

## TUBERCULOSIS PERITONEAL.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO

**Autores:** Montserrat Grau Bono, Adriana Estruch Gregori, Auxiliadora Fos Gonzalvo, Anna Espert Segarra, Maria Sifres Alemany, J Vicent Carmona Moral

Hospital Francesc de Borja, Gandia

- ▶ La tuberculosis peritoneal es una afectación poco común de infección extra pulmonar causada por *Mycobacterium Tuberculosis*
- ▶ Factores de riesgo:
  - Cirrosis hepática
  - Infección por VIH
  - Diabetes Mellitus
  - Enfermedad maligna subyacente
  - Tratamiento con anti-TNF
  - Diálisis peritoneal ambulatoria continua
- ▶ Suele ser un diagnóstico tardío por bajo índice de sospecha y aparición de síntomas inespecíficos:
  - Distensión abdominal
  - Ascitis
  - Dolor abdominal
  - Fiebre
  - Pérdida de peso

## TUBERCULOSIS PERITONEAL.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO

**Autores:** Montserrat Grau Bono, Adriana Estruch Gregori, Auxiliadora Fos Gonzalvo, Anna Espert Segarra, Maria Sifres Alemany, J Vicent Carmona Moral

Hospital Francesc de Borja, Gandia

- ▶ Además, los niveles elevados del CA-125, producido por la inflamación de las células epiteliales normales ( peritoneo, pleura y pericardio), pueden conducir a un diagnóstico de sospecha erróneo de cáncer de ovario.
- ▶ **CASO CLÍNICO:**  
Mujer de 35 años, raza caucásica, que consulta por dolor abdominal desde hace 2 semanas, náuseas, vómitos y deposiciones semilíquidas. Además presenta anorexia y pérdida de peso de 5 Kg en el último mes.
- ▶ Antecedentes personales: Espondilitis anquilosante en tratamiento con anti-TNF y Salazopirina y controlada por el Servicio de Reumatología desde hace 6 años.

## TUBERCULOSIS PERITONEAL.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO

**Autores:** Montserrat Grau Bono, Adriana Estruch Gregori, Auxiliadora Fos Gonzalvo, Anna Espert Segarra, Maria Sifres Alemany, J Vicent Carmona Moral

Hospital Francesc de Borja, Gandia

- ▶ TAC: pequeño derrame pleural derecho, engrosamiento peritoneal con refuerzo marcado del tejido graso del epíplon mayor, mesenterio y vacío derecho. Líquido libre moderado en pelvis. Intestino delgado con engrosamiento parietal, sobre todo a nivel del íleon distal, todo ello compatible con posible carcinomatosis peritoneal.
- ▶ PAAF del líquido ascítico aparecen células sospechosas de malignidad, sugestivas de adenocarcinoma de origen gástrico u ovárico.
- ▶ En el análisis del líquido ascítico aparecieron signos de peritonitis con DNA para Mycobacterium Tuberculosis (PCR) negativo, ADA 89,7 U/L, LDH 998 U/L, amilasa 28 U/L, albúmina 2,71 U/L y glucosa 53 mg/dl.
- ▶ Exploración ginecológica: movilización cervical dolorosa, resto de exploración y pruebas ginecológicas normales.
- ▶ Marcadores tumorales Ca 125 y Ca 15.3 elevados: 1005 U/ml y 96.5 U/ml, respectivamente.

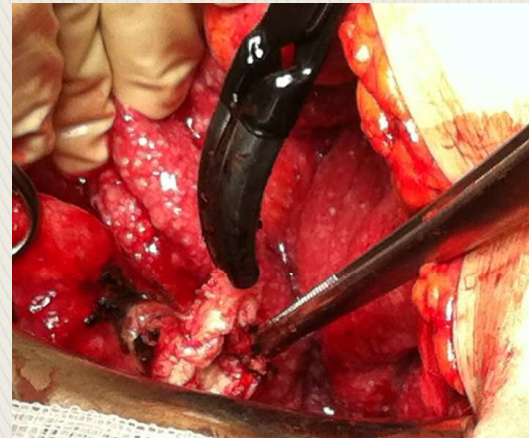
## TUBERCULOSIS PERITONEAL.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO

Autores: Montserrat Grau Bono, Adriana Estruch Gregori, Auxiliadora Fos Gonzalvo, Anna Espert Segarra, Maria Sifres Alemany, J Vicent Carmona Moral

Centro de Trabajo: Hospital Francesc de Borja, Gandia

- ▶ Ante la sospecha de neoplasia de origen ovárico se indica laparotomía exploradora:
  - Múltiples implantes por toda la superficie intestinal y pared abdominal, siembra miliar en superficie hepática y gástrica, epíplon en coraza. Leve cantidad de líquido libre en Douglas. Trompas de Falopio arrosariadas y ovarios discretamente aumentados de tamaño (4 cm). Múltiples adherencias pélvicas. Salida de tejido caseoso por ambas trompas.



## TUBERCULOSIS PERITONEAL.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO

**Autores:** Montserrat Grau Bono, Adriana Estruch Gregori, Auxiliadora Fos Gonzalvo, Anna Espert Segarra, Maria Sifres Alemany, J Vicent Carmona Moral

Centro de Trabajo: Hospital Francesc de Borja, Gandia

- ▶ Histología definitiva: ausencia de células malignas en todas las muestras, peritonitis granulomatosa con necrosis caseosa, **sugestiva de tuberculosis miliar peritoneal** y salpingitis granulomatosa con necrosis caseosa.
- ▶ Afortunadamente la paciente NO fue tratada con cirugía agresiva y recibió tratamiento médico con rifampicina, isoniazida y pirazinamida.
- ▶ Existe multitud de bibliografía similar a nuestro caso clínico y en todos los casos aparece comúnmente, la sintomatología inespecífica que conlleva a un diagnóstico tardío y los valores elevados del marcador tumoral CA-125 que obligan a realizar el diagnóstico diferencial con patología maligna. En la mayoría de ellos, los pacientes son diagnosticados intraoperatoriamente debido a la dificultad de demostrar la presencia de micobacterias de forma previa a la cirugía.