

- Janssen M, Baggen MG, Veen HF, Smout AJ, Bekkers JA, Jonkman JG, et al. Dysphagia lusoria: Clinical aspects, manometric findings, diagnosis and therapy. *Am J Gastroenterol.* 2000;95: 1411-6.
- Boyce GA, Boyce HW Jr. Esophagus: Anatomy and structural anomalies. En: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, et al, editors. *Text-book of Gastroenterology.* 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1995. p. 1156.
- Brown DL, Chapman WC, Edwards WH, et al. Dysphagia lusoria: Aberrant right subclavian artery with a Kommerell's diverticulum. *Am Surg.* 1993;59:582-6.
- Morris CD, Kanter KR, Miller JI Jr. Late-onset dysphagia lusoria. *Ann Thorac Surg.* 2001;71:710-2.



## TRATAMIENTO COADYUVANTE CON CORTICOIDES DE LA TUBERCULOSIS PERITONEAL

**Sr. Director:** La tuberculosis peritoneal (TBP) y las formas extrapulmonares son variantes relativamente infrecuentes en los países occidentales, si bien ha aumentado su incidencia en los últimos años debido a la pandemia del sida y al fenómeno creciente de la inmigración procedente de países en desarrollo. La utilización de los corticoides como terapia coadyuvante del tratamiento antituberculoso es un tema controvertido aún no resuelto. Se presenta un caso de TBP con gran reacción desmoplásica que ocasionaba cuadros reiterados de suboclusión intestinal que evolucionó de forma favorable tras el tratamiento coadyuvante con corticoides.

Mujer de 52 años de origen paquistaní, residente en España desde hace 25 años, que consultó por dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal, pérdida de peso y febrícula de 3 meses de evolución. El examen físico reveló una temperatura de 37,8 °C y una ascitis moderada. La radiografía de tórax fue normal y los análisis mostraron una discreta anemia, hipoalbuminemia y una elevación sérica del CA-125 de 700 U/ml (valor normal: hasta 35 UI/ml). La prueba de Mantoux fue de 10 mm. En la ecografía abdominal se apreciaba abundante ascitis y un engrosamiento del peritoneo con áreas nodulares sugestivas de *omental cakes*. La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica confirmaba los hallazgos de la ecografía y descartaba patología ovárica. El estudio del líquido ascítico mostró un exudado linfocitario con adenosina deaminasa elevada de 85 U/l y CA-125 de 850 U/ml. La baciloscopia del líquido ascítico y el cultivo en medio de Löwenstein a las 6 semanas fueron negativos. Ante la sospecha de tuberculosis peritoneal, se instauró tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol a las dosis habituales, con mejoría de la clínica, desaparición de la fiebre y disminución de la ascitis. A los 15 días del inicio del tratamiento específico comenzó con dolor abdominal, vómitos alimentarios, distensión abdominal y estreñimiento, y se observaron múltiples niveles hidroaéreos en la radiografía de abdomen en bipedestación. Una colonoscopia hasta el ciego fue normal. Se instauró una dieta absoluta y reposición hidro-

electrolítica durante 3-4 días, con lo que se resolvió el cuadro suboclusivo, aunque se repetía cada vez que se reintroducía la dieta oral. Preciso nutrición por vía parenteral y se realizó una laparotomía exploradora en la que se observó una gran reacción desmoplásica que englobaba las asas del intestino delgado, el colon, la vejiga, los uréteres y el peritoneo, con múltiples adherencias e implantes peritoneales; se tomaron varias biopsias. El cultivo en medio de Löwenstein de las biopsias peritoneales fue negativo a las 6 semanas. En el estudio histológico se observaron granulomas caseificantes sin la presencia del bacilo tuberculoso. Al tratamiento antituberculoso se asoció 40 mg/día de metilprednisolona durante un mes; esta dosis se disminuyó de forma progresiva hasta su suspensión. La paciente experimentó una gran mejoría: ganó peso, se restableció el tránsito intestinal y no volvió a presentar cuadros de suboclusión intestinal. A los 2 meses del inicio del tratamiento, se había recuperado de la anemia y se había normalizado el CA-125. Se suspendieron la pirazinamida y el etambutol, y prosiguió durante 7 meses más con rifampicina e isoniacida. En la actualidad permanece libre de síntomas.

El tratamiento con corticoides ha mostrado beneficio en determinadas localizaciones de la enfermedad tuberculosa, como en la meningitis tuberculosa, donde disminuye las secuelas y aumenta la supervivencia<sup>1</sup>. Sin embargo, en la TBP no existen suficientes estudios que avalen su utilización de forma rutinaria. No obstante, creemos que en las variantes fibrosas y desmoplásicas, el efecto de los corticoides combinado con el tratamiento antituberculoso puede resolver las complicaciones locales como la suboclusión intestinal o la hidronefrosis por atrapamiento ureteral, sin alterar o disminuir su eficacia antimicrobiana<sup>2</sup>. No se sabe, sin embargo, cuáles son la dosis recomendable, el momento del inicio del tratamiento y su duración, así como su posible utilidad en la variante no fibrosa de la tuberculosis peritoneal.

Cabe destacar también el aumento conocido del marcador tumoral CA-125 asociado a la ascitis tuberculosa, que lejos de confundir y orientar hacia una carcinomatosis peritoneal de origen ovárico<sup>3,4</sup> puede ser un marcador útil que permite la monitorización de la respuesta de la enfermedad al tratamiento antituberculoso.

P. LINARES<sup>a</sup>, M.J. ROMERO<sup>a</sup>, G. KARPMAN<sup>a</sup>, O. URQUIZA<sup>a</sup>, S. DAJIL<sup>a</sup>, A. ÁLVAREZ<sup>b</sup> Y M. BOUSSO<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Aparato Digestivo. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

<sup>b</sup>Unidad de Cirugía General. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

<sup>c</sup>Unidad de Anatomía Patológica. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dooley DP, Carpenter JL, Rademacher S. Adjunctive corticosteroid therapy for tuberculosis: a critical reappraisal of the literature. *Clin Infect Dis.* 1997;25:872-87.
- Alrajhi AA, Halim MA, Al-Hokail A, Alrabiah F, Al-Omran K. Corticosteroid treatment of peritoneal tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 1998;27:52-6.
- Mas MR, Comert B, Saglamkaya U, Yamanel L, Kuzhan O, Ateskan U, et al. CA-125; a new marker for diagnosis and follow-up of patients with tuberculous peritonitis. *Dig Liver Dis.* 2000;32:595-7.
- Bilgin T, Karabay A, Dolar E, Develioglu OH. Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated CA 125 mimicking advanced ovarian carcinoma: a series of 10 cases. *Int J Gynecol Cancer.* 2001;11:290-4.

## INFORMACIÓN ALEH

La Comisión Directiva de la Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado cumple en informar que los Miembros Activos que no hayan podido cancelar la cuota societaria vía Débito Automático podrán realizarlo por correo (oportunamente le comunicaremos el mecanismo). Asimismo es posible optar por la categoría de Miembro Adherente (se adjuntan derechos y obligaciones) completando el formulario sin remitir pago alguno.

Una vez aceptado por la Comisión Directiva de ALEH, recibirán el diploma que así lo acredita.

En nuestra página Web ([www.aleh.org.ar](http://www.aleh.org.ar)) encontrará toda la información al respecto. Y sobre el resto de las actividades de ALEH, que culminarán los días 6- 9 de diciembre de 2006, con el 19º Congreso Latinoamericano para el Estudio de las Enfermedades del Hígado, en el Hotel Sheraton, Buenos Aires, Argentina.