

TUBERCULOSIS PERITONEAL

F. Padilla-Ávila, M. Tercero-Lozano, A. García-Robles, G. Carrillo-Ortega, A.M. Domínguez- Moliner, E. Baeyens-Cabrera

Unidad Clínica y de Gestión de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Resumen

La Tuberculosis Peritoneal es una enfermedad infrecuente¹ que puede presentar gran cantidad de síntomas y comportarse clínicamente como otra enfermedad abdominal; por ello la importancia de conocerla, realizar un diagnóstico certero y pautar un tratamiento adecuado.

Paciente varón de 83 años con antecedentes personales de etilismo crónico no activo, prostatismo y anemia ferropénica, que consulta por dolor abdominal y aumento progresivo del perímetro abdominal.

A la exploración física el paciente presentó palidez cutáneo-mucosa como dato de interés siendo la auscultación cardio-pulmonar normal. El abdomen era globuloso, con dolor difuso y ascitis no a tensión. En las pruebas complementarias realizadas se detectó analíticamente una hemoglobina de 11.2 y LDH de 225² siendo el resto rigurosamente normal incluyendo serología hepática y marcadores tumorales. Las pruebas de imagen Ecografía y TAC abdominal mostraron abundante líquido libre intraabdominal sin más alteraciones relevantes. El análisis del líquido ascítico mostro LDH 301

y ADA 47; resultando el Mantoux positivo (14 mm). Con el diagnóstico de Tuberculosis Peritoneal se instauró tratamiento con tuberculostáticos mejorando el paciente progresivamente.

Presentamos este caso dada la dificultad en el diagnóstico diferencial de un paciente no cirrótico que debuta con ascitis.

Palabras Clave: Ascitis; Tuberculosis Peritoneal; Mantoux.

Introducción

La tuberculosis peritoneal es una enfermedad regional, crónica, específica, generalmente secundaria a tuberculosis pulmonar avanzada³.

Tiene manifestaciones sistémicas más que peritoneales, con fiebre, hiporexia y malestar general. El dolor abdominal es de moderada a gran intensidad con marcada postración y ascitis. La ascitis es el hallazgo físico más frecuente y se encuentra en forma manifiesta en el 75% de los casos.

La relación entre la enfermedad pulmonar y las formas extrapulmonares de la tuberculosis se estableció en 1804 con los escritos de Laennec. El primer caso documentado data de 1843.

CORRESPONDENCIA

Francisca Padilla Ávila
C/ Doctor Fleming, nº 4
Vilches CP: 23220 (Jaén)
Tfno: 610779058

medicane@hotmail.com

El peritoneo es la sexta parte más común de compromiso extrapulmonar y su incidencia ha aumentado debido a el aumento de la infección por VIH y a la migración.

Dicha entidad hay que tenerla en cuenta para al realizar un diagnóstico diferencial de ascitis en un paciente no cirrótico, utilizando para ello pruebas analíticas específicas como son el ADA, la realización de Mantoux y además de la concordancia ecográfica que descarta hepatopatía crónica.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 83 años con antecedentes personales de etilismo crónico no activo, prostatismo y anemia ferropénica, que consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal, dolor abdominal difuso, anorexia y pérdida de peso.

Exploración física: consciente y orientado, palidez cutáneo-mucosa y auscultación cardio-respiratoria era normal. El abdomen globuloso, doloroso de forma generalizada con ascitis no a tensión. No presentaba edemas en miembros inferiores.

Se realizó una analítica completa donde el hemograma mostró un Hto: 32,8% (35-50); Hb: 11.2 g/dl (12-16); VCM 81,4 fl (81-99); leucocitos, plaquetas y coagulación plasmática normales. Bioquímica: ácido úrico 7,5 mg/dl (2.5-6). Sideremia: 27. LDH 225 Resto de bioquímica, incluyendo bioquímica hepática normal. Perfil tiroideo: normal. Marcadores tumorales alfafetoproteína y CEA: negativos. Serología VHC negativa. Serología VHB con patrón de inmunización. VIH negativo. Se realizó paracentesis diagnóstica y posterior análisis de líquido ascítico que mostró: glucosa 108 mg/dl (70-120); proteínas 5,7; leucocitos 3190 con 350 linfocitos. LDH 301. ADA 47 UI/l (<33) Ante la sospecha de tuberculosis peritoneal por los resultados anteriores se realizó Test de Mantoux (**Figura 1**) que fue positivo (14 mm). Por el contrario se procedió a cultivo de líquido ascítico para bacterias y hongos; BAAR en tres muestras de esputo y orina; y cultivo



Figura 1

Test de Mantoux.

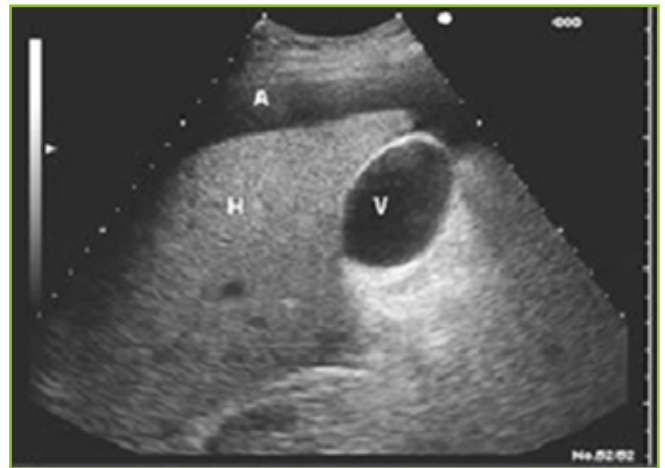


Figura 2

Ecografía abdominal.

de Micobacterias resultando sendas pruebas negativas para *Mycobacterium Tuberculosis*.

En cuanto al diagnóstico por imagen la radiografía de tórax no presentó alteraciones cardiopulmonares ni pleurales. La ecografía abdominal (**Figura 2**) fue informada como vesícula, vía biliar e hígado normales y presencia de abundante líquido libre intraperitoneal. Asimismo se realizó una endoscopia digestiva alta diagnosticándose hernia hiatal con esofagitis I/IV asociada y colonoscopia hallándose 2 pólipos colónicos realizándose polipectomía y posterior estudio anatomopatológico cuyo resultado fue de pólipos adenomatosos. El TAC abdominal no ayudó mucho al diagnóstico siendo informado como abundante líquido intraperitoneal en relación con ascitis.

Ante la alta sospecha de TBC peritoneal se instaura tratamiento tuberculostático con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 6 meses mejorando el paciente progresivamente.

Discusión

La tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente, representando el 0,5% de los casos nuevos de tuberculosis y el 11% de las formas extrapulmonares, aumentando su frecuencia por la aparición de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, la resistencia a los fármacos antituberculosos y los cambios migratorios⁴. La TBC peritoneal predomina en adultos y se asocia con la desnutrición, drogadicción y etilismo.

La clínica predominante suele ser distensión abdominal secundaria a ascitis exudativa, fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea y malestar abdominal inespecífico, pudiendo simular cualquier proceso abdominal. Debe realizarse diagnóstico diferencial con procesos, como la enfermedad de Chron, apendicitis aguda, adenocarcinoma intestinal, sarcoma, enteritis por *Yersinia*, amebiasis e histoplasmosis, entre otras.

El líquido ascítico es un exudado, donde el cociente entre el LDH suero/ LDH del líquido ascítico es < 1 . La elevación del ADA es de gran ayuda diagnóstica cuando los valores sobrepasan de 40 U/L. La glucosa en el líquido ascítico se encuentra disminuida en relación con la glicemia, existe celularidad incrementada, el recuento leucocitario es mayor de 500 con predominio linfocitario. Es infrecuente el hallazgo del microorganismo en el líquido ascítico⁵.

En nuestro caso el recuento leucocitario fue de 3190 leucocitos con 350 linfocitos ($>200 \text{ mm}^3$ peritonitis tuberculosa vs carcinomatosis peritoneal) y ADA de 47 (considerado como marcador de peritonitis tuberculosa, que cuando es superior a 33 UI/l alcanza una S:100% y E:95%); lo que nos ayudó para la realización de un diagnóstico diferencial que nos llevó al diagnóstico de tuberculosis peritoneal junto con Mantoux y pruebas de imagen permitiéndonos así la instauración de un tratamiento adecuado.

El tratamiento se realiza con fármacos tuberculostáticos no difiriendo de la pulmonar; generalmente la pauta a seguir es isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 6 meses.

Para concluir decir que el diagnóstico de TBC peritoneal es difícil debido a que esta enfermedad es una infección crónica que desarrolla cambios morfológicos observados en toda enfermedad inflamatoria del intestino y que si no se sospecha, puede pasar por alto o diferirse indefinidamente. De ahí en la necesidad de plantear un diagnóstico diferencial en casos de ascitis de origen no hepático en las que se ha descartado una carcinomatosis peritoneal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horvarth K, Whelan R. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 692-696.
2. Alvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine* 1984; 63: 25-55
3. Gan HT, Chen YQ, Ouayang Q, bu H, Yang XY. Differentiation between intestinal tuberculosis and Chron's disease in endoscopic biopsy specimens by polymerase chain reaction. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1446-1451.
4. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120: 305-15.
5. Gulati MS, Sarma D, Paul SB. CT appearances in abdominal tuberculosis. A pictorial essay. *Clin Imaging* 1999;23:51-9.