

DOLOR ABDOMINAL COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE TUBERCULOSIS PERITONEAL EN SU VARIANTE SECA

* Eduardo Peter Lazcano Costas

RESUMEN

Se revisan las manifestaciones clínicas y diagnósticas de 2 pacientes con tuberculosis peritoneal, un varón, y una mujer con edades de 61 y 27 años respectivamente. El motivo de consulta en ambos casos fue el de dolor abdominal agudo. Dada la baja frecuencia de la tuberculosis peritoneal en su variante seca, y a pesar que en un caso existía el antecedente de tuberculosis pulmonar, la ausencia de ascitis desestimó la probabilidad diagnóstica de tuberculosis peritoneal, tomándose ambos casos como abdomen agudo quirúrgico realizándose una laparotomía diagnóstica. El diagnóstico final fue por histopatología. Los pacientes respondieron positivamente al tratamiento específico propuesto por el ministerio de salud.

Palabras Clave: *Tuberculosis peritoneal, Ascitis, Laparotomía*

ABSTRACT

We revised the diagnostics and clinical manifestations of two patients with peritoneal tuberculosis. A male, and a woman with 61 and 27 years old. The consultation motive in both cases was the acute abdominal pain, but of uncertain etiology. Given the short frequency of the peritoneal tuberculosis in their dry form, and, in spite of in a case the antecedent of lung tuberculosis, the ascitis absence underrated the probability of peritoneal tuberculosis, taking both cases as acute abdomen surgical, we made a laparotomy diagnostics. The diagnosis was done by histopathology. The patients responded positively to the specific treatment proposed by the ministry of health.

Key words: *Peritoneal Tuberculosis, Ascitis, Laparotomy.*

* Médico General

INTRODUCCION

Hace algún tiempo, la tuberculosis peritoneal fue una patología frecuente, actualmente, gracias al control epidemiológico, y tratamiento que reciben todos los pacientes en forma gratuita, la incidencia ha disminuido notablemente.^{1,5} La tuberculosis peritoneal, en países como Estados Unidos representa el 0,5% de los casos nuevos de tuberculosis y el 11% de las formas extra pulmonares.⁸ Estos porcentajes pueden modificarse por algunos factores, por ejemplo la infección por el VIH que es un factor predisponente en la aparición y gravedad de esta enfermedad^{9,10}. La tuberculosis peritoneal puede ser un proceso secundario a rotura ganglionar de trompa de Falopio o de tubérculo subseroso, los cuales deben ocurrir cerca de la cavidad peritoneal. Otra causa menos común es la diseminación hematogena,^{1,2,3,4,5,6,7} se clasifica en 3 grupos: la variante seca (sin ascitis), la variante húmeda (con ascitis), y la variante mixta. En todos los casos el motivo de consulta es el dolor abdominal inespecífico, refieren sintomatología clásica de tuberculosis, como ser pérdida de peso, sudoración nocturna, anorexia, etc, siendo la variante húmeda la más frecuente (97%)^{1,3,17}. La presencia de ascitis, es la que orienta hacia la sospecha clínica. En la variante seca, el exudado inflamatorio con adherencias produce apelmazamiento de intestino el cual se manifiesta como masa abdominal palpable, lo que algunos autores describen como abdomen en tabla de ajedrez¹⁻⁷.

El líquido ascítico, en el caso de una tuberculosis peritoneal, se relaciona con derrame exudativo (proteínas mayor a 2.5 mgr./dl, leucocitos de 150 a 4000 mm³ a predominio de linfocitos, densidad de 1.018),^{1,3,7} contrastando con el tipo trasudativo, que es característico de falla hepática.^{11,12} La presencia de BAAR es muy raro, sin embargo la presencia de actividad de la ADA es de utilidad.^{7,13} Cabe también mencionar que la prueba de tuberculina es negativa hasta en 70% de los casos.^{1,4,14,15} Al examen físico los pacientes con tuberculosis peritoneal, pueden presentar distensión abdominal (ascitis), o se puede palpar una masa abdominal (apelmazamiento intestinal), que podría hacernos confundir con un proceso neoplásico^{1,16}. Los métodos diagnósticos más empleados son la paracentesis, laparoscopia con toma de biopsia, de peritoneo con aguja de Cope, laparotomía exploradora o celiotomía.^{1,3} El tratamiento tri-

conjugado ha resultado ser muy efectivo, por lo que muchos autores indican que el tratamiento quirúrgico debe ser evitado, especialmente en la forma seca, ya que a la postre puede producir fístula anal, que es una complicación frecuente¹ en la forma húmeda y solo está indicado el tratamiento clínico, sin embargo en ambas formas de presentación, húmeda o seca, solo se debería operar en casos complicados que así lo requieran, después del cual se debe administrarse corticoides para evitar la aparición de fístula anal.^{1,3,7} Conocida como "la gran simuladora" la tuberculosis mimetiza una gran cantidad de padecimientos y en su variante peritoneal puede comportarse clínicamente como otra enfermedad abdominal. Algunos pacientes no presentan la variante húmeda (ascitis), y por lo tanto su diagnóstico se torna aún más difícil, de hecho, si no se sospecha puede pasar por alto, repercutiendo de forma significativa en las tasas de morbimortalidad por dicha afección.^{1,2,3,4,7,8}

Con el propósito de revisar las manifestaciones clínicas y peculiaridades diagnósticas de esta entidad se aportan dos casos diagnosticados.

PRIMER CASO

Paciente de 27 años, sexo femenino, acude al servicio con cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de evolución, caracterizado por presentar dolor abdominal, espasmódico, de inicio en epigastrio, para posteriormente tornarse difuso. Dos días antes, el cuadro empeoró, presentando deposiciones líquidas, disenteriformes, náuseas y vómitos. Una hora antes de su ingreso pierde la conciencia, motivo por el cual acude al servicio. Al examen físico, la paciente se encontraba somnolienta, febril, los demás signos vitales dentro de parámetros normales, el abdomen se encontraba doloroso a la palpación superficial, acentuado en fosa ilíaca derecha, además del signo de Blumberg presente. Se solicitan exámenes complementarios, (Hemograma completo, fracción beta de HCG, glicemia, creatinina, uroanálisis, examen coproparasitológico), se reportó quistes con trofozoitos de E. Coli en el examen coproparasitológico, y la cuantificación de la fracción beta de HCG fue positiva, resultando los demás exámenes laboratoriales dentro de parámetros normales. Así mismo se solicitó una ecografía abdominal (Figura 1).

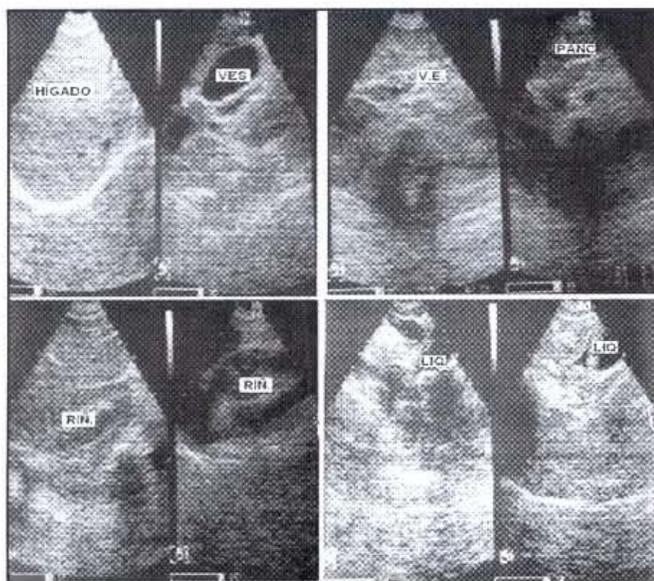


Figura 1. ECOGRAFÍA ABDOMINAL

En esta ecografía se halló líquido en fondo de saco y cuyo reporte fue de: Abdomen agudo, sugería a descartar un embarazo ectópico, por lo cual se hace una interconsulta con ginecología quienes indican no tratarse de un problema ginecoobstétrico. Posteriormente se toma la conducta de realizar una laparotomía exploradora, cuyo diagnóstico de ingreso fue de: Abdomen agudo quirúrgico.

El diagnóstico postoperatorio fue de apendicitis aguda amebiana vs. Carcinóide apendicular, ya que se halló líquido serohemático en una cantidad de mas o menos 300cc, apéndice edematoso con áreas endurecidas y natas fibropurulentas, múltiples adenopatías, ciego endurecido y congestivo. Se toma muestra histopatológica de un ganglio y se solicita su estudio anatópatológico (apéndice y ganglio), cuyo reporte, en el caso del apéndice fue de: "periapendicitis granulomatosa; TBC peritoneal," y en el caso del ganglio fue de "TBC ganglionar". (Figura 2 y 3).

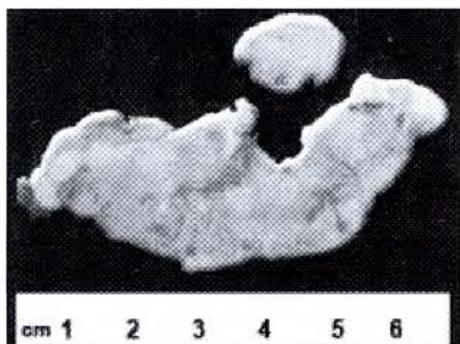


Figura 2. Biopsia de piezas realizada en el caso 1 para el estudio histopatológico

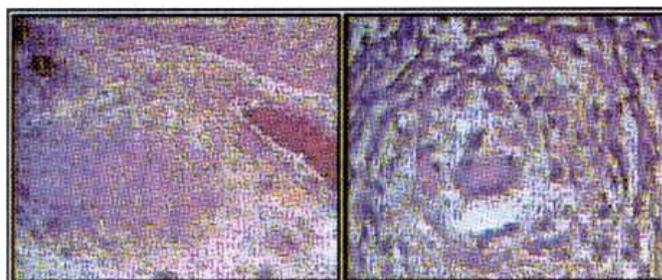


Figura 3. REPORTE HISTOPATOLÓGICO DEL CASO 1: lesiones granulomatosas en muestras de apéndice y ganglio compatibles con TBC peritoneal

Posterior a este reporte se solicitó baciloscopia seriada, la cual resultó positiva, por lo que se inicia el tratamiento específico. La paciente tuvo una evolución favorable, y es dada de alta al 8vo día de internación para continuar con el tratamiento específico antituberculoso en un centro de salud cercano a su casa.

SEGUNDO CASO

Paciente de 61 años, sexo masculino, acude al servicio con cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de evolución, caracterizado por presentar dolor abdominal opresivo, insidioso, no irradiado, en fosa ilíaca derecha, el cual intercalaba con periodos asintomáticos, así mismo refiere pérdida de peso y alzas térmicas. Al examen físico el paciente se encontraba en mal estado general, consciente orientado, signos vitales dentro de parámetros normales, se auscultaron roncus diseminados en ambos campos pulmonares, el abdomen presentaba cierta resistencia muscular, ruidos hidroaéreos positivos, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, con signos de Psoas, Obturador, y Rovsing positivos. Se solicitan exámenes laboratoriales, los cuales se encontraban dentro de parámetros normales, así mismo, por los roncus auscultados, se solicita radiografía de tórax, en la cual se halló infiltración micronodular de característica tuberculosa (Figura. 4).

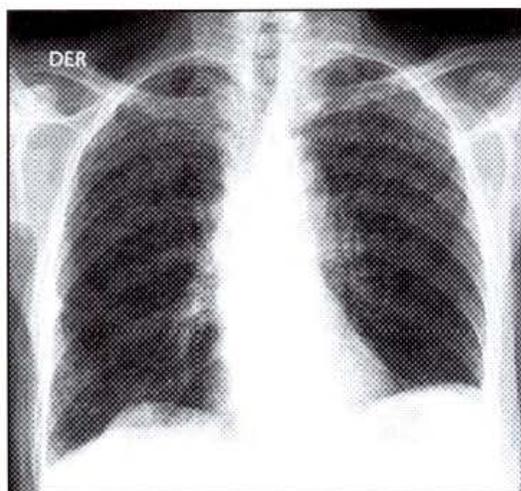


Figura 4. Imagen radiografica del caso 2 donde se aprecian infiltrados micronodulares

También se solicitó una radiografía de abdomen en la que no se hallaron alteraciones. Al no encontrar una causa probable del dolor abdominal, se toma la conducta de realizar una laparotomía exploradora, cuyo diagnóstico preoperatorio fue de: Abdomen agudo, apendicitis aguda, perforación intestinal por fiebre tifoidea, y TBC pulmonar, siendo el diagnóstico postoperatorio de Tuberculosis peritoneal, basado en los hallazgos intraoperatorios que indican la presencia de "granos de mijo" en todo el peritoneo parietal y vísceras de órganos intra abdominales por lo que se extrae muestra histológica cuyo reporte fue compatible con tuberculosis peritoneal. Posteriormente se realiza interconsulta con neumología, quien indica iniciar tratamiento específico antituberculoso. Por su buena evolución clínica el paciente es dado de alta al cuarto día de internación, para continuar con el tratamiento antituberculoso en un centro de salud cerca a su domicilio.

DISCUSION

Existen muchas publicaciones clínicas sobre tuberculosis peritoneal en su variante húmeda (ascitis). Por el contrario es difícil encontrar reportes clínicos de esta patología en su variante seca, es así que el objetivo de presentar estos dos casos es resaltar la dificultad diagnóstica y la poca frecuencia de presentación de la tuberculosis peritoneal en su variante seca, ya que un 97% de los pacientes concurren con ascitis al momento del diagnóstico, mientras que sólo el 3% manifiestan una variante seca ^{1,3,17}. Se encontraron

estudios realizados sobre la incidencia y prevalencia de la tuberculosis peritoneal en países desarrollados como EEUU ^{18, 20}, sin embargo en países donde la incidencia de tuberculosis es alta, como México, Perú o el nuestro, no fue posible hallar datos sobre tuberculosis peritoneal en sus variantes seca y húmeda, sin embargo realizando una rápida comparación, estos 2 casos representan el 0.8% de 241 pacientes que ingresaron al complejo hospitalario Viedma con el diagnóstico de abdomen agudo de etiología incierta los años 2003-2004, esto sugiere la poca frecuencia de presentación de esta enfermedad es su variante seca por lo que coincide con otras publicaciones. ²⁰

En los dos casos presentados la ausencia de ascitis determinó la dificultad diagnóstica, de hecho, en el segundo caso, a pesar de tener clínica sugestiva de tuberculosis y el reporte radiográfico de imágenes compatibles con tuberculosis, se desestimó el probable diagnóstico de tuberculosis peritoneal, precisamente por la ausencia de ascitis, que es la forma clásica de presentación (Tabla 1).

TABLA 1. RELACION CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS CON TBC. PERITONEAL

	Caso 1	Caso 2
Clinica de TBC	Ausente	Presente
Clasificación	Seca (Sin ascitis)	Seca (Sin ascitis)
Diagnóstico de ingreso	Abdomen agudo	Abdomen agudo apendicitis aguda, perforación intestinal por fiebre tifoidea, TBC pulmonar
Diagnóstico final	Histopatológico	Laparotomía-Histopatológico
Tratamiento	Triconjugado	Triconjugado

Los casos clínicos se complican aún mas en el diagnóstico ya que al examen físico abdominal tampoco se hallaron las manifestaciones típicas de la tuberculosis peritoneal en su variante seca; a causa de esta duda diagnóstica se toma la decisión de hacer el diagnóstico mediante una laparotomía exploradora siendo el diagnóstico principal el de abdomen agudo

quirúrgico de etiología incierta, esto coincide con un caso de tuberculosis peritoneal en su forma seca reportado el año 2000¹⁷, en el cual se refería un dolor abdominal inespecífico, y a pesar que se tenía como diagnóstico probable de tuberculosis peritoneal, se realizó la laparotomía exploradora para descartar otras causas probables de la urgencia médica.

En algunos reportes clínicos se indica que ante la duda diagnóstica y la probabilidad de tuberculosis peritoneal debería evitarse la laparotomía (por las complicaciones que puede desencadenar) y realizarse una laparoscopia y toma de muestra histológica si el caso así lo requiera,^{19,20} lo cual hubiese sido lo ideal en nuestros casos, sin embargo al no contar con dicho instrumento se decidió iniciar una laparotomía exploradora. Como ocurre con frecuencia, la biopsia de un nódulo es lo que finalmente da un diagnóstico definitivo, lo cual corroboramos con otros artículos publicados.^{19,20}

El tratamiento iniciado en nuestros pacientes fue el triconjugado antituberculoso propuesto por el ministerio de salud en nuestro país con buenos resultados. Ninguno de los pacientes consultó por complicaciones post-operatorias.

CONCLUSION

La presentación típica de ascitis orienta a la sospecha clínica de tuberculosis peritoneal, sin embargo cuando se trata de la forma seca (como en nuestros casos), el diagnóstico se torna difícil, por lo que puede ser tomado como cualquier padecimiento abdominal agudo, lo que nos obligaría a tomar una conducta estresante para el paciente, como es la quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sabiston.: "Tratado de Patología Quirúrgica". Editorial Mc Graw Hills. Interamericana, Mexico. 16ta Edición.2001. Pag: 892-894.
- 2.- Ferramina P. ."Cirugía de Michan" . Editorial El ateneo. España. 4ta Edición. 2001. Pag.776-778.
- 3.- Adama J, Allen R, Connolly E, y cols.: " Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico". Editorial El Manual Moderno. México.5ta edición .1990. Pag.521.

- 4.-Wyngaarden J, Lloyd H, Smith Jr.: "Medicina Interna de Cecil". Editorial Mc Graw Hills. Interamericana, Mexico. 20ma. Edición. 1997. Pag.1941-1949.
- 5.-Jawetz E, Joseph L, Helmick E, y cols.: "Bacteriología". Editorial El Manual Moderno. México.16ta. Edición.1999. Pag. 343-356.
- 6.- Fauci A. Braunwald E, Isselbacher K, y cols.: "Medicina Interna de Harrison". Editorial Mc Graw Hills. Interamericana, Mexico.15ta. Edición. 2002. Pag. 1213-1215.
- 7.- Farga V.: "Tuberculosis". Editorial Mediterráneo. Chile. 2da edición. 1992.
- 8.- Marshal JB. Tuberculosis of the gastrointestinal track and peritoneum. Am. J. Gastroenterol. 1993; 88: 989 - 999.
- 9.- Lado FL, Barrio Gómez E, Cabarcos Ortíz de Barrón A, y cols.: "Tuberculosis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación clínica y diagnóstico". An Med Interna (Madrid) 1998; 15: 415-20.
10. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, y cols.: "Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection". Medicine (Baltimore) 1991; 70: 384-97.
- 11.-Snider D. Roper WL." The new tuberculosis". N. Engl. J. Med. 192; 236(10): 703 - 704.
- 12.- Massoud GD.: "Tuberculosis mimicking acute appendicitis in patients with human immunodeficiency virus infection". CID 1994; 18: 650 - 651.
- 13.- Sathar. MA. "Ascitic fluid interferon concentration and adenosine deaminase activity in Tuberculosis peritonitis". Gut 1995; 36: 419 - 421.
- 14.- González A, Barbado H, Cano Ruiz A, Cano López J, y cols.: "Tuberculosis peritoneal. Características de una no rara localización tuberculosa". Rev Clin Esp 1992; 190: 393-397.
- 15.- Carballo Fernandez C, Cutrin Prieto C, Murias Taboada y cols. an Med Interna (Madrid) 1986 3: 337-339.
- 16.- Zulaica D, Clave E, Torrado J, y cols.: "Tuberculosis peritoneal. Incidencia en una residencia sanitaria durante un período de siete años". Rev Clin Esp 1984;72:95-96.
- 17.- Pasos G, Ramos A, " Tuberculosis Peritoneal" Rev. Clin. Cuba 2005.16;22-3
- 18.- Alvarez S. Mc Cabe Wr Extrapulmonar tuberculosis revisited: a review of at Boston City and other hospitals. Medicine 1984; 63: 25-55.