



## Casos Clínicos

# Causa inesperada de absceso tubo-ovárico en una paciente con insuficiencia respiratoria aguda

## *Unexpected cause of tubo-ovarian abscess in a patient with acute respiratory failure*

**Mariolga Bravo Acosta**

Médica especialista en medicina interna y neumonología, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil, Ecuador

**Paola Vélez Solorzano**, Médica infectóloga, Hospital General

Guasmo Sur, Guayaquil, Ecuador

**Dilia Martínez Méndez**, Médica micóloga, MSc, Unidad de Inmunología Nola Montiel, Madrid, España

### Abstract

In 2020, 9.9 million people became ill with tuberculosis, with an estimated 1.5 million deaths. 9% of extrapulmonary tuberculosis courses with genital involvement, presenting elevated Ca-125, pelvic mass and ascites suggesting neoplasms, masking granulomatous infections. The case of a patient with a tuberculosis tubo-ovarian abscess is described.

**Keywords:** extrapulmonary tuberculosis, genital infection, Ca-125 tumor marker, acid-alcohol resistant bacillus, tuberculosis tubo-ovarian abscess

### Resumen

En 2020 se enfermaron de tuberculosis 9.9 millones de personas, estimándose 1.5 millones de muertes. El 9% de los casos de tuberculosis extrapulmonar cursan con afección genital, y presentan Ca-125 elevado, masa pélvica y ascitis, lo que sugiere neoplasias y enmascara infecciones granulomatosas. Se describe el caso de una paciente con absceso tubo-ovárico tuberculoso.

**Palabras clave:** tuberculosis extrapulmonar, infección genital, marcador tumoral Ca-125, bacilo ácido-alcohol resistente, acceso tubo-ovárico tuberculoso

### Acceda a este artículo en siicsalud

<https://www.siicsalud.com/dato/casico.php/171672>



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.



[www.dx.doi.org/10.21840/siic/171672](http://www.dx.doi.org/10.21840/siic/171672)

### Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad cosmopolita y no respeta grupo etario. Es prevenible y curable y, aun así, en 2020 se enfermaron de TB 9.9 millones de personas en todo el mundo –5.5 millones de hombres, 3.3 millones de mujeres y 1.1 millones de niños–, con un total estimado de 1.5 millones de muertes. La TB está considerada como la enfermedad infecciosa más mortífera, muy por encima de las 627 000 de las muertes atribuidas al paludismo y de las 680 000 causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y solo detrás de la infección por SARS-CoV-2.<sup>1</sup>

El 9% de los pacientes con TB extrapulmonar presentan afectación genital. En las mujeres, el marcador tumoral Ca-125 elevado, en conjunto con dolor abdominal, masa pélvica y ascitis, suele hacer sospechar cáncer de ovario; sin embargo, los antecedentes y la sospecha clínica de afecciones no neoplásicas son los que permiten el diagnós-

tico temprano.<sup>2-4</sup> Con el propósito de resaltar la importancia del diagnóstico diferencial en la patología abdominal femenina, se describe el caso de una paciente con absceso tubo-ovárico tuberculoso.

### Caso clínico

Mujer de 18 años, natural y procedente de Guayaquil, Ecuador, sin antecedentes personales ni familiares de importancia; niega inmunodeficiencias primarias o secundarias. Presenta cuadro clínico de cuatro meses de evolución, caracterizado por dolor leve y sensación de peso en región pélvica, con irregularidad de ciclos menstruales hasta llegar a la amenorrea; se agrega pérdida de peso e hiporexia de curso progresivo. Posteriormente, presenta tos seca, alza térmica de predominio vespertino, sudoración profusa, astenia y disnea, por lo cual consulta. Al momento del ingreso la paciente está taquipneica, con saturación de oxígeno en 84%. Estertores crepitantes en bases pulmonares. Abdomen tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda de manera difusa. Tacto vaginal: cérvix central, puntiforme, entreabierto, doloroso a la palpación. Se realizó radiografía y tomografía computarizada (TC) de tórax que mostró patrón intersticial micronodular bilateral y difuso (Figura 1a y 1b). El cultivo bacteriano y la coloración de Ziehl-Neelsen (ZN) de esputo resultaron negativos, así como la serología para VIH; aminotransferasa pirúvica (ALT), creatinina, electrolitos Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> y Cl<sup>-</sup> dentro de rangos normales. El resto de los valores obtenidos en los laboratorios solicitados se resumen en la Tabla 1.

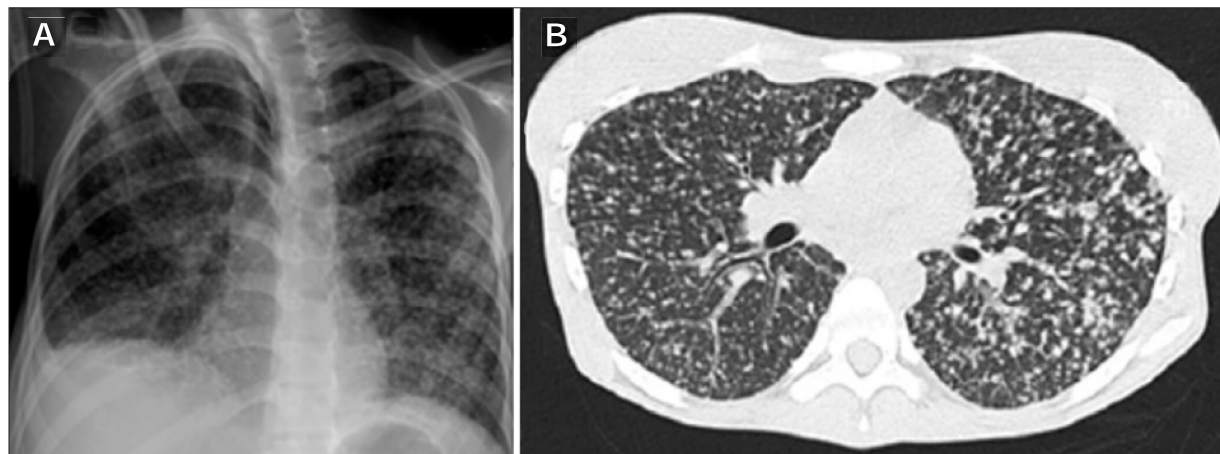


Figura 1. Patrón intersticial micronodular difuso bilateral. (A) Radiografía de tórax. (B) Tomografía computarizada de tórax.

Tabla 1. Pruebas de laboratorio solicitadas al ingreso.

Prueba de laboratorio	Valores	Rango
Leucocitos	33.55	4-10 (cél/mm <sup>3</sup> )
Neutrófilos	28.59	2-7.5 (cél/mm <sup>3</sup> )
Hemoglobina	6.50	11.5-16 (g/dl)
Hematocrito	19.9	37-47 (%)
Globulina	4.15	1.5-3 (g/dl)
PCR cuantitativa	32.36	0-0.9 (mg/l)
Ca-125	128	U/ml
TP	14.9	11-14 (s)
TPT	57.9	28-40 (s)
AST	53.38	15-37(U/l)
Urea en suero	64.52	16.6-48.5 (mg/dl)
BUN	30.15	9-23 (mg/dl)

AST, aspartato aminotransferasa; BUN, nitrógeno ureico en sangre; PCR, proteína C-reactiva; TP, tiempo de protrombina; TPT, tiempo parcial de tromboplastina.

En la ecografía pelviana se halló imagen quística heterogénea avascular de 60 x 92 x 87 mm. La resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis mostró una lesión con intensidad de señal mixta predominantemente quística, con componente sólido hacia la periferia, de 90 x 70 x 50 mm (Figura 2).

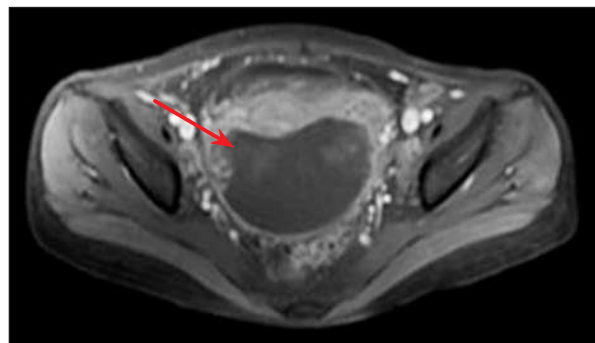


Figura 2. Resonancia magnética nuclear de pelvis. Lesión con intensidad de señal mixta predominantemente quística, con componente sólido hacia la periferia, de 90 x 70 x 50 mm (flecha).

Se realizó laparoscopia diagnóstica; entre los hallazgos se detectaron nódulos blanquecinos pequeños en epiplón y peritoneo parietal, múltiples adherencias parieto-entéricas y parieto-epiploicas que limitaron el procedimiento,

por lo cual se procedió a culdocentesis con guía ecográfica, obteniéndose aproximadamente 80 ml de líquido espeso de aspecto purulento no fétido.

Al examen directo con tinción ZN del contenido del absceso se encontraron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR+++)(Figura 3). Con el GeneXpert MTB/RIF se identificó *Mycobacterium tuberculosis* sensible a rifampicina en las muestras del absceso y de las lesiones de epiplón y peritoneo. El estudio histopatológico de epiplón demostró epiploitis aguda fibrino-purulenta.

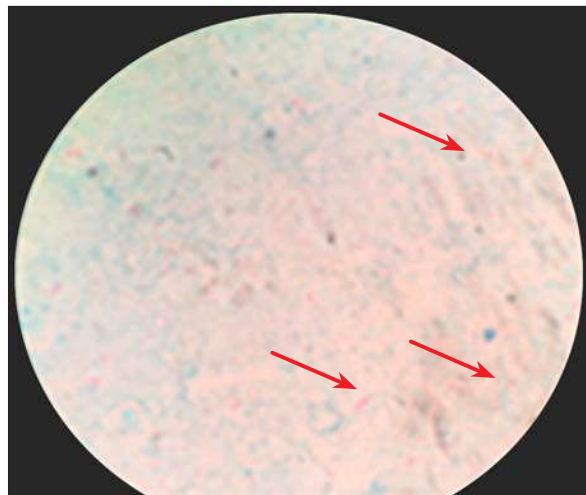


Figura 3. Examen directo con coloración de Ziehl-Neelsen. Se muestra la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (flechas).

## ■ Evolución

Desde el ingreso, el cuadro clínico indicaba alta sospecha de TB miliar en insuficiencia respiratoria, iniciándose tratamiento antituberculoso de forma empírica con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, de acuerdo con las pautas clínicas internacionales,<sup>5</sup> posteriormente confirmado con la identificación microbiológica. Se mantiene tratamiento, la paciente evoluciona satisfactoriamente y egresa en buenas condiciones generales a los 23 días de hospitalización, con valores de hemoglobina de 10.10 g/dl y el resto de los paraclínicos dentro de límites normales. La paciente continúa el esquema antimicrobiano con isoniazida y rifampicina por seis meses,<sup>5</sup> después de los cuales se realiza

control hematológico y ecográfico, encontrándose valores dentro de los límites normales.

### ■ Discusión

Aproximadamente una cuarta parte de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*.<sup>1</sup> La TB extrapulmonar tiene una prevalencia mundial del 27% y la TB genital, del 9%;<sup>6</sup> las trompas de Falopio son la localización principal (95% a 100%), seguida de endometrio (50% a 60%), ovarios (20% a 30%), cuello uterino (5% a 15%), miometrio (2.5%) y vagina/vulva (1%).<sup>3,6</sup> En Ecuador, en el año 2018 la tasa de incidencia de TB fue 34.53 por cada 100 000 habitantes, con el 76.87% de tratamiento exitoso en el país y una tasa de fallecimientos de 2.59/100 000 habitantes.<sup>5</sup>

En este caso, aunque en las muestras de esputo no se encontró BAAR, las características clínicas y radiológicas permitieron la alta sospecha de TB miliar e iniciar el tratamiento específico.

El diagnóstico fue confirmado con la identificación de *M. tuberculosis* en las muestras de secreción obtenidas por culdocentesis, ajustando el diagnóstico a TB extrapulmonar. Las dificultades para el diagnóstico de la TB abdomino-pelviana se deben a que los síntomas son inespecíficos, con presencia de masa anexial y elevación del marcador

tumoral Ca-125.<sup>7</sup> El diagnóstico diferencial es amplio, abarca cáncer de ovario, quiste vulvar o vaginal, embarazo ectópico, endometriosis, otras neoplasias malignas, apendicitis, enfermedad de Crohn, así como otras afecciones infecciosas: actinomicosis, esquistosomiasis, filariasis, lepra, granuloma inguinal.<sup>4,8-10</sup>

A partir de una TB genital puede producirse diseminación por contigüidad de lesiones tuberculosas hacia el peritoneo, originando TB peritoneal, aunque esta puede ser causada también por diseminación hematogena o linfática desde un foco distante.<sup>3,7</sup> Es realizando una metódica historia clínica con examen físico y paraclínicos adecuados que incluyan estudios microbiológicos de última generación<sup>2,11,12</sup> que se logra el diagnóstico adecuado y temprano, en este caso, TB extrapulmonar: TB miliar, peritoneal y genital (absceso tubo-ovárico tuberculoso).

### ■ Pautas éticas

Los autores certifican que han obtenido el consentimiento informado de la paciente para el uso de sus imágenes y otra información clínica, igualmente que la paciente entiende que su nombre no será publicado y se harán los debidos esfuerzos para ocultar su identidad y que esta publicación se realiza solo con fines científicos del informe de caso de interés clínico.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2023  
www.siicsalud.com

*Las autoras no manifiestan conflictos de interés.*

### Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. 2021. Disponible en: Tuberculosis (who.int) [Consultado 22 de julio 2022].
- Sharma JB, Sharma E, Sharma S, Dharmendra S. Recent advances in diagnosis and management of female genital tuberculosis. J Obstet Gynaecol India 71(5):476-487, 2021.
- Sharma JB, Sharma E, Sharma S, Dharmendra S. Female genital tuberculosis: revisited. Indian J Med Res 148(Suppl):S71-S83, 2018.
- Flores-Acosta CC, Vidal-Gutiérrez O, Saldívar-Rodríguez D, Iglesias-del Real P, Barboza-Quintana O. Peritoneal tuberculosis as a differential diagnosis of ovarian cancer. Medicina Universitaria 12(48), 2010.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. 2018. 2da Edición. Ecuador. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf) [Consultado 22 de julio 2022]
- Grace GA, Devaleen DB, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. Indian J Med Res 145(4):425-436, 2017.
- Namani S, Qehaja-Buçaj E, Namani D. Screening for genital tuberculosis in a limited resource country: case report. BMC Infect Dis 17(1):130, 2017.
- Márquez Maraver F, Rodríguez Fernández MJ, Fernández Sánchez M, Dueñas Díez JL, La Calle Marcos M, Olivares Ruiz E. Tuberculosis peritoneal frente a cáncer de ovario: claves para un diagnóstico diferencial difícil. Progresos de Obstetricia y Ginecología 46(1):38-41, 2003.
- Serman VF, Saavedra CM, Feldman GR, Concha PC, Vitar GC, Bustos PA, et al. Tuberculosis peritoneal con presentación clínica como cáncer ovárico avanzado: revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol 81(5):411-420, 2016.
- Vergara-Fernández VN, Montañón del Granado JF, Flores-Herrera D. Tuberculosis de los genitales femeninos: reporte de un caso. Rev Méd Cient Luz Vida 6(1):41-5, 2015.
- Agrawal S, Kant S, Das V, Jain A, Mishra S. Limited role of GeneXpert in peritoneal fluid in the diagnosis of genital tuberculosis in infertile women. J Family Med Prim Care 10(4):1656-1660, 2021.
- Arenas NE, Coronado SM, García A, Quintero L, Gómez Marín JE. Características clínicas y sociodemográficas de los casos con tuberculosis resistente en el municipio de Armenia, Quindío (Colombia). Infectio 16(3):148-153, 2012.