

# Tuberculosis diseminada simulando cáncer de ovario avanzado

## Presentación de un caso

Drs. Luis Ángel Rodríguez Chávez,<sup>1</sup> Melissa Ysabel Romero Díaz,<sup>1</sup> Gisel Eliana Arroyo Sánchez.<sup>2</sup>

### RESUMEN

*La tuberculosis diseminada se asocia principalmente a estados de inmunosupresión; las manifestaciones clínicas son variables llegando a simular enfermedades neoplásicas pudiendo elevar los valores de los marcadores tumorales. Se presenta la historia clínica de una paciente de 30 años de edad, sin comorbilidades, que un año antes del ingreso inicia con dolor lumbar agregándose dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. En ecografía se evidencian masas en ambos ovarios y se solicita el marcador tumoral CA-125 que se encontró muy elevado, al complementar con tomografía se observan tumoraciones quísticas complejas ováricas, osteólisis en sacro y signos compatibles de carcinomatosis peritoneal diagnosticándole cáncer de ovario avanzado. La biopsia tomada mediante laparotomía exploratoria muestra proceso granulomatoso crónico y el estudio de esputo fue positivo ++/+++ para Mycobacterium tuberculosis. La paciente recibió tratamiento antituberculoso con remisión completa del cuadro y normalización del valor del marcador CA-125.*

**Palabras clave:** Tuberculosis diseminada, Cáncer de ovario, Mycobacterium tuberculosis.

### SUMMARY

*Disseminated tuberculosis is mainly associated with immunosuppressive states; the clinical manifestations are variable, reaching to simulate neoplastic diseases, raising the values of the tumor markers. We report the case of a 30-year-old female patient without comorbidities, one year before admission started with low back pain, adding abdominal pain, fever and weight loss. Ultrasonography showed masses in both ovaries and the CA-125 tumor marker which was found to be very elevated. Complementary tomography, showed complex ovarian cystic tumors, osteolysis of the sacrum and compatible signs of peritoneal carcinomatosis, diagnosing advanced ovarian cancer. The biopsy done by exploratory laparotomy shows a chronic granulomatous process and the sputum study was positive ++/+++ for Mycobacterium tuberculosis. Patient received tuberculous treatment with complete remission of the symptoms and normalization of the CA-125 marker value.*

**Keywords:** Disseminated tuberculosis, Ovarian cancer, Mycobacterium tuberculosis.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) miliar o diseminada se asocia principalmente a pacientes inmunodeprimidos, sin embargo también se ha visto en pacientes inmunocompetentes. Presenta una gama amplia de manifestaciones clínicas por lo que puede simular

diversas enfermedades tales como trastornos autoinmunes y cáncer, aumentando incluso los marcadores tumorales, dificulta el diagnóstico y por lo tanto, retrasa el tratamiento, con múltiples repercusiones en la salud.

En la actualidad, se da mucha importancia al rol de los marcadores tumorales en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con cáncer, sin embargo, muchas veces se olvida que dichos marcadores también se ven alterados por otras patologías distintas al cáncer, entre ellas la tuberculosis conocida como la gran simuladora.

<sup>1</sup>Médico Internista, asistente del Hospital de Alta Complejidad de La Libertad “Virgen de la Puerta”, EsSalud, Trujillo. Alumnos de Maestría Investigación en Ciencias Clínicas, Universidad Privada Antenor Orrego. <sup>2</sup>Médico Neumólogo del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud, Trujillo.

Se presenta un caso en el que la TBC diseminada pasó desapercibida, simulando un cáncer de ovario avanzado, sobre todo por haber elevado el marcador tumoral CA-125.

El propósito de la siguiente publicación es insistir en el rol importante de la anamnesis y el examen físico en el proceso diagnóstico de una enfermedad, evidenciar el límite de los marcadores tumorales y describir algo más de la tuberculosis, que siempre debe estar dentro de las posibilidades diagnósticas en países de alta prevalencia de la enfermedad.

### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 30 años de edad, sin comorbilidades, quien inició su enfermedad un año antes del ingreso, con dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo, intensidad 8/10, exacerbado por el ejercicio, por el cual recibió múltiples tratamientos analgésicos y fisioterapia. Las molestias remitieron parcialmente, pero permanecieron con intensidad 2/10 hasta el día del ingreso.

Nueve meses antes del ingreso, refirió presentar tos seca de predominio nocturno además de fiebre recurrente y sudoración nocturna de dos a tres veces por mes. Tres meses antes del ingreso, se agregó dolor abdominal tipo cólico, intensidad 3/10, a predominio hipogástrico, no relacionado con los alimentos, asociado a dispepsia y distensión abdominal. Dos meses antes del ingreso, se realizó ecografía en la que se observó tumor en ambos ovarios. Se le solicitó marcador tumoral CA-125, con resultado de 793,2 U/ml (Valor normal: < 35 U/ml) por lo que fue derivada al Servicio de Ginecología Oncológica con diagnóstico de cáncer de ovario. En dicho servicio se le realizó una tomografía abdomino-pélvica con contraste, en la que se observó una tumoración quística compleja en cavidad pélvica, sugestiva de tumor maligno de ovario (Figura 1), que se asociaba a osteólisis de sacro e íleon izquierdo (Figura 2) y a múltiples implantes metastásicos en mesenterio y músculo psoas izquierdo. La radiografía de tórax (Figura 3) puso en evidencia un patrón micronodular que fue descrito como metástasis pulmonar.



Figura 1:  
THEM pélvica con tumoración quística compleja.

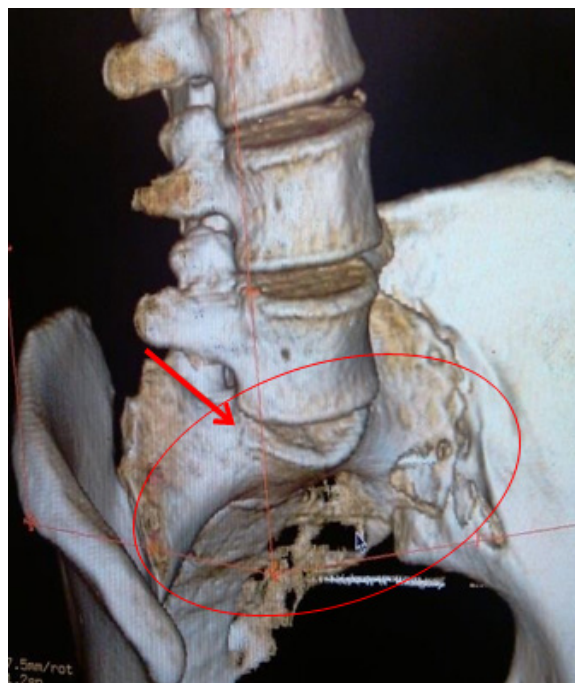


Figura 2.  
Reconstrucción de THEM donde se observa osteólisis de sacro e íleon izquierdo.

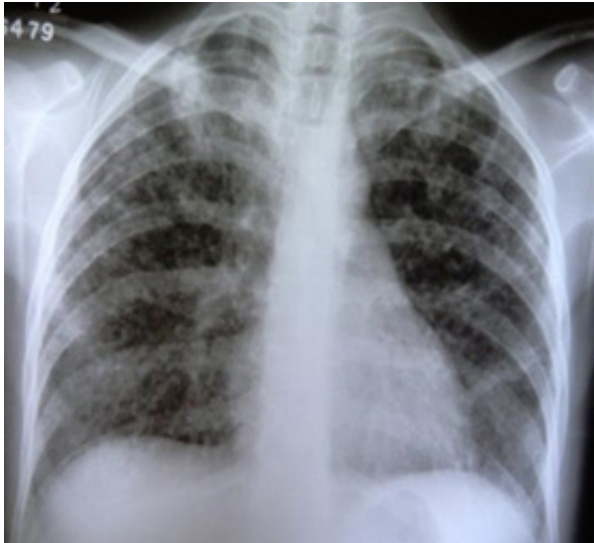


Figura 3.

Rx tórax mostrando el patrón miliar de TBC, que fue confundido por metástasis pulmonar.

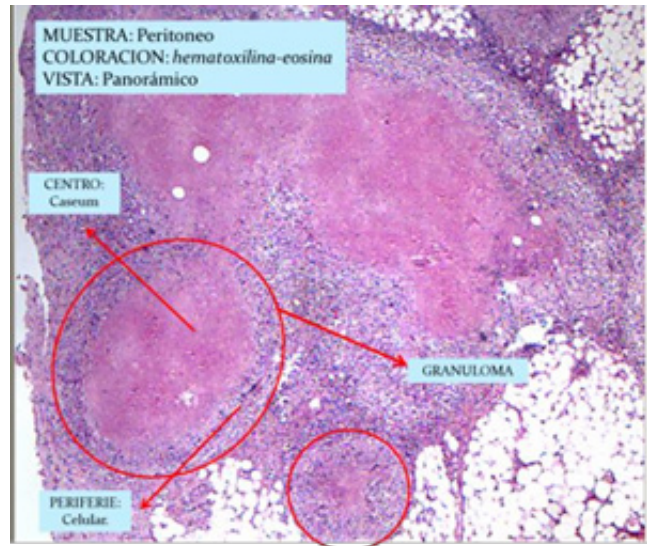


Figura 4.

Fotografía de biopsia de peritoneo mostrando el patrón típico del proceso. Coloración: hematoxilina-eosina. Vista: Panorámica

La paciente fue programada para una cirugía citorreductora. Durante la realización de la evaluación del riesgo neumológico, ante la sospecha de TBC, se le solicitó un estudio de *Mycobacterium tuberculosis* (BK) en esputo. Ingresó a cirugía citorreductora, siendo imposible su realización. Se reportó pared abdominal acartonada, adherencias generalizadas de intestino, epiplón, pared abdominal y peritoneo con carcinomatosis.

Un día después de la cirugía se obtuvieron los resultados de BK en esputo I y II encontrándose positivo (++) en ambas muestras y el resultado del estudio de anatomía patológica de las biopsias tomadas en la laparotomía exploradora fue informado como proceso granulomatoso crónico compatible con TBC (Figura 4).

La paciente fue referida al Servicio de Neumología, donde se complementó el estudio con la prueba ELISA para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), con resultado negativo, decidiendo iniciar tratamiento con esquema 1 antituberculoso, el cual consta de 4 medicamentos: rifampicina, isoniacida, pirazinamida y

etambutol. La paciente fue dada de alta a los 14 días de iniciado el tratamiento, con mejoría del estado general de salud, en proceso de recuperación nutricional y con controles ambulatorios por el Servicio de Neumología. Recibió tratamiento antituberculoso completo con remisión completa del cuadro y normalización del valor del marcador CA-125.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis miliar hace referencia a todos los tipos de tuberculosis progresiva por diseminación hematogena, independientemente del cuadro patológico, con lesiones de 1 – 2 mm de diámetro, a veces visibles en imágenes; se habla de diseminada cuando la afectación es en dos o más órganos, aunque a menudo se usan los términos como sinónimos (1, 2).

Respecto a la patogénesis, puede derivar de una enfermedad primaria pulmonar progresiva, de la reactivación de un foco latente, lo más frecuente, o ser iatrogénico, como la administración de bacilo de Koch en el cáncer de vejiga (3).



La tuberculosis diseminada es una de las formas extrapulmonares frecuentes y está asociada preferentemente a pacientes inmunocomprometidos aunque también puede observarse en pacientes inmunocompetentes (1) como en el caso que se presenta.

Entre los datos descriptivos de la TBC diseminada, se reporta que hay mayor prevalencia en varones que en mujeres (62 % vs 38 %), una edad media de presentación de 39 años (rango: 9 - 87 años); solo 15 % tiene contacto TBC positivo; una duración media de los síntomas, antes de la presentación, de 3 meses y 54 % tiene factores predisponentes tales como diabetes mellitus, adicción a drogas por vía parenteral, tratamiento prolongado con corticoides o infección por el VIH (4).

Entre las manifestaciones clínicas se reporta que fiebre, fatiga, malestar general, hiporexia, y pérdida de peso aparecen en 100 % de los pacientes. Anemia, leucopenia, trombocitopenia son también frecuentes, el patrón típico miliar en la radiografía de tórax se observa en 68 % de los pacientes y 18 % puede presentar radiografía de tórax normal.

Entre otras formas de presentación están: como absceso en zonas como codo, paravertebral, vértebras torácicas, psosas, tobillo (4).

Existen casos informados de TBC sistémica/peritoneal que simulan clínicamente cáncer de ovario con carcinomatosis por la presencia de tumor anexial, ascitis y elevación significativa del CA-125 (5 - 7).

El diagnóstico de TBC diseminada con compromiso peritoneal antes de la cirugía, no es fácil debido a que los exámenes de laboratorio o imágenes para diferenciarla del cáncer de ovario avanzado, así como el nivel sérico del CA-125, son inespecíficos. Es por eso que, ante la presencia de síntomas y signos altamente sugestivos de malignidad ovárica, la historia familiar de tuberculosis pulmonar y/o peritoneal, la oligomenorrea o hipomenorrea, la situación socioeconómica baja, la procedencia de lugares de alta prevalencia de TBC, son criterios suficientes que obligan a descartar TBC abdominopélvica (5), además, en zonas donde la

tuberculosis es endémica, en mujeres premenopáusicas con niveles elevados de CA-125, esta infección debe ser considerada (5). Por lo tanto, ante la poca diferenciación entre TBC peritoneal y cáncer de ovario, es obligatorio realizar la citología o la verificación histopatológica de malignidad ovárica antes de comenzar la terapia agresiva, que incluye: citorreducción y quimioterapia adyuvante (6).

Respecto al marcador tumoral CA-125, el cual fue un factor distractor en la paciente, es una proteína derivada del epitelio celómico; no es de por sí diagnóstica de cáncer de ovario ya que se eleva en otras patologías, entre las que destaca la TBC peritoneal, pleural y/o pericárdica (8). Se han reportado estudios en los que la medición de los niveles séricos de CA-125 junto con los exámenes de respuesta clínica (radiografía de tórax, BK y cultivo de esputo) ofrecen un adecuado seguimiento de la terapéutica de los pacientes sometidos a tratamiento anti TBC (8, 9). Así mismo otros estudios, evidencian que los niveles séricos de CA-125 en pacientes con tuberculosis pulmonar son significativamente mayores que en pacientes con otras causas de infección pulmonar; y la medición de CA-125 puede ser recomendada si se sospecha de tuberculosis pulmonar y el BK en esputo es negativo o no está disponible (8 - 10). Finalmente, hay estudios que reportan que la disminución de los niveles séricos de CA-125 durante la terapia puede ser útil para monitorear el tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar (8 - 10).

En conclusión, se puede afirmar, una vez más, que el enfoque diagnóstico principalmente debe basarse en la anamnesis y el examen físico y no en los exámenes de laboratorio que pueden verse alterados por múltiples patologías.

## REFERENCIAS

1. Ayatollahi J. Clinical manifestations and outcome of miliary tuberculosis. *Acta Méd Iranica*. 2004; 42 (6): 432 - 436.
2. Hussain SF, Irfan M, Abassi M, Anwer SS, Davidson S, Haqqee R, et al. Clinical characteristics of 110 miliary tuberculosis patients from a low HIV prevalence country. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004; 8 (4): 493 - 499.

3. Basgoz N. Pathogenesis and Epidemiology of Miliary tuberculosis. UpToDate. [En línea]. 2011 [Consultado septiembre 2011]. Disponible en: <https://somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?20/48/21262?source=HISTORY>
4. Hasibi M, Rasoulinejad M, Hosseini SM, Davari P, Sahebian A, Khashayar P. Epidemiological, clinical, laboratory findings, and outcomes of disseminated tuberculosis in Tehran, Iran. *South Med J*. 2008; 101 (9): 910- 913.
5. Wu CH, Changchien CC, Tseng CW, Chang HY, Ou YC, Lin H. Disseminated peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian cancer: a retrospective study of 17 cases. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011; 50 (3): 292 – 296.
6. Flores E, Tello SE, López F, Rivera V. Tuberculosis Peritoneal. Informe de Siete Casos. *Revista Cirugía y Cirujanos*. 2010; 78 (1): 67 – 71.
7. Yassaee F, Farzaneh F. Familial Tuberculosis Mimicking Advanced Ovarian Cancer. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2009; 2009: 736018.
8. Fortún J, Martín P, Méndez R, Martínez A, Norman F, Rubí J, et al. Ca-125: A Useful Marker to Distinguish Pulmonary Tuberculosis from Other Pulmonary Infections. *Open Repir Med J*. 2009, 3: 123 - 127.
9. Huang WC, Tseng CW, Chang KM, Hsu JY, Chen JH, Shen GH. Usefulness of tumor marker CA-125 serum levels for the follow-up of therapeutic responses in tuberculosis patients with and without serositis. *Jpn J Infect Dis*. 2011; 64 (5): 367-372.
10. Sang J, Hyun L, Eun P, Ho L, Sang L, Seok Y, et al. Frequency and predictors of miliary tuberculosis in patients with miliary pulmonary nodules in South Korea: A retrospective cohort study. *BMC Infect Dis*. 2008; 8:160.

Recibido el 01/10/2017  
Aprobado en junio 2018