



Síndrome de Meigs sincrónico con tuberculosis peritoneal. Reporte de caso

Meigs syndrome synchronous with a peritoneal tuberculosis. A case report.

Daryl Haydeé Colín-Mejía,¹ Manuel Ramírez-Cornelio²

Resumen

ANTECEDENTES: La sospecha clínica de tuberculosis peritoneal debe coexistir en todo paciente con dolor abdominal de causa desconocida; sobre todo si se acompaña de fiebre, ascitis y distensión abdominal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años, con ascitis, derrame pleural y una masa pélvica; concentración elevada de Ca-125 (875 U/mL), y síntomas sugerentes de cáncer de ovario avanzado. Los estudios de laboratorio y gabinete sugirieron una tumoración proveniente del ovario izquierdo. En la laparotomía diagnóstica se encontraron lesiones compatibles con tuberculosis peritoneal, por lo que se obtuvo una biopsia de la lesión, con resultado positivo de la enfermedad. Se prescribió tratamiento antituberculoso y, posteriormente, se efectuó un nuevo procedimiento quirúrgico debido a la persistencia de la tumoración pélvica y datos de abdomen agudo, en la que se encontró un cistoadenofibroma. Luego de su extirpación la paciente se recuperó por completo.

CONCLUSIÓN: La tuberculosis peritoneal es una enfermedad poco frecuente e inespecífica, al igual que la manifestación de tumores ováricos, por lo que representan un reto diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Tumor de ovario; tuberculosis peritoneal; síndrome de Meigs; abdomen agudo.

Abstract

BACKGROUND: Clinical suspicion of peritoneal tuberculosis must coexist in all patients with abdominal pain of unknown cause; especially if accompanied by fever, ascites and abdominal distension.

CLINICAL CASE: A 23-year-old patient with ascites and pleural effusion, pelvic mass, elevated Ca 125 (875 U/mL), symptoms suggestive of advanced ovarian cancer, laboratory and cabinet studies were conducted, finding that the tumor comes from the left ovary, a diagnostic laparotomy in which lesions suggestive of peritoneal tuberculosis were found, so biopsies were taken, upon finding the result of positive pathology, antituberculous treatment was given and then underwent surgical treatment again for persisting pelvic mass and acute abdomen data, finding a cystoadenofibroma, which when removed, eventually the patient recovered completely.

CONCLUSION: Peritoneal tuberculosis is a rare and nonspecific disease, as is the manifestation of ovarian tumors, which is a diagnostic challenge.

KEYWORDS: Ovarian tumor; peritoneal tuberculosis; Meigs syndrome; Acute abdomen.

¹ Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia, Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

² Adscrito al servicio de Cirugía general, Hospital General de Teziutlán, Puebla.

Recibido: abril 2018

Aceptado: mayo 2018

Correspondencia

Daryl Haydeé Colín Mejía
dra.darylcolin@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Colín-Mejía DH, Ramírez-Cornelio M. Síndrome de Meigs sincrónico con tuberculosis peritoneal. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 agosto;86(8):560-566.

DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.2183>



ANTECEDENTES

La sospecha clínica de tuberculosis peritoneal debe coexistir en todo paciente con dolor abdominal de causa desconocida; sobre todo si se acompaña de fiebre, ascitis y distensión abdominal. La tuberculosis peritoneal aislada es una forma de manifestación extrapulmonar poco frecuente en los países industrializados. En la mayoría de los casos surge como consecuencia de la reactivación y la diseminación hematogena de una infección latente.

La tuberculosis peritoneal representa la sexta causa más frecuente de la forma extrapulmonar de tuberculosis. La coexistencia de infección intraabdominal afecta al peritoneo parietal y visceral, con la formación de múltiples nódulos tuberculosos y ascitis. La tuberculosis constituye un problema de salud pública en todo el mundo y, a pesar de los avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento, siguen reportándose más de dos millones de muertes al año.¹

En México, la epidemia de tuberculosis aumenta aceleradamente en la frontera con Estados Unidos, mientras que en el interior del país la incidencia estimada es de 16 casos por cada 100 mil habitantes y en las ciudades de la frontera se eleva a 30 casos por cada 100,000.^{2,3} En las últimas décadas se ha observado un incremento en el número de casos de tuberculosis extrapulmonar (15 a 25%), debido a diferentes factores.

En la mayoría de las pacientes se establece el diagnóstico diferencial con carcinoma ovárico avanzado, pues las manifestaciones clínicas son similares; sin embargo, la biopsia intraoperatoria de las lesiones representa el método de elección para su confirmación. El tratamiento quirúrgico de pacientes con carcinoma ovárico es diferente al protocolo médico de tuberculosis peritoneal; por tanto, en esta etapa, la confirmación del

diagnóstico evita efectuar una cirugía mayor innecesaria.¹

La tuberculosis abdominal es una de las enfermedades reemergentes y de trasmisión más importantes en todo el mundo. A pesar de las expectativas acerca de su erradicación en países industrializados, recientemente se declaró el reporte obligatorio de esta enfermedad.³ La tuberculosis peritoneal es una enfermedad difícil de diagnosticar, porque puede simular otro tipo de alteraciones malignas.

En contraparte, el síndrome de Meigs se caracteriza por una neoplasia benigna de ovario (tipo fibroma), ascitis e hidrotórax, que desaparece con la extirpación del tumor. Algunas pacientes expresan elevadas concentraciones de Ca-125; sin embargo, se normalizan después de la intervención quirúrgica.⁴ Este síndrome se conoce desde hace tiempo, pero su fisiopatología no es del todo clara. En la mayoría de los casos, debido a la clínica y el cuadro sintomático, se asocia con enfermedades malignas avanzadas.

La ascitis aparece en 10 a 15% de las pacientes con fibromas de ovario, que tan solo suponen 2 a 5% de las piezas resecadas, por lo que su incidencia es muy baja. En México, el cáncer de ovario representa 5.3% de los diagnósticos de tumores en todos los grupos de edad y 21% de todas las neoplasias ginecológicas; por tanto, es relevante para el diagnóstico diferencial en estos casos, cuando se piensa en un tumor maligno o cuando el cuadro corresponde con la descripción de esta patología.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años, soltera, residente de Hueyapan, Puebla, con antecedentes ginecoobstétricos de menarquia a los 13 años; ciclos 30 x 3-4 días; fecha de la última menstruación: 1/11/16, nubil.

La paciente acudió a urgencias el 9 de diciembre de 2016 por síntomas difusos, manifestados desde agosto del mismo año, con tos no productiva, fiebre de 39.2° C, intermitente, disnea leve, pérdida ponderal de 10 kg; antecedente de neumonía en octubre del mismo año, hospitalizada en el medio privado, con mejoría parcial de los síntomas; tuvo cuadros de recurrencia en tres ocasiones, sin especificar el tratamiento.

Para el padecimiento actual acudió a urgencias del Hospital General de Teziutlán, Puebla, debido al incremento de los síntomas, sin alivio, con fiebre no cuantificada, ataque al estado general, artralgias, mialgias y disfagia. A la exploración física se encontró la faringe hiperémica, hipoaireación de la base pulmonar derecha; abdomen globoso, sin visceromegalias ni percepción de dolor. El resto del examen transcurrió sin alteraciones y los signos vitales se encontraron estables.

Se solicitó una radiografía de tórax y se decidió enviar a la paciente al servicio de Medicina interna, para valoración por probable neumonía basal derecha. La radiografía evidenció derrame pleural derecho (40%). Se propuso a la paciente la toracocentesis, con estudio de líquido de derrame, pero la rechazó. Ingresó para vigilancia, tratamiento y estudios de imagen y de laboratorio complementarios.

Durante su estancia en el hospital persistió el cuadro clínico, se agregó disnea y distención abdominal por probable ascitis. El ultrasonido de abdomen reportó una lesión quística en el ovario izquierdo, de morfología ovoide, bordes regulares, interior anecoico, con septos y ascitis (**Figura 1**). El diagnóstico sugerente fue tumor de ovario derecho (373 cc y 10 cm) y síndrome de Meigs.

Después de la valoración por parte del personal del servicio de Ginecología, se efectuó una

laparotomía para comprobar el diagnóstico de tumor de ovario derecho y síndrome de Meigs. Durante el procedimiento quirúrgico se observaron: tejido granulomatoso, con múltiples nódulos pequeños, blanquecinos en toda la cavidad, síndrome adherencial severo que afectaba las asas intestinales, el útero, los ovarios y el epiplón, por lo que se obtuvo una biopsia del peritoneo, la pared intestinal y líquido de ascitis (**Figura 2**). Se inició tratamiento con cefotaxima.

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta del hospital el 21 de diciembre de 2016. Se envió a la unidad de epidemiología para vigilancia y cultivo de BAAR. Se estableció el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, con base en los elementos encontrados durante el procedimiento quirúrgico y las manifestaciones clínicas. Se prescribió tratamiento para tuberculosis; sin embargo, perdió el seguimiento del servicio de Ginecología para continuar en vigilancia y valorar el resultado histopatológico.

El estudio histopatológico reportó (27/12/2017): pared intestinal con granuloma inflamatorio, infiltrado intenso linfoplasmocitario e inflamación crónica; líquido peritoneal con datos de inflamación crónica, sin células neoplásicas malignas; peritoneo con nódulos fibrosos, células multinucleadas (tipo Langhans), infiltrado difuso de linfocitos y plasmocitos, y proliferación vascular. El estudio de BAAR resultó positivo.

El 3 de enero de 2017 se inició el protocolo: tratamiento acortado, estrictamente supervisado, de fase intensiva por 60 días (pirazinamida, etambutol, rifampicina, isoniazida), que finalizó el 13 de marzo. Dos días después inició la fase de sostén durante 45 días (rifampicina, isoniazida). Acudió a revisión el 8 de mayo y la tomografía computada evidenció una lesión quística en el ovario derecho, que abarcaba casi la totalidad de la cavidad abdominal, de morfología ovoide, bordes regulares, pared de 6 mm, densidad

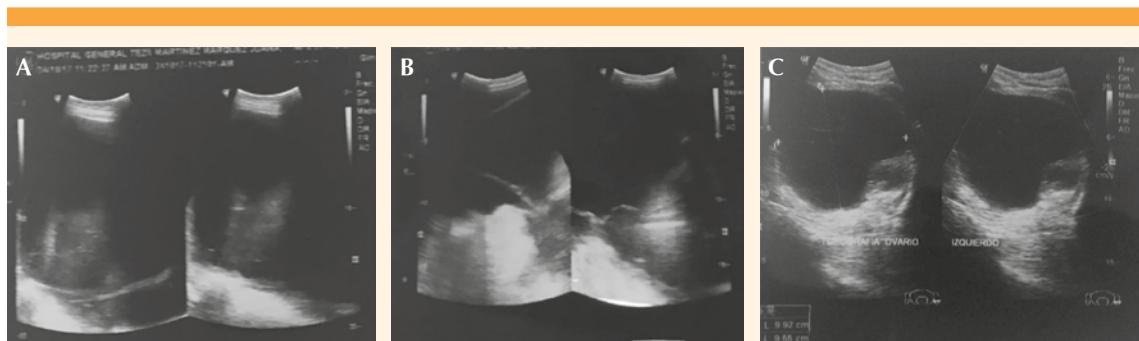


Figura 1. Ultrasonido que muestra: fosa iliaca derecha (A); hipogastrio y líquido libre (B); quiste de ovario izquierdo (C).

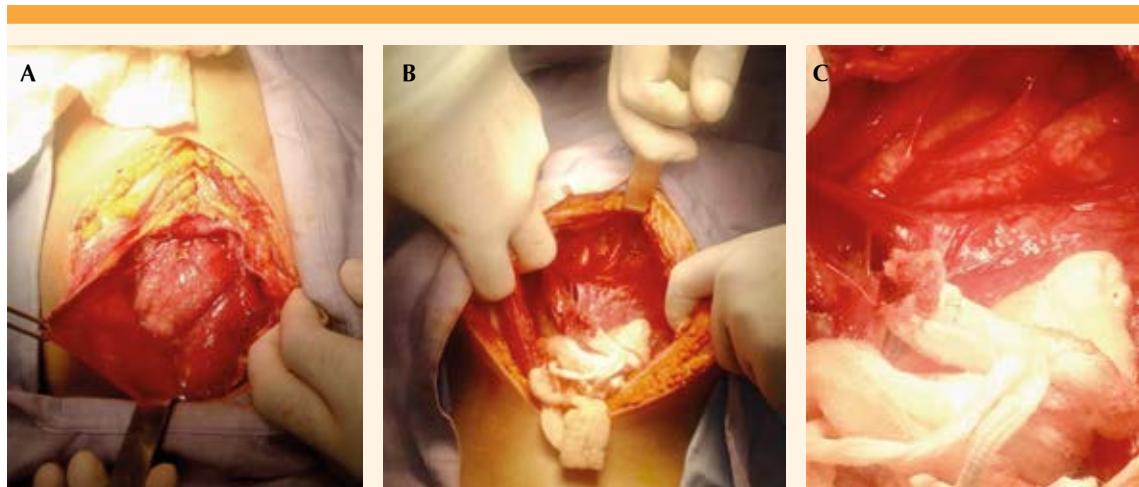


Figura 2. Procedimiento quirúrgico que evidencia múltiples adherencias (A y B) y proceso miliar (C).

líquida, homogénea, sin realce con el medio contraste, de 17 x 25 cm, con efecto de masa en las estructuras adyacentes, relacionada con enfermedad inflamatoria crónica, líquido libre en la cavidad abdominal, hidronefrosis derecha, derrame pleural derecho y quiste simple de ovario izquierdo. Con estos hallazgos se sugirió su envío a la consulta de Ginecología, pero nuevamente se negó.

El 21 de octubre de 2017 acudió a urgencias por distensión y dolor abdominal, intolerancia a la

vía oral, de 6 meses de evolución, con aumento paulatino del diámetro abdominal, exacerbado tres días previos a su ingreso. El dolor no desaparecía con el consumo de analgésicos; uno de sus familiares refirió que la paciente se negaba a acudir a valoración médica, a pesar del crecimiento abdominal importante. A la exploración física se encontraron: hidratación y coloración mucotegumentaria regulares, ruidos cardíacos ritmicos sin agregados, campo pulmonar basal derecho con estertores crepitantes, abdomen gástrico a expensas de la tumoración con peristalsis

disminuida, sin datos de irritación peritoneal, edema de miembros pélvicos (++) y signo de Godete (+++; **Figura 3**). Se inició tratamiento médico y se solicitó la valoración por parte de los especialistas del servicio de Ginecología.

De acuerdo con el resultado de las biopsias, estudios de imagen y laboratorio se inició el protocolo para cirugía; sin embargo, la paciente mostraba desequilibrio hidroelectrolítico y cifras de tensión arterial elevadas, por lo que se decidió estabilizarla y mejorar las condiciones antes de efectuar el procedimiento quirúrgico. La tomografía de control (24 de octubre) mostró un quiste gigante complejo, con múltiples septos, que abarcaba todo el abdomen y no permitía visualizar adecuadamente las vísceras, aparentemente dependiente del ovario. **Figura 4**

El 30 de octubre se realizó una paracentesis, con drenaje de 11.5 L. Durante la laparotomía exploradora se observó adherenciólisis intestinal y se llevó a cabo la salpingooforectomía izquierda y exérésis del tumor abdominal (**Figura 5**).

Después de la cirugía tan extensa, la paciente ingresó a cuidados intensivos para tratamiento integral. Se inició el protocolo de sostén con aminas y asistencia ventilatoria, y trasfusión de hemoderivados. Permaneció durante tres días en terapia, donde evolucionó satisfactoriamente, y se trasladó al área de hospitalización de Ginecología; ahí permaneció dos días más en vigilancia y se otorgó el alta por mejoría médica.

Quince días después acudió a revisión. El estudio histopatológico reportó: cistoadenofibroma benigno asociado con ooforitis crónica con componente granulomatoso. La paciente tuvo evolución satisfactoria, por lo que se dio de alta en buenas condiciones. **Figura 6**

DISCUSIÓN

La tuberculosis peritoneal es una enfermedad poco frecuente e inespecífica, al igual que la manifestación de tumores ováricos, por lo que representan un reto diagnóstico. El protocolo inicial en nuestra paciente fue cauteloso, hasta

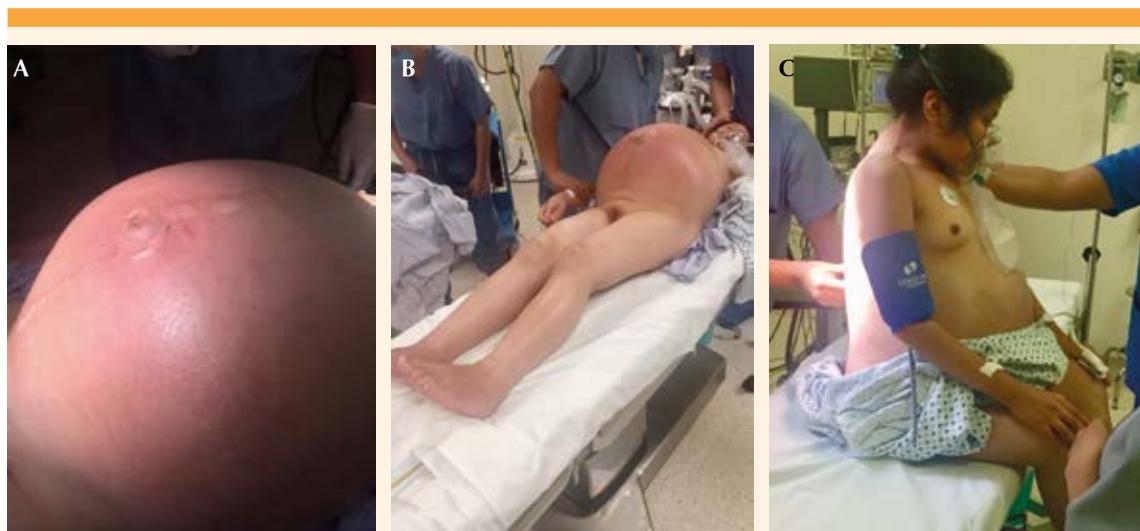


Figura 3. Paciente con abdomen distendido, con ascitis, circulación accesoria y masa abdominal (A); edema en las extremidades (B) y restricción de la ventilación por efecto de masa (C).

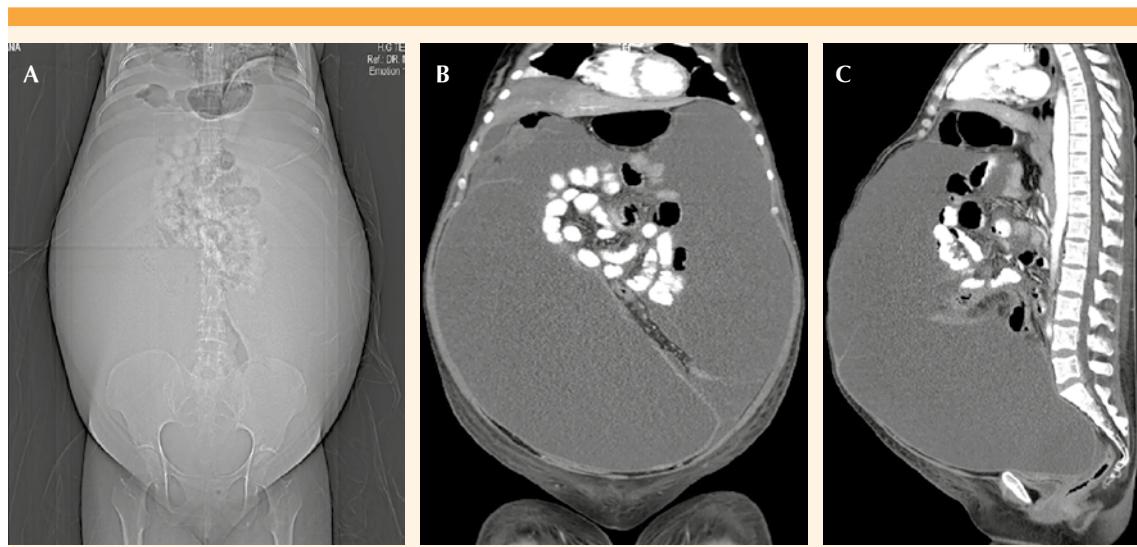


Figura 4. Tomografía abdominal (A) reconstrucción, (B) coronal, (C) axial) con tumoración gigante que abarca toda la cavidad pélvica y abdominal.

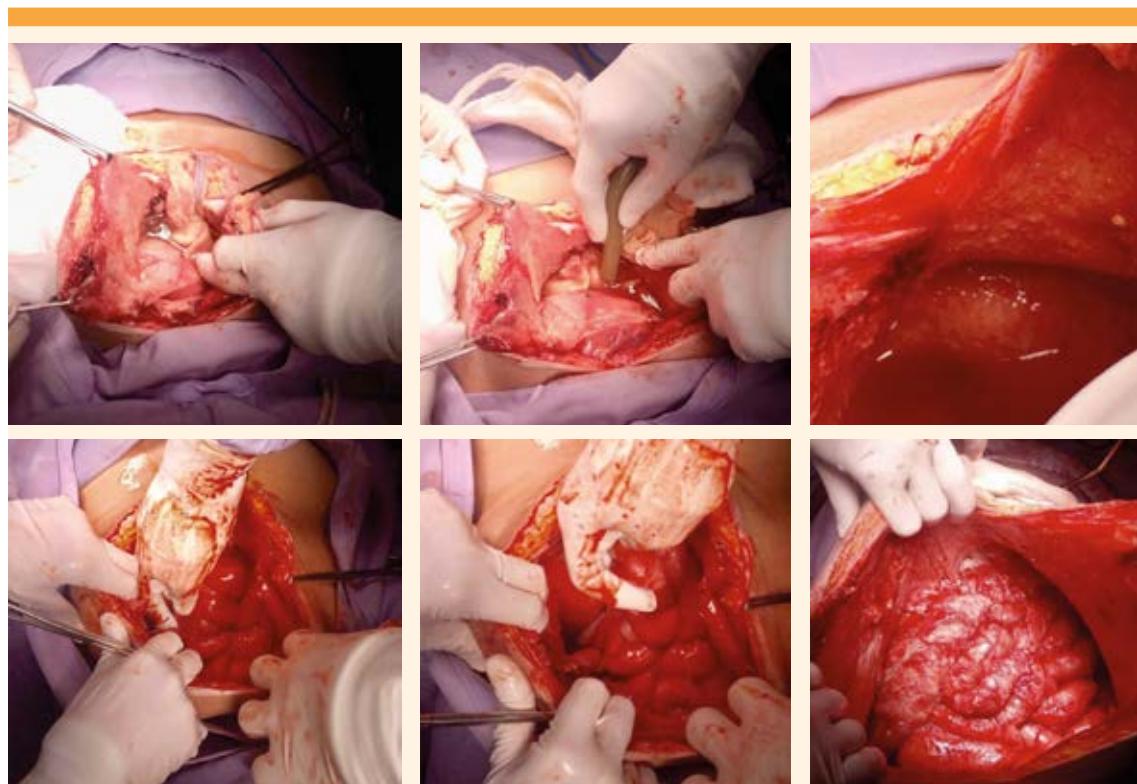


Figura 5. Segundo procedimiento quirúrgico. La cápsula del tumor ovárico afecta diversas vísceras (colon, apéndice, epiplón, etc.).



Figura 6. Finalización del procedimiento quirúrgico (A) y alta hospitalaria de la paciente (B).

establecer el diagnóstico probable y determinar la resistencia al tratamiento, que también resultó una limitante para ofrecer una solución a su cuadro clínico.

CONCLUSIÓN

Es importante analizar todo el entorno y los factores implicados con los síntomas generales y difusos en pacientes con alteraciones de difícil diagnóstico, además de considerar las enfermedades endémicas y, de esta manera, indicar el tratamiento adecuado de la enfermedad. La tuberculosis peritoneal constituye un diagnóstico diferencial de los síntomas, que en algunos casos pasan inadvertidos en pacientes de zonas endémicas.

REFERENCIAS

1. Serman VF, et al. Tuberculosis peritoneal con presentación clínica como cáncer de ovario avanzado: revisión de la literatura. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000500011>
2. Cruz-Brenes A, Zúñiga T. Tuberculosis peritoneal. Rev Med Costa Rica y Centroam 2013;70:81-85.
3. Arévalo C, et al. Tuberculosis abdominal: patología infrecuente en un paciente joven. Reporte de un caso. DOI: 10.1016/j.rchic.2017.06.006
4. Losa EM, et al. Síndrome de Meigs y seudo-Meigs. DOI: 10.1016/S0210-573X(06)74078-3
5. Meigs JV. Fibroma of the ovary with ascites and hydrotorax. Meigs' syndrome. Am J Obstet Gynecol 1954;67:962-87.
6. Sánchez DA, Díaz R, Kazlauskas S, de Santiago J, Zapardiel I. Síndrome de Meigs por fibroma ovárico bilateral parecido al cáncer de ovario. Ginecol Obstet Mex 2016;84:122-125.

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.