointestinales, especialmente si se acompañan de ascitis ya que la TB peritoneal es la tercera causa de ascitis después de la cirrosis y las neoplasias^{4,5}.

Existen casos informados de pacientes del sexo femenino en quienes simula clínicamente cáncer de ovario con carcinomatosis, por la presencia de un tumor anexial, ascitis y elevación significativa del marcador tumoral comúnmente empleado para el carcinoma de ovario: el Ca-125^{2,6,10}.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 60 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sin control. Inicia 4 meses antes de su deceso con fiebre en agujas vespertina, acompañada de mal estado general, pérdida de peso, adinamia, salida de material blanquecino fétido transvaginal, un mes antes desarrolló edema de miembros pélvicos, con aumento de volumen abdominal. En la exploración física era una mujer adelgazada con mal estado general, con palidez de tegumentos, cuello sin adenomegalias, tórax con

^aServicio de Patología. Hospital General de México. México, DF.

^bServicio de Patología. Hospital General de México. México, DF.

Correo electrónico: margupez11@hotmail.com

Recibido: 04-04-2011. Aceptado: 08-01-2012.

Se estima que anualmente ocurren 10 millones de nuevos casos de tuberculosis (TB) y causan 6% de la mortalidad mundial. Las personas infectadas con mayor riesgo de desarrollar TB abdominal de condición socioeconómica baja, inmigrantes, desnutridos, drogadictos e infectados por el VIH.

La presentación clínica de la TB pélvica suele ser inespecífica, puede ser aguda o crónica intermitente, y predominan el dolor abdominal, distensión, ascitis, fiebre, anorexia, pérdida de peso, debilidad, diaforesis nocturna y alteración de los hábitos intestinales; con frecuencia simula otras enfermedades abdominales.

mamas hipotróficas, abdomen con distensión con ascitis tabicada, fondo uterino a 14 cm (no se especificó referencia). Tacto rectal: parametros libres, fondo de saco ocupado hacia el lado izquierdo, secreción blanquecina fétida vaginal abundante, edema de miembros pélvicos.

Cursó con estado de estupor, hipotensión arterial, se agregó sangrado de tubo digestivo alto, continuó con ascitis a tensión, descompensación metabólica y falleció.

Exámenes de laboratorio y gabinete: Hto 27; Hb: 8.0; leucocitos: 7100; TPTA: 65 seg; neutrófilos: 87; albúmina 1.6; glucosa: 171; urea: 31.

En la autopsia los pulmones mostraron congestión, en la superficie de corte presentan diseminación extensa y homogénea de nódulos consolidados caseificados de 2 mm de eje mayor en aspecto de granos de "mijo". Microscópicamente son granulomas bien formados, con necrosis caseosa central, con escasas células gigantes multinucleadas tipo Langhans y células epitelioides y fibroblastos dispuestos en empalizada.

Cavidades serosas: Hay 2000 cm³ de líquido de

ascitis en la cavidad peritoneal, en ambas cavidades pleurales hay líquido de aspecto citrino de 1500 cm³ respectivamente.

Cavidad abdominal: En el parénquima hepático hay un gran quiste simple de 10 cm de eje mayor, revestido de una cápsula fibrosa trabeculada, en su interior hay líquido de aspecto cetrino. Microscópicamente dispersos hay granulomas caseosos confluentes bien formados con células gigantes multinucleadas, dilatación sinusoidal y esteatosis.

En el bazo hay granulomas fírmicos con células gigantes multinucleadas.

El peritoneo parietal y visceral presenta múltiples nódulos de 2 mm de eje mayor, de aspecto caseificado, asimismo en el mesenterio hay dichas lesiones nodulares. En la mucosa intestinal se aprecia prominencia del tejido linfoide submucoso. En el tejido subseroso hay necrosis caseosa con infiltrado linfoplasmocitario que se extiende hasta la muscular externa.

Cavidad pélvica: Hay gran cantidad de adherencias fibrosas que deforman la anatomía normal del útero y anexos, los ganglios parametrales se encuentran conglomerados y en la superficie de corte hay extensa necrosis de aspecto caseoso, que produce retracción de los oviductos y ovarios, en la cavidad uterina hay abundante material necrótico y caseoso, el cuerpo uterino está agrandado e invadido por necrosis caseosa. En la superficie externa de los riñones se ven nódulos caseificados diseminados, de igual forma también en la superficie de corte hay nódulos en la corteza y la médula renales.

DISCUSIÓN

La TB es ante todo una infección del aparato respiratorio, y el aparato genital femenino sólo puede afectarse a partir de un nido pulmonar de infección mediante diseminación hematogena de los microorganismos y asentación posterior de los mismos en el interior de la tuba uterina^{1,2,7}.

La TB afecta a todos los órganos genitales, pero en orden de frecuencia en primer lugar impacta a la tuba uterina, seguida del endometrio, el endocervix y el ovario^{1,5}.

Se afectan las tubas uterinas en el 90-100% de los casos, lo que ocasiona salpingitis frecuentemen-

te poco sintomática, que puede 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.⁸

El microorganismo desencadena en el tejido infectado una respuesta inmunitaria que finalizara con la formación del granuloma necrozante⁷.

La aparición de ascitis supone infección peritoneal y motiva la presencia de adherencias extensas y tubérculos que afectan la superficie visceral y parietal del peritoneo^{1,9}.

Muchas pacientes pueden ser completamente asintomáticas, sin embargo, 4 presentaciones han sido las que se han descrito con diferente frecuencia: infertilidad, sangrado anormal, dolor pélvico y alteraciones menstruales. La TB genital no sólo imita la presentación de tumores malignos de ovario, sino también el cáncer de cuello uterino¹⁰.

EL DIAGNÓSTICO FINAL DE LA TUBERCULOSIS

pelviana muchas veces no se efectúa hasta el momento de la laparotomía y puede no estar claro ni aún en la mesa de operaciones; es necesario un estudio histológico cuidadoso que puede requerir varios bloques y muchos cortes, observándose lesiones granulomatosas con células epitelioides y células gigantes multinucleadas.^{1,10}

El tratamiento médico de la TB es con el que se consigue curación rápida de la infección y mejoría de los signos y síntomas de la enfermedad. Se plantea la posibilidad de asociar corticoides a los tuberculostáticos en la TB genital ya que se reduciría la tasa de complicaciones por el efecto antiinflamatorio e inmunodepresor.^{1,7}

El tratamiento quirúrgico quedaría relegado a casos excepcionales, de secuelas o TB resistentes⁷.

Los principios básicos en el esquema del tratamiento médico de la TB genital son los mismos que en los pacientes con TB pulmonar^{1,10,11}.

Algunas publicaciones mencionan que los niveles de CA-125 en pacientes con peritonitis tuberculosa son tan altos como el cáncer de ovario y al final del cuarto mes de tratamiento antituber-

culoso, los niveles de CA-125 niveles regresan a la normalidad. Por lo tanto, sugieren que el suero CA-125 se puede utilizar para evaluar la eficacia de la terapia en la peritonitis tuberculosa^{11,12}.

CONCLUSIONES

La TB peritoneal es una enfermedad rara, aunque se presenta cada vez con mayor frecuencia. Su manifestación clínica es inespecífica, simulando otras enfermedades abdominales, en especial cáncer de ovario en etapa avanzada.

Se acompaña de aumento en el nivel del CA-125. El diagnóstico preoperatorio es difícil y generalmente se realiza al momento de la cirugía, la cual tiene como objetivo el diagnóstico y la obtención de muestras de tejido adecuadas para la confirmación histológica. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez G, Aparicio Z, González M, et al. Genital tuberculosis. On purpose of a case. Arch Med. 2007;3(6).
- Flores E, Tello SE, Rivera V. Tuberculosis peritoneal. Informe de siete casos. Cir Ciruj. 2010;78:67-71.
- Yun-Ju Huang, Lin-Hung Wei, Chang-Yao Hsieh. Clinical presentation of pelvic tuberculosis imitating ovarian malignancy. Taiwanese J Obstet Gynecol. 2004;43.
- Gaitán C, Sosso A, Morales R, et al. Tuberculosis peritoneal: Caso Clínico, Revista del torax. 2010;19.
- García G, García AJ, Gómez EI, et al. Tuberculosis peritoneal en una paciente con ascitis y masa anexial. Reporte de un caso. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.2006;57.
- Yassaee F, Farzaneh F. Familial tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2009.
- Suárez E, Sala E, Gil A, et al. Tuberculosis genital: una enfermedad que reaparece. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2004; 5:227-34.
- García F, Motta L, Castillo F, et al. Tuberculosis pélvico-peritoneal simulando cáncer de ovario con CA 125 elevado. Ginecol Obstet. 1999;44:69-1.
- Guerra I, Rizo R, Hernández S. Peritoneal tuberculosis in a young adult. MEDISAN. 2009;13.
- Chhabra S, Saharan K, Pohane D. Pelvic tuberculosis continues to be a disease of dilemma -case series. In J Tuberculosis. 2009.
- Alimaghani M, Aminiafshar S, Shokuh S. Two Cases of Miliary Tuberculosis and Elevated Levels of Cancer Antigen 125. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2006;17:135.
- Mas MR, Cömert B, Sağlamkaya U, et al. Ca-125; a new marker for diagnosis and follow-up of patients with tuberculous peritonitis. Dig Liver Dis. 2000;32:595-7.