

Sobre tuberculosis peritoneal

Sr. Editor: Hemos leído con interés el caso de Fiebre de origen desconocido y adenopatías retroperitoneales en mujer inmunocompetente, presentado por los doctores Donet et al en su publicación de abril de 2001¹. No obstante, queríamos también expresar unos comentarios acerca del mismo. En España, la tasa de incidencia de tuberculosis (TB) se sitúa en torno a 38,51 (16,20-70,75) casos/100.000 habitantes/año² y afecta en mayor medida a las clases socioeconómicas más desfavorecidas y a los pacientes con situación inmunológica comprometida, especialmente a aquellos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). De forma global, según el estudio PMIT³, la localización más frecuente es la pulmonar (69,7%), seguida de la pleural (11,2%), la linfática (8,8%) y la diseminada (6,6%); el 17,7% de los enfermos presentan coinfección por el VIH. Según este mismo estudio, el 47% de las TB en casos VIH positivos corresponden a la localización pulmonar, el 26,8% a la extrapulmonar y el 24,7% a ambas formas². Se comenta en el citado artículo que las formas peritoneales suponen entre el 4 y el 11%, así como que son debidas a siembra hematógena o por contigüidad. Si bien esto es así, en la mayoría de los casos esta situación se alcanza por la mediación de uno o varios factores favorecedores de la reactivación endógena, siendo los más implicados la infección por el VIH, antecedente de *bypass* intestinal o gastrectomía, insuficiencia renal, diabetes mellitus, neoplasias sanguíneas, ingesta de corticoides o inmunodepresores, alcoholismo, desnutrición y algunas otras situaciones con menor fuerza de asociación^{4,5}. Aunque la mayoría de estas situaciones pueden ser descartadas por la historia clínica, la ausencia de conductas o factores de riesgo, la edad o la ausencia de otras infecciones oportunistas no pueden hacer descartar una infección subyacente por el VIH. Así mismo, otras situaciones de inmunodepresión, como la linfopenia aislada de CD4, aunque rara, debería ser descartada. De esta manera, creemos que en este interesante caso debería descartarse fehacientemente la coinfección por el VIH mediante el oportuno test serológico (ELISA VIH; Western blot

VIH) y completarse su estudio con la cuantificación secuencial de subpoblaciones linfocitarias, con el fin de descartar otras posibles entidades que podrían estar ocasionando un estado de inmunodepresión larvada.

*Rafael Giménez Domenech,
Clara Natera
y José María Kindelán Jaquotot*
Sección de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba. España.

Bibliografía

1. Dones JJ, Lea ML, Camacho MA, Gutiérrez G, Fernández JL, García M. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:179-81.
2. Recomendaciones del Consejo Asesor del Plan Nacional sobre el SIDA. Control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/sida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el sida 1999; p. 14.
3. Grupo de trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis. *Med Clin (Barc)* 2000;114:530-7.
4. Buskin SE, Nolan CM. Contemporary risk factors for tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1992;145:A103.
5. Farga V. Tuberculosis. (2ª ed.). Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo, 1992.