

Jesús Garijo Álvarez^a, Tomás González Elosua^{a,*},
Martín Gascón Hove^b y Jesús Torres Jiménez^a

^aServicio de Cirugía General, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital de la Defensa, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomasgelosua@gmail.com
(T. González Elosua).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/
j.ciresp.2010.05.009

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.006

Tuberculosis peritoneal como causa de ascitis de origen no filiado

Peritoneal tuberculosis as a cause of ascites of unknown origin

Nos ha parecido interesante el artículo publicado por Del Valle et al¹ porque, en la actualidad la incidencia de la tuberculosis está aumentando en los países desarrollados debido a la inmigración, resistencia a fármacos e inmunodepresión².

Así, la tuberculosis abdominal representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar, suponiendo el 11% de los casos de tuberculosis, y siendo su localización más habitual la región ileocecal y el peritoneo^{3,4}. La ascitis puede aparecer hasta en el 97% de los casos. Puede presentarse de tres formas distintas: tipo ascítico (la más frecuente), tipo seco con adherencias y tipo fibrótico con engrosamiento del omento y ascitis loculada³. Dada la sintomatología inespecífica es necesario establecer un diagnóstico diferencial con enfermedades de origen neoplásico (neoplasia intestinal, de ovario y linfoma), infecciosas (parasitosis en inmunodeprimidos, amebiasis, giardiasis y estrongiloidiasis) e inflamatorias (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)⁵. Se han descrito hasta un 5% de ascitis con doble patología y no es excepcional encontrar una TP y una carcinomatosis peritoneal simultánea.

Centrándonos en el diagnóstico, el Mantoux tiene poca utilidad. Un líquido ascítico correspondiente a exudado linfocitario con niveles de ADA superiores a 36 U/l debe sugerir el diagnóstico. Las tinciones de BAAR y los cultivos de la ascitis son positivos en pequeños porcentajes³. La tomografía axial computarizada puede ser útil en los casos de masas mesentéricas o engrosamiento peritoneal⁶. Estamos de acuerdo con los autores, que en ascitis de origen indeterminado debe realizarse una laparoscopia o laparotomía para la obtención de biopsias cuyo análisis anatómico-patológico y cultivo microbiológico confirmarán el diagnóstico definitivo⁷.

El tratamiento recomendado es la cuádruple terapia con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante un periodo de seis meses.

El pronóstico es favorable en la mayoría de los casos; la morbimortalidad aumenta cuando se abandona el tratamiento, existe resistencia a los fármacos y se producen complicaciones severas⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigo Del Valle Ruiz S, López Espejo JB, Martín Pérez JL, Miluy Guerrero M, Sánchez De La Villa G. Tuberculosis peritoneal como causa de ascitis de origen no filiado. *Cir Esp.* 2010;87:323-4.
2. Robaday S, Belizna C, Kerleau JM, Héron F, Cailleux N, Lecomte F, et al. Tuberculosis peritonitis: an always present disease. About 4 new cases. *Rev Med Interne.* 2005;26:738-43.
3. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res.* 2004;120:305-15.
4. Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trenes over 10 years and review of 80 patients. *Can J Surg.* 2005;48:131-6.
5. Farías Llamas OA, López Ramirez MK, Morales Mezcua JM, Medina Quintana M, Buonocunto Vázquez G. Peritoneo and intestinal tuberculosis: an ancestral reality that poses new challenges in the technological era. Case report and review of the literature. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005;70:169-79.
6. Pickhardt PJ, Bhalla S. Unusual nonneoplastic peritoneal and subperitoneal conditions: CT findings. *Radiography.* 2005;25:719-30.
7. Tarcoveanu E, Filip V, Maldovanu R, Dimofle G, Lupascu C. Abdominal tuberculosis: a surgical reality. *Chirurgia.* 2007;102:303-8.
8. Al Muneef M, Memish Z, Mahmoud SA, Sadoon SA, Bannatine R, et al. Tuberculosis in the belly: a review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. *Scand J Gastroenterol.* 2004;528-32.

Carolina Arcos Quirós*, Pedro Fernández Balaguer,
María José Sánchez Melo y Raquel González Heredia

*Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de Mérida, Mérida,
Badajoz, España*

**Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: carolinaarqui@hotmail.com
(C. Arcos Quirós).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/
j.ciresp.2009.02.008

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.005