

## TUBERCULOSIS PERITONEAL: Caso Clínico

Dra. Gaitán, C.\*  
Dra. Sosso, A.\*  
Dra. Morales, R.\*  
Dra. Trinidad, M.\*

Paciente sexo femenino de 43 años de edad que consulta en abril de 2008 en el Servicio de Gastroenterología del Htal. Pte. Perón por epigastralgia y pirosis, por lo que se le indica realizar estudios de laboratorio, endoscopia digestiva y ecografía abdominal.

Resultados:

- Hemograma con Hto. 30 % y Hb 11g/dl., hepatograma y resto de la rutina de laboratorio normal.
- Fibroesofagogastroscofia: normal.
- Ecografía: presencia de litiasis biliar.

Se realiza entonces interconsulta con Cirugía, indicándose colecistectomía laparoscópica.

En el acto quirúrgico se encuentra un peritoneo invadido por una aparente carcinomatosis, por lo que se toma muestra para citología, se biopsia y se procede a cerrar, dando por concluida la cirugía.

La paciente evoluciona sin complicaciones.

- Tomografía computada de tórax: normal.
- Tomografía Abdomino-Pelviana:  
Colección laminar perihepática: Ascitis.  
Escaso líquido libre en sector pelviano inferior adyacente a ambos lados de la vejiga.

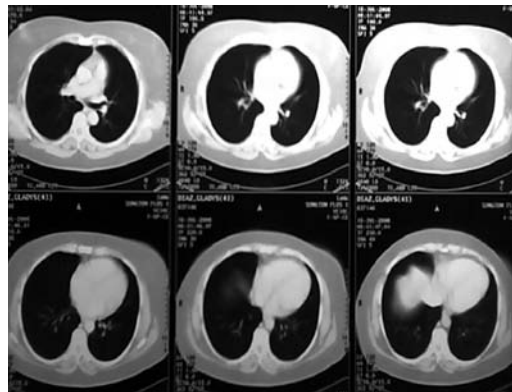


Foto 1.

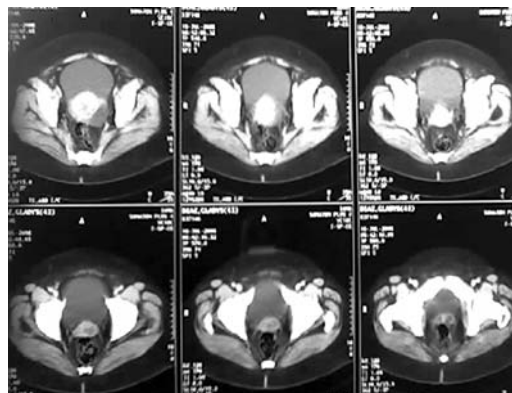


Foto 2.

\* Htal. Presidente Perón, Avellaneda. Servicio de Tisioneumonología.

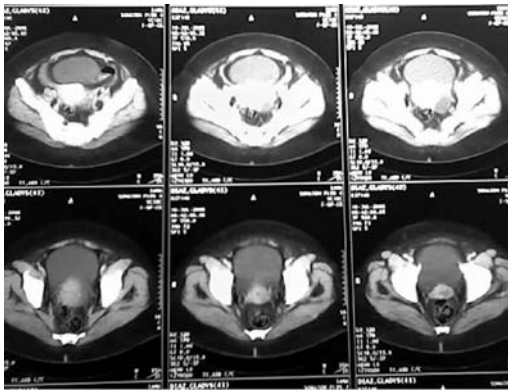


Foto 3.

Area quística parauterina Izquierda que podria corresponder a: quiste aneial, tumor ginecologico o colección organizada.

Se realiza consulta con Ginecología quienes solicitan marcadores tumorales.

- CA 125: Aumentado 9 veces.
- Ecografía: En región aneial izquierda se observa imagen de aspecto quístico simple, con tabique fino en su interior, de aproximadamente 45 mm. de diámetro. Sin registro de actividad doppler en su interior.

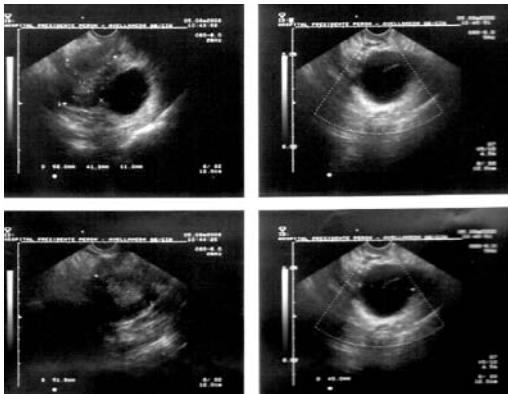


Foto 4.

La biopsia de peritoneo informa

- Fragmento de tejido fibroadiposo con parcial revestimiento mesotelial que exhibe lesiones inflamatorias crónicas y presencia de granulomas tuberculoides no caseificantes. Tinción para BAAR negativa

Con e interrogatorio recabamos los siguientes antecedentes personales de interés:

- Contacto TBC. con un compañero de oficina con el que compartía 8 hs. diarias en un ambiente cerrado con escasa ventilación, en el año 2003. En esa oportunidad se le habían realizado los estudios de catastro, negativos. No realizó quimioprofilaxis ni controles periódicos a posteriori.
- Al año siguiente tuvo un derrame pleural, cuyo diagnóstico fue Inespecífico y retrogradó sin secuela. Tenía informes de baciloscopia y cultivo para tuberculosis negativo, citología negativa y Dosaje de ADA.: 4,6 U/l.

Desde entonces la paciente padecía un síndrome anémico que no mejoró con tratamiento con hierro y una eritrosedimentación que inexplicablemente promediaba los 43 mm.

Con el resultado de la biopsia, aún con tinciones y cultivos negativos para BAAR, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos y se decidió iniciar tratamiento convencional con H-R-Z-E, con buena tolerancia y muy buena evolución clínica.

Al alta:

- Hto. 37 % - Hb. 12,4 - Eritro 15
- Marcadores tumorales: Valores Normales.
- Tomografía Toraco-Abdomino-pelvis: Normal

## DISCUSIÓN

La tuberculosis puede afectar cualquier parte del aparato gastrointestinal incluyendo el peritoneo y el sistema pancreato-biliar. La tuberculosis peritoneal ocupa el sexto lugar en la incidencia de compromiso extrapulmonar. Puede tener muchas presentaciones clínicas, ya sea de inicio agudo o crónico, fiebre (40-70%), dolor abdominal (80-90%) pérdida de peso (40-90%) y alteraciones del tránsito intestinal (20%), simulando muchas

veces otras enfermedades (1), por esta razón debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las enfermedades gastrointestinales sobre todo cuando hay ascitis, ya que la tuberculosis peritoneal es la tercera causa de ascitis después de la cirrosis y las neoplasias. La radiografía de tórax muestra compromiso pulmonar entre el 18 al 25% de los casos, por ello la ausencia de hallazgos radiológicos en el tórax no descarta el compromiso extrapulmonar (2), si bien en este caso el antecedente del contacto con tuberculosis y el derrame pleural inespecífico y de resolución espontánea que la paciente había padecido años antes son de relevancia diagnóstica. Los hallazgos tomográficos incluyen ascitis loculada, colecciones líquidas en la pelvis con presencia de septos delgados que pueden simular una masa ovárica como en el caso que describimos (3;4). El antígeno CA-125 es una glucoproteína de alto peso molecular que es expresada por las células mesoteliales y células derivadas del epitelio celómico y se emplea como marcador tumoral en los tumores de ovario pero también en otros tumores ginecológicos, linfomas, hepatocarcinoma, melanomas, cáncer de páncreas, tumor renal, cáncer de colon y recto. También puede elevarse en otras enfermedades no neoplasias como peritonitis bacteriana, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, miomas cirrosis, LES y en general en patologías que causen ascitis (4). Simsek y col realizaron un estudio donde encontraron en el 100% de los pacientes con tuberculosis peritoneal elevación del CA-125 con una media de 316 UI/ml, por esta motivo el diagnóstico de tuberculosis peritoneal se debe considerar en pacientes con CA-125 elevado (5).

## CONCLUSIONES

- TENER EN CUENTA LA TUBERCULOSIS PERITONEAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES DE OVARIO POR LA SIMILITUD EXISTENTE EN LA PRESENTACION CLINICA, HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y ELEVACION DE CA-125
- PRESTAR ESPECIAL ATENCION A LOS EXUDADOS PLEURALES INESPECIFICOS QUE CURAN SIN SECUELA, COMO ASI TAMBIEN AL SINDROME ANEMICO REFRACTARIO COMO EXPRESION DE ANEMIA DE PROCESOS CRONICOS
- REVALORIZAR LA IMPORTANCIA DE LA QUIMIOPROFILAXIS

## Bibliografía

1. El Abkari M; Guvenc BH; Sarper N; Aydogama. Peritoneal Tuberculosis in the Fest University Hospital (Morocco). Report 123 cases. Gastroenterol Clin Biol 2006; 30: 377-381.
2. Sharma AK; Aguarwald LD; Sharma CS Sarin YK. Abdominal tuberculosis in children: experience over a decade. Indian Pediatr 1993; 30:1149-53
3. Garcia G; Garcia AJ; Goez ET; Saldarriaga Cl. Tuberculosis peritoneal en un paciente con ascitis y masa anexial. Informe de un caso. Revista Colombiana Ginecología y Obstet 2006; 57: 62-65.
4. Sancho-Buesa T; Garcia-Puig J. Antígeno CA-125 como marcador de tuberculosis peritoneal. Revis Clin Esp 2001; 10: 614-615.
5. Simsek H; Savar MC; Kadayifci A. Elevated serum CA-125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case control study. Am J Gastroenterol 1997; 92: 1174-76.