

ANALES DE MEDICINA INTERNA

Fundada en 1983
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

Cartas al Director

Ascitis tabicada por tuberculosis peritoneal

Sr. Director:

La tuberculosis abdominal representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar y la región ileocecal y el peritoneo son las localizaciones más habituales (1,2). La tuberculosis peritoneal (TP) es poco frecuente en los países desarrollados (3). Suele presentarse en edades medias de la vida con predominio en mujeres (2,4). La diseminación peritoneal puede producirse desde los ganglios linfáticos, lesiones intestinales o salpingitis tuberculosa en mujeres (1). Sus manifestaciones se confunden con otros procesos por lo que debe mantenerse un alto índice de sospecha o de lo contrario el diagnóstico puede ser omitido o retrasado dando lugar a una mayor morbimortalidad (3).

Presentamos el caso de un varón de 57 años, agricultor, fumador de 30 cigarrillos al día con hábito enólico importante y antecedentes patológicos de apendicectomía a los 20 años. Ingresó por presentar en los últimos 20 días astenia, pérdida de 8 kg de peso y un ligero aumento del perímetro abdominal. En los 3 días previos al ingreso se añadió fiebre de 39 °C con escalofríos sin foco evidente. A la exploración física destacaron T° 38,3 °C, delgadez, buena coloración de piel y mucosas, nivel de conciencia normal. El abdomen estaba tenso, poco depresible con matidez difusa y hernia inguinoescrotal dcha no complicada.

En los análisis de sangre destacaron VSG: 64, proteínas: 5,8 g/dl, Na: 127 mEq/l y un patrón de mala utilización del hierro. La Rx de tórax mostró una ligera elevación del diafragma dcho y la Rx de abdomen niveles hidroaéreos difusos. La ecografía abdominal evidenció ascitis tabicada de moderada cuantía. Tras paracentesis se obtuvo un líquido de color ambarino con características de exudado linfocitario y citología negativa para malignidad. El ADA fue de 108 U/l. La tinción para BK y cultivo de Löwenstein fueron negativos. Los hemocultivos, cultivos y BK de esputos, serologías de hepatitis B y C y VIH fueron negativos. La TAC abdominal demostró ascitis tabicada con importante engrosamiento peritoneal y epiploico (Fig. 1) con hígado y bazo normales. La colonoscopia hasta ciego fue normal. El Mantoux fue negativo. Se solicitó laparoscopia que no pudo realizarse por intensa fibrosis y se realizó un minilaparotomía apreciando un peritoneo engrosado con nódulos de 1-2 cm de aspecto carcinomatoso y no se remitieron muestras para cultivo. Las biopsias correspondieron a granulomas con necrosis caseosa y escasos

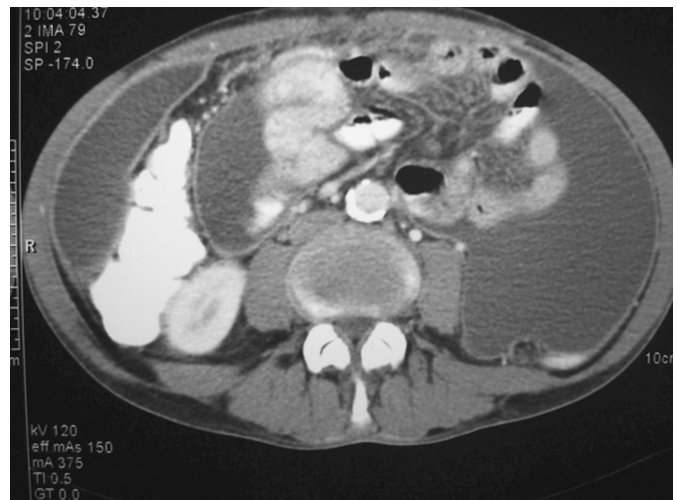


Fig. 1. Líquido ascítico tabicado en diversas localizaciones con importante engrosamiento del peritoneo parietal.

bacilos ácido-alcohol resistentes. Con el diagnóstico de TP se instauró tratamiento con Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida durante 6 meses con buena tolerancia por el paciente y desaparición de la sintomatología. En la TAC abdominal a los 5 meses de tratamiento habían desaparecido por completo la ascitis y el engrosamiento peritoneal.

La TP se manifiesta con fiebre, pérdida de peso, distensión abdominal, sudoración nocturna y dolor abdominal (3-6). La ascitis aparece hasta en un 97% de los casos (5). El riesgo de padecerla es mayor en pacientes en diálisis peritoneal o con infección VIH, cirrosis hepática o alcoholismo, aunque es habitual no encontrar enfermedades concomitantes (3). Puede presentarse de 3 formas: tipo ascítico (la más frecuente), tipo seco con adherencias y tipo fibrótico con engrosamiento del omento y ascitis loculada (1), como el caso que presentamos. El Mantoux tiene poca utilidad en el diagnóstico. Un líquido ascítico correspondiente a un exudado linfocitario con niveles de ADA superiores a 36 U/l deben sugerir el diagnóstico de TP (1,6,7). Las tin-

ciones para BAAR y los cultivos de la ascitis son positivos en pequeños porcentajes (3 y 20% respectivamente), exceptuando estudios de muestras superiores a 1 litro de ascitis en los que la positividad de los cultivos supera el 80% (1). La TAC puede resultar útil especialmente en los casos de masas mesentéricas o engrosamiento peritoneal (8). Por ello en ascitis de origen indeterminado, debe solicitarse a menudo la laparoscopia para confirmación del diagnóstico mediante biopsia y cultivo de la muestra y en caso de no ser posible o presentarse complicaciones realizar laparotomía. Se han descrito hasta un 5% de ascitis con doble etiología y no es excepcional encontrar una TP y una carcinomatosis peritoneal simultáneamente (9).

B. de Escalante Yangüela, M. Aibar Arregui, D. Sáenz Abad, C. B. Torrubia Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

1. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; 120: 305-15.
2. Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. *Can J Surg* 2005; 48: 131-6.
3. Al Muneef M, Memish Z, Al Mahmoud S, Al Sadoon S, Bannatyne R, Khan Y. Tuberculosis in the belly: A review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. *Scand J Gastroenterol* 2001; 528-32.
4. Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: Experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2004; 10: 3647-9.
5. Aston NO. Abdominal tuberculosis. *World J Surg* 1997; 21: 492-9.
6. Lado FL, Cabana MJ, Ferreiro MJ, Cabarcos A, Donado E. Peritonitis tuberculosa. Aportación de tres casos. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 296-8.
7. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: An overview. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1761-8.
8. Pickhardt PJ, Bhalla S. Unusual nonneoplastic peritoneal and subperitoneal conditions: CT findings. *RadioGraphics* 2005; 25: 719-30.
9. Porcel A, Alcaín G, Moreno M, Amaya A, Guillén P, Martín L. Valor de la laparoscopia en la ascitis de origen indeterminado. *Rev Esp Enferm Digest* 1996; 88: 485-9.

Polimiositis y dermatomiositis como debut de carcinoma de esófago

Sr. Director:

La miopatías inflamatorias son enfermedades autoinmunes del músculo esquelético. Teniendo en cuenta criterios clínicos, histopatológicos, inmunológicos y demográficos se dividen en tres grupos polimiositis, dermatomiositis y miositis con cuerpos de inclusión (1). La asociación entre miopatías inflamatorias y tumores se describió por primera vez en 1916 en una paciente que presentó dermatomiositis y cáncer gástrico (2). Los tumores que más frecuentemente se han asociado con miopatías son los de ovario, pulmón, estómago, colorrectal, páncreas y linfoma no

Hodgkin (3). En raras ocasiones se ha descrito asociado a tumor de esófago (4-6). Tras revisar la literatura no hemos encontrado ningún caso en el que se hayan presentado ambas patologías como forma de debut. Presentamos a continuación un caso de polimiositis y dermatomiositis como presentación inicial de carcinoma de esófago.

Varón de 76 años que consulta por astenia y dolor muscular. Entre los antecedentes personales destacaban ser ex fumador de 10 cigarrillos/día con bronquitis crónica secundaria que no requería oxigenoterapia domiciliaria. Negaba consumo de alcohol ni otras patologías de interés. Consultó por un cuadro de varios días de evolución de astenia acompañada de dolor muscular sobre todo en extremidades superiores. No refería clínica respiratoria, gastrointestinal ni genitourinaria. No había presentado fiebre ni pérdida de peso. En la exploración se encontraba afebril, con tensión arterial de 120/70, buen estado general, sin adenopatías palpables ni otros hallazgos. El hemograma presentaba 14.500 leucocitos/mm³, 76% de segmentados, serie roja y plaquetas normales. La velocidad de sedimentación globular era de 35 mm. El estudio de coagulación era normal. En la bioquímica urea de 65 mg/dl, creatinina 1,3 mg/dl, CPK 17.000 UI/L, GOT 279 UI/L, LDH 580 UI/L, CPK-MB, troponina I y restos de parámetros dentro de la normalidad. ANA positivos a títulos de 1/320 con patrón moteado cromatina negativa, ENAS y anti-DNA negativos. La serología para hepatitis A, B, C, VIH fue negativa. Las hormonas tiroideas, los marcadores tumorales CEA, CA 19,9, CA 15,3, PSA eran normales. El CA 125 fue de 37,4 UI/ml (valores normales de 30,2). En el proteinograma proteínas totales de 6,5 g/dl y albúmina de 2,8 g/dl, resto normal. El electrocardiograma mostraba fibrilación auricular a 120 lpm sin datos de isquemia aguda. El ecocardiograma objetivó ventrículo izquierdo levemente hipertrófico con diámetros y función sistólica conservada. La ecografía abdominal no objetivó lesiones ocupantes de espacio ni otros hallazgos.

Durante el ingreso coincidiendo con la elevación de CPK el paciente comenzó con debilidad muscular progresiva y lesiones cutáneas maculares eritematosas no pruriginosas localizadas en abdomen y miembros superiores. Se realizó un electromiograma que describió la existencia de miopatía de grado moderado en fase muy activa compatible con miopatía inflamatoria y polineuropatía sensitiva de tipo axonal generalizada de grado severo en miembros inferiores y moderada en miembros superiores, así como motora desmielinizante discreta en miembros inferiores.

Se realizó una tomografía axial computerizada toraco-abdominal que objetivó una gran masa heterogénea de 10 x 5 cm en esófago distal, con obliteración de la luz y dilatación leve del esófago proximal. Se extendía desde cardias a aurícula izquierda, sin evidencia de infiltración tumoral de órganos adyacentes. Mínimo derrame pleural izquierdo. No se objetivaron metástasis en ninguna localización. En la endoscopia se confirmó la existencia de una masa esofágica a 30 cm que se extendía hasta cardias, vegetante que estrechaba la luz pero permitía el paso del endoscopio. Se tomaron biopsias que confirmaron el diagnóstico de carcinoma epidermoide.

El paciente fue diagnosticado de polimiositis y dermatomiositis secundarias a carcinoma epidermoide de esófago. Se inició tratamiento con prednisona a 60 mg/día con gran mejoría de la clínica de polimiositis y dermatomiositis. Tras ser valorado por los servicios de cirugía y oncología se decidió la colocación de prótesis esofágica y realizar tratamiento paliativo.

Dos semanas después comenzó con un cuadro de fiebre acompañada de disnea intensa. Se confirmó la existencia de neumonía de lóbulo inferior derecho y progresión de la masa tumoral. A pesar del tratamiento el paciente presentó un empeoramiento clínico progresivo siendo exitus una semana después.