



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-682 - TUBERCULOSIS PERITONEAL, UN RETO DIAGNÓSTICO

Garrosa Muñoz, Sonsoles<sup>1</sup>; Domínguez Segovia, Marta<sup>2</sup>; Diego Alonso, Elisa Angela<sup>1</sup>; López Sánchez, Jaime<sup>1</sup>; Rubio Sánchez, Teresa<sup>1</sup>; Sánchez Lara, Emmanuel<sup>1</sup>; Ramos Grande, Teresa<sup>3</sup>; Muñoz-Bellvís, Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; <sup>3</sup>Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

### Resumen

**Introducción:** La tuberculosis peritoneal (TP) es la forma más frecuente de afectación abdominal por tuberculosis (TBC), aunque tan solo representa el 0,1-0,5% del total de casos. En las últimas décadas, su incidencia ha disminuido en los países desarrollados, pero continúa siendo un problema frecuente en zonas endémicas de países en vías de desarrollo. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas, siendo el dolor abdominal y la ascitis los síntomas más frecuentes. Hasta un 30% de los casos se diagnostica, de forma incidental, en el transcurso de una laparotomía o laparoscopia urgente. Revisión de la literatura y presentación de un caso de TP.

**Caso clínico:** Varón de 19 años procedente de Guinea Conakry residente en España desde hace seis meses, que acude por presentar intenso dolor en fosa iliaca derecha de una semana de evolución. En la exploración física presenta un abdomen distendido con peritonismo. Además, en hemitórax izquierdo se visualizan lesiones serpiginosas, sugerentes de larva cutánea migrans. Analíticamente cabe destacar la ausencia de leucocitosis/neutrofilia y elevación de PCR. Se realiza TC abdomino-pélvico que muestra gran cantidad de líquido libre intraabdominal, marcado engrosamiento nodular del peritoneo y múltiples adenopatías mesentéricas, sugerentes de cuadro de etiología infecciosa o tumoral. Ante estos hallazgos se decide exploración laparoscópica urgente, evidenciándose abundante líquido seroso y múltiples lesiones nodulares en intestino delgado y epiplón. Se toman muestras para anatomía patológica y microbiología, que son informadas como granulomas caseificantes sugerentes de TBC. Se completa el estudio etiológico con TC torácico, sin datos sugerentes de afectación del parénquima pulmonar, y endoscopia digestiva alta y baja con toma de biopsias, sin hallazgos reseñables. En el aspirado duodenal se aisló *Giardia lamblia*. El cultivo y la tinción de auramina en esputo y en líquido peritoneal fueron negativas. En orina se aisló *Schistosoma* y en los hemocultivos creció *Serratia marcescens*. Ante la sospecha de TP se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. También recibe durante el ingreso tratamiento con ivermectina, praziquantel y ceftriaxona. El paciente fue dado de alta tras 17 días de ingreso, sin incidencias postoperatorias, con seguimiento en consultas y adecuada respuesta clínica al tratamiento antituberculoso.

**Discusión:** La exploración laparoscópica representa el gold standard en el diagnóstico de la TP, mediante la toma de muestras para cultivo y estudio histológico. Como herramienta terapéutica se reserva para el tratamiento de las complicaciones, tales como obstrucción (complicación más frecuente), abscesos, fístulas, perforación visceral o hemorragia. El tratamiento farmacológico

temprano con la terapia antituberculosa estándar (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) presenta una elevada efectividad y puede evitar la necesidad de intervención quirúrgica urgente. Siempre se debe plantear el diagnóstico diferencial de la TP con otras patologías, fundamentalmente con la carcinomatosis peritoneal. El diagnóstico tardío es el principal responsable de la elevada tasa de mortalidad (4-12%), que puede alcanzar hasta el 25% cuando existen complicaciones intraabdominales.