

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUBERCULOSIS PERITONEAL

Por:

Dra. María Emilia Fernández Aguilar¹, Dra. Calixta Rosa Hernández del Sol² y Dra. Rosa Isabel Bermúdez Alemán³

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: maquilarvenezuela@yahoo.es
2. Especialista de II Grado en Microbiología. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Microbiología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

TUBERCULOSIS PERITONEAL

Subject headings:

TUBERCULOSIS, PERITONEAL

En los últimos años, la tuberculosis extrapulmonar ha aumentado a nivel mundial por diversos factores: un mejor diagnóstico, un menor descenso en la forma pulmonar y su mayor frecuencia en pacientes con el VIH, en los cuales ha aumentado la supervivencia. Esta enfermedad puede afectar cualquier órgano o sistema y su presentación clínica puede simular otros procesos. Esto, unido a que obtener una muestra para la confirmación diagnóstica puede ser más difícil en esta forma que en la tuberculosis pulmonar, conduce con frecuencia a un retraso en su diagnóstico y a la instauración de un tratamiento eficaz¹.

La tuberculosis peritoneal, difusa o localizada, sola o asociada a otras localizaciones, es actualmente bastante rara y se observa sobre todo en adultos jóvenes. Puede evolucionar como una ascitis libre o tabicada, en cuyo caso el diagnóstico es a veces posquirúrgico^{2,3}. Esta enfermedad se puede extender al peritoneo, a partir de ganglios linfáticos abdominales afectados, o desde una salpingooforitis tuberculosa. Los síntomas pueden ser leves, con astenia, dolor e hipersensibilidad abdominal, o suficientemente graves para imitar una peritonitis bacteriana aguda. El "abdomen con consistencia de masa", mencionado en textos antiguos, se encuentra rara vez. Los procedimientos diagnósticos más fiables son la paracentesis y la biopsia peritoneal con aguja. Tienen utilidad el examen del líquido o el estudio hístico y la identificación de *Mycobacterium tuberculosis* mediante reacción de la polimerasa en cadena (PCR). El hallazgo de granulomas en la biopsia, junto con una prueba de la tuberculina positiva, establece el diagnóstico, casi con tanta seguridad como con la identificación del bacilo de Koch en los cultivos⁴.

Presentación del paciente

Paciente femenina, de 19 años, con antecedentes de salud anterior, que desde hacía 15 días se quejaba de astenia, fiebre de 38° C, y aumento del volumen de su abdomen; por ello, acudió al Hospital "Arnaldo Milián Castro" donde se decidió su ingreso el 10 de julio de 2001 en la sala de Medicina Interna. En el examen físico, se comprobó palidez cutáneo-mucosa, maniobra de Tarral

positiva, por presencia de ascitis y masa tumoral no bien definida en hemiabdomen inferior, de consistencia firme. Se le realizaron varios exámenes complementarios, con los siguientes resultados: hemoglobina: 9,8 g/l; eritrosedimentación: 43 mm; ALT: 59 UI; timol: 5,1 U; serología: VDRL no reactiva; VIH: negativo; en la radiografía de tórax se observó acentuación de la trama hilio basal, con derrame pleural bilateral de pequeña cuantía; en el ultrasonido abdominal: hepatosplenomegalia ligera y ascitis; el ultrasonido ginecológico fue normal. Se tomaron muestras de líquido ascítico para realizar estudio citoquímico, donde se informó: 82 cel/mm³ y predominio de linfocitos; prueba de Rivalta positiva; las pruebas bacteriológicas de líquido ascítico y de la tinta china fueron negativas, así como el citodiagnóstico; en la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF), se detectaron abundantes polimorfonucleares.

En tres ocasiones, se intentó realizarle laparoscopia, pero resultó técnicamente imposible, por no existir seguridad en la realización del neumoperitoneo, debido a la masa palpable ya descrita. Se practicó tomografía axial computadorizada en la que se describe: ascitis interasas y en fondo de saco, conglomerado de asas, sobre todo delgadas, que forman verdaderos plastrones. Se concluye como: enfermedad inflamatoria intestinal idiopática e infiltración tumoral de asas.

Por todo este cuadro clínico y por el deterioro del estado general de la paciente, se decidió realizar laparotomía exploradora, con el planteamiento diagnóstico de los cirujanos de carcinosis del epiplón mayor, con infiltración de asas delgadas: los genitales internos se describen normales y no se precisa tumor primario en la cavidad abdominal; se tomaron muestras de líquido ascítico, de epiplón y mesenterio para estudio BAAR e hístico. La codificación obtenida en el examen directo del líquido fue 0, pero en el cultivo se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. En el histodiagnóstico se describe: proceso inflamatorio crónico granulomatoso de la grasa intraabdominal con formación granulomatosa caseosa, y cultivo de BAAR positivo, con lo que se confirmó el diagnóstico de tuberculosis peritoneal. Se repitió la prueba de VIH y se le realizó la de Western Blot, cuyos resultados fueron negativos. La paciente fue trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y ante este diagnóstico se decidió comenzar tratamiento antituberculoso, con lo que se logró gran mejoría clínica y fue egresada a los nueve días, con seguimiento por consulta y control en su área de salud, donde completó el ciclo de tratamiento antituberculoso. Fue reingresada el 25 de septiembre de 2002 por una fístula en epigastrio (en la cicatriz quirúrgica), que se solucionó con tratamiento de antibióticos y curas locales, sin necesidad de operarla. Reingresó por presentar seudooclusión intestinal el 27 de enero de 2003, y evolucionó satisfactoriamente en pocos días mediante tratamiento conservador. Actualmente está asintomática y se controla su evolución en su área de salud.

Comentario

En nuestro medio, la tuberculosis peritoneal es un diagnóstico poco frecuente, pero nunca debemos olvidarlo, pues esta forma de presentación supone una verdadera fuente de confusiones. En general, se manifiesta con dolor abdominal acompañado de distensión, aunque también son comunes la fiebre, la pérdida de peso y la anorexia. El líquido ascítico de estos pacientes es típicamente exudativo. El número de leucocitos suele variar entre 50 y 10 000 por microlitro y predominan los linfocitos, aunque en ocasiones pueden ser los polimorfonucleares³. Raras veces se observan los bacilos acidorresistentes en las tinciones del líquido ascítico. Concordamos con varios autores en que los mejores resultados diagnósticos se obtienen con el estudio hístico y el cultivo de tejido peritoneal¹⁻³, por lo que es preferible la realización de laparoscopia o laparotomía, que facilitan la toma de las muestras.

Esta forma de presentación no resulta infrecuente en otras latitudes, como lo confirman los trabajos de Thoreau y colaboradores, que diagnosticaron 27 casos en los hospitales suburbanos de París, entre 1990 y 1998⁵. Asimismo, Sawadogo y su grupo tienen cifra similar, con 22 casos, en el Centro Nacional Hospitalario de Burkina Faso, en pacientes con SIDA, entre 1997 y 1999⁶. En la mayoría de estos enfermos, el diagnóstico fue realizado por laparoscopias complementadas con biopsias. Existen informes similares en hospitales ginecoobstétricos y oncológicos, donde en ocasiones se han operado a mujeres con diagnósticos presuntivos de procesos oncoproliferativos ginecológicos, y al realizar el estudio hístico y los cultivos BAAR de tejidos y de líquido ascítico, se ha confirmado el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, al aislar *Mycobacterium tuberculosis*; así lo afirman Zaidi SN y Conner M, en un informe sobre una mujer de 41 años en un Hospital de

Alabama, en el año 2002⁷ y el Dr. Mahdavi A con otro similar, en una mujer de 56 años en el Medical Center de Michigan de EE.UU, en ese mismo año⁸.

Si tenemos en cuenta que el diagnóstico clínico, imagenológico, laparoscópico, e incluso por laparotomía, de esta enfermedad es muy difícil, comprenderemos la necesidad de insistir en los estudios de tejidos y los cultivos BAAR para poder excluir la presencia de tuberculosis peritoneal, afección que con un diagnóstico oportuno y una adecuada estrategia de tratamiento puede evolucionar satisfactoriamente, como en el caso que presentamos.

Referencias bibliográficas

1. Rufi C, García Rodríguez JA, Solera J, Moreno S. Tuberculosis. En: Aguado JM, Almirante B, Fortín J. Protocolos clínicos. Madrid: SEIMC; 1999. p. 17-35.
2. Ausina RV, Cardona PI. Tuberculosis. En: Farreras Valentín P, Rozman C. Medicina interna vol.2. 14^{ta} ed. Madrid: Harcourt; 2000.p. 2650-9.
3. Brahmer JR, Small PM. Tuberculosis and non tuberculous mycobacterial infections. In: Stein JH. Internal medicine. St Louis: Mosby; 1998. p. 1633-6.
4. Manual Merck. [CD ROM].Madrid: Harcourt; 1999.
5. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O, Robineau M, Valeyre D, et al. Peritoneal tuberculosis: 27 cases in the suburbs of northeastern Paris. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6(3):253-8.
6. Sawadogo A, Ilboudo P, Ki-Zergo GA, Peghini M, Zoubga A, Lankoande D, et al. Peritoneal tuberculosis and HIV infection. Reflection a propos of 22 cases at the National Hospital of Bobo Dioulasso. Bull Soc Pathol Exot. 2001;94(4):296-9.
7. Zaidi SN, Conner M. Disseminated peritoneal tuberculosis mimicking metastatic ovarian cancer. South Med J. 2001;94(12):1212-4.
8. Mahdavi A, Malviya VK, Herschman BR. Peritoneal tuberculosis disguised as ovarian cancer: an emerging clinical challenge. Gynecol Oncol. 2002;84(1):167-70.

Recibido: 1 de junio de 2006

Aprobado: 22 de junio de 2006