

Ascitis linfocitaria con niveles elevados de adenosina deaminasa secundaria a infección por *Chlamydia trachomatis*



Lymphocytic ascites with high adenosine deaminase levels secondary to Chlamydia trachomatis infection

Sr. Editor:

Chlamydia trachomatis es la principal causa bacteriana de infección de transmisión sexual (ITS) a nivel mundial¹. La presentación clínica puede variar desde infecciones urogenitales asintomáticas (las más frecuentes) o sintomáticas y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en mujeres, infecciones genitales sintomáticas o asintomáticas en varones, hasta infecciones extragenitales^{1,2}. La infección urogenital por *Chlamydia trachomatis* puede tener consecuencias graves en la mujer como son la EIP, la infertilidad, el embarazo tubárico y el dolor pélvico crónico¹.

Mujer de 33 años de edad sin antecedentes de interés. Acudió a urgencias por dolor en hemiabdomen inferior, irregularidad menstrual y distensión abdominal de varios días de duración. A la exploración presentaba un abdomen distendido y levemente doloroso en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, con oleada ascítica. Se llevó a cabo una analítica general en la que presentaba: proteína C reactiva 41 mg/l, alanina transaminasa 72 UI/l, aspartato transaminasa 96 UI/l, fosfatasa alcalina 59 UI/L y CA-125 299 UI/ml, siendo el resto de la bioquímica, estudio de coagulación, hemograma, marcadores tumorales y serologías para VIH, sífilis, virus de la hepatitis A, B y C, y test de gestación negativos o normales. Tras la prueba de tuberculina no se evidenció induración alguna. La ecografía y la TAC de abdomen y pelvis mostraron un ovario derecho con una imagen compatible con un cuerpo lúteo hemorrágico y moderada cantidad de líquido libre en cavidad abdominal. Tras 5 días de ingreso la paciente desarrolló mayor cantidad de líquido ascítico por lo que se realizó una laparoscopia diagnóstica evidenciando un líquido macroscópicamente claro, una trompa derecha con signos inflamatorios leves e inespecíficos, un ovario derecho con un cuerpo lúteo y el resto de la cavidad sin particularidades reseñables. Se realizó quistectomía de ovario derecho, salpinguectomía derecha, y toma de muestras de peritoneo parietal para citología y cultivo.

La anatomía patológica fue negativa para malignidad en todas las muestras y no se observaron granulomas. El estudio del líquido ascítico mostró 14.000 leucocitos/ml siendo el 75% de ellos mononucleares, 9.500 hematíes/ml, 94 mg/dl de glucosa, LDH 128 UI/l, proteínas 7,6 g/dl, albúmina 3 g/dl y adenosina deaminasa (ADA) 65 UI/l. El cultivo convencional del líquido, así como la PCR de *Mycobacterium tuberculosis* y el cultivo específico en medios de micobacterias fueron todos negativos. Se llevó a cabo cultivo endocervical (negativo) y PCR para *Chlamydia trachomatis* cuyo resultado fue positivo. Se diagnosticó de EIP por *Chlamydia trachomatis* con ascitis secundaria, por lo que se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h/14 días a la paciente y a su pareja. La paciente mejoró progresivamente tanto en la sintomatología, como la ascitis y el marcador CA-125 hasta la normalización a las 4 semanas de iniciar el tratamiento.

La EIP es una infección del tracto genital superior en mujeres que puede cursar de forma clínica o subclínica, y cuya presentación puede variar desde endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis,

perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) hasta absceso tubo-ovárico. La etiología puede ser también diversa y no es exclusiva de las ITS. Aunque no es infrecuentes el hallazgo de pequeñas cantidades de líquido ascítico en la EIP, la ascitis moderada o severa es infrecuente^{3,4}.

En la literatura hemos encontrado algunos casos de peritonitis linfocitaria con ADA alto debidas a EIP por *Chlamydia trachomatis*^{4,5}. Un trabajo clásico de Runyon encontró una especificidad del 95,4% para la tuberculosis peritoneal en líquidos ascíticos con ADA elevado, en cuyo estudio se incluía otro caso de ascitis con ADA alto provocada por *Chlamydia trachomatis*⁶.

Nuestro caso pone en evidencia la necesidad de incluir *Chlamydia trachomatis* en el diagnóstico diferencial de la EIP y las ascitis linfocitarias en mujeres jóvenes. La detección de un ADA elevado en líquido ascítico puede hacer sospechar una infección tuberculosa, pero no puede descartar otras causas infecciosas por lo que se debe llevar a cabo un estudio microbiológico más profundo mediante cultivos específicos y técnicas de biología molecular. Si la duda persiste debe realizarse una exploración abdominal mediante laparoscopia/laparotomía con toma de muestras, puesto que la presencia de granulomas caseificantes es el dato más orientativo hacia una etiología tuberculosa, mientras que su ausencia haría menos probable este diagnóstico tal y como ocurrió con nuestra paciente.

Bibliografía

1. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. Background review for the "2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections". *Int J STD AIDS.* 2016;27:333–48.
2. Baguley S, Greenhouse P. Non-genital manifestations of *Chlamydia trachomatis*. *Clin Med (Lond).* 2003;3:206–8.
3. Muller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Schlapfer HU, Knoblauch M, Tammann RW. *Chlamydia trachomatis* as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *BMJ.* 1978;22:1022–4.
4. Tsukada Y, Tamura S, Mitsuhashi H, Ueki K, Maezawa A, Nojima Y. Advanced peritonitis and subclinical disseminated intravascular coagulopathy associated with *Chlamydia trachomatis* infection. *Scand J Infect Dis.* 2001;33:555–7.
5. Kang HM, Oh TH, Kang GH, Joen TJ, Seo DD, Shin WC, et al. A case of *Chlamydia trachomatis* peritonitis mimicking tuberculous peritonitis [Article in Korean]. *Korean J Gastroenterol.* 2011;58:111–6.
6. Hillebrand DJ, Runyon BA, Yasmineh DWG, Rynders GP. Ascitic fluid adenosine deaminase insensitivity in detecting tuberculous peritonitis in the United States. *Hepatology.* 1996;24:1408–12.

Leonardo Mauro Aisa Denaroso^a, Emilio Guirao Arrabal^{b,*} y María Gábor Manrique Fuentes^a

^a Unidad de Ginecología, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

^b Unidad de Medicina Interna, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.guirao@gmail.com (E. Guirao Arrabal).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.06.012>
0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.