



P-632 - NEUMOPERITONEO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS MILIAR PERITONEAL

López-Soler, Guillermo; Pérez Farré, Silvia; Ambrona Zafra, David; Pinillos Somalo, Ana; Ortega Alcaide, Jaume; Gómez Baez, Ferney David; Sierra Grañón, José Enrique; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Objetivos: La tuberculosis extrapulmonar epresenta entre el 20-25% de los casos de tuberculosis, y se define como la afectación de tejidos por *M. tuberculosis* más allá del parénquima pulmonar. Entre sus localizaciones más frecuentes se encuentran la pleura y el hueso, siendo la afectación intestinal y peritoneal una forma menos frecuente de presentación. La tuberculosis peritoneal puede ser consecuencia de la diseminación hematógena de la enfermedad primaria o por diseminación directa desde localizaciones más frecuentes como la genitourinaria. Su incidencia se ve aumentada en pacientes inmunodeprimidos y suele presentarse en forma de ascitis consecuencia del engrosamiento peritoneal. Su diagnóstico es complejo dada la variabilidad en el rendimiento de las pruebas complementarias, siendo la laparoscopia una técnica efectiva, pero muchas veces reservada a pacientes con sospecha de complicación. Se presenta el caso de un paciente que acudió a nuestro centro hospitalario con sospecha de tuberculosis peritoneal y neumoperitoneo.

Caso clínico: Varón de 21 años de edad, natural de Gambia, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos. Presenta dolor abdominal de predominio en fosa iliaca izquierda asociado a náuseas, vómitos y fiebre con tos de 3 días de evolución con predominio vespertino. A la exploración se presenta febril con tensiones mantenidas y taquicardia, presentando defensa a nivel de hemiabdomen izquierdo. Ante dichos hallazgos clínicos y la presencia de elevación de marcadores inflamatorios, leucocitosis y dímero D, se solicita TC abdominal, objetivando líquido libre peritoneal con realce y neumoperitoneo anterior, por lo que se realiza laparoscopia exploradora. Durante la intervención quirúrgica se objetivan lesiones milimétricas, blanquecinas, cubriendo la totalidad del peritoneo, que se encuentra engrosado, asas de intestino delgado, mesenterio, epiplón e hígado, con abundante fibrina y material caseoso que condiciona adherencias en cavidad abdominal y ascitis difusa de los cuatro cuadrantes. Se toman muestras de citología y cultivo de líquido ascítico, así como biopsia de lesión peritoneal que se remite a anatomía patológica. Se revisa el resto de la cavidad abdominal sin hallazgos patológicos adicionales. Tras orientar el caso como una tuberculosis miliar el paciente recibe tratamiento antituberculoso de forma empírica. La citología resulta en líquido inflamatorio con predominio de polimorfonucleares y ausencia de células malignas. Por otra parte, la biopsia de peritoneo describe inflamación crónica granulomatosa con células gigantes multinucleadas tipo Langerhans en ausencia de bacilos ácido-alcohol resistentes y PCR para *M. tuberculosis* negativa.

Discusión: La presencia de neumoperitoneo junto al líquido libre y signos de irritación peritoneal obligaron a realizar exploración quirúrgica laparoscópica, dada la sospecha de perforación gastrointestinal. El peritoneo es uno de los lugares más comunes de tuberculosis extrapulmonar. Aunque idealmente la confirmación

histológica ayuda al diagnóstico de confirmación, se ha descrito la laparoscopia con hallazgos compatibles con tuberculosis peritoneal como una herramienta diagnóstica clave, especialmente si cultivos y el resto de pruebas complementarias resultan negativos, dado el aumento en morbimortalidad resultantes tras no tratar la potencial infección tuberculosa.