



TUBERCULOSIS PERITONEAL CON MALA EVOLUCIÓN

Sr. Director: La tuberculosis peritoneal (TP) es una forma infrecuente de tuberculosis (TBC), que supone entre el 4-11% de las formas extrapulmonares y del 0,1-0,7% de todos los casos de TBC¹⁻³. Es una entidad que afecta a pacientes con algún tipo de inmunodepresión (ID) o que residen en países de alta endemicidad TBC⁴⁻⁷.

Presentamos el caso de un varón de 74 años de edad, fumador, con síndrome mielodisplásico tipo anemia refractaria. En el momento de su ingreso presenta febrícula intermitente, aumento progresivo del perímetro abdominal con dolor difuso e hinchazón de miembros inferiores de 2 meses de evolución. A la exploración física se observa ascitis y edemas en las extremidades inferiores.

En la analítica destaca: hemoglobina 7,1 g/dl, leucocitos 13.800/ml, plaquetas 40.000/ml y VSG 97 mm/h.

En la paracentesis evacuadora se extrajeron 6 l, siendo la analítica del líquido ascítico: LDH 197 U/l, proteínas 5,4 g/dl, ADA 94 U/l, leucocitos 1.300 (80% linfocitos). La citología fue negativa para malignidad. Se sembraron 2 l de líquido ascítico concentrados en medios de cultivo habituales y para micobacterias. A los 23 días de incubación creció una micobacteria que se identificó como *Mycobacterium tuberculosis*, sensible a los tuberculostáticos habituales (Laboratorio de Referencia de Majadahonda).

Tras haber descartado una neoplasia digestiva (marcadores tumorales, ecografía y TC toracoabdominal normales) y dada la elevación del ADA, sobre todo ante el deterioro progresivo del paciente, se programó una laparoscopia que no se llegó a realizar por el fallecimiento del paciente. El diagnóstico se hizo *post mortem* cuando creció la micobacteria.

La TP es una entidad rara en países desarrollados (0,1-0,7% de los casos de TBC)¹⁻³, favorecida por edad avanzada, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), gastrectomía, neoplasias, alcoholismo e ID^{2,3,6,7}. Nuestro paciente era mayor y padecía un síndrome mielodisplásico.

La clínica de la TP es inespecífica: síndrome general, dolor abdominal, fiebre, ascitis y VSG habitualmente elevada¹⁻⁶. Nuestro paciente tenía febrícula intermitente, dolor abdominal difuso, ascitis y VSG de 97 mm/h. Había ingresado en los últimos 2 meses en dos ocasiones en otro centro hospitalario con un cuadro inespecífico que quedó sin diagnosticar.

En la TP, la enfermedad pulmonar activa está presente entre el 17-25% de los casos y el Mantoux es variable^{1,3,4}; en nuestro caso la radiografía de tórax era normal, los cultivos de esputo para micobacterias fueron negativos y no se realizó la intradermoreacción.

El diagnóstico de la TP es difícil, puede retrasarse meses dado el curso subagudo, la inespecificidad clínica y la ausencia de lesión TBC en otros órganos¹⁻⁴. El elevado volumen de muestra procesada (2 l) posibilitó el diagnóstico, ya que todos los cultivos de líquido ascítico para micobacterias con volúmenes menores fueron negativos. En nuestro paciente la falta de sospecha de la TP demoró el diagnóstico y el paciente falleció antes de poder instaurar el tratamiento específico.

Cabe señalar, por último, la necesidad de pensar en la TP ante una ascitis exudativa no aclarada en los pacientes con enfermedad crónica o inmunodepresión y ADA elevado.

M.A. REMACHA ESTERAS^a, J.C. BORREGO GALÁN^b,
A. ESTEBAN MARTÍN^a Y A. MORÁN BLANCO^b
^aServicio de Microbiología y ^bMedicina Interna.
Hospital Monte San Isidro. León. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manohar A, Simjee AE, Haffjee AA, Pettengell KE. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. *Gut* 1990;31:1130-2.

2. González Anglada MI, Barbado FJ, Cano A, Cano JM, Gamallo C, Sendino A, et al. Tuberculosis peritoneal. Características de una no rara localización tuberculosa. *Rev Clin Esp* 1992;190:393-7.
3. Lado FL, Cabana B, Ferreiro MJ, Cabarcos A, Donado E. Peritonitis tuberculosa. Aportación de tres casos. *An Med Interna* 2002; 19:296-8.
4. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
5. Dones JJ, Lea MC, Camacho MA, Gutiérrez G, Fernández JL, García JM. Fiebre de origen desconocido y adenopatías retroperitoneales en mujer inmunocompetente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:179-80.
6. Wang HK, Hsueh PR, Hung CC, Chang SC, Luh KT, Hsieh WC. Tuberculous peritonitis: analysis of 35 cases. *J microbiol Immunol Infect* 1998;31:113-8.
7. Giménez R, Natera C, Kindelán JM. Sobre tuberculosis peritoneal. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:135.