



## PRESENTACIÓN DE CASO

### **PERITONITIS TUBERCULOSA, CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO. INFORME DE UN CASO**

### **TUBERCULOUS PERITONITIS, A CAUSE OF ACUTE SURGICAL ABDOMEN. A CASE REPORT**

Autores: Asunción Fortunata Rodríguez Morris,<sup>1</sup> Alexis Cazares Gómez.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Facultad Dr. Salvador Allende. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Salvador Allende. La Habana. Cuba. Correo electrónico: [asunción.rdguez@infomed.sld.cu](mailto:asunción.rdguez@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup>Doctor en Medicina. Especialista de 1er grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Facultad Dr. Salvador Allende. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Salvador Allende. Habana. Cuba. Correo electrónico: [cazares@infomed.sld.cu](mailto:cazares@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

La Peritonitis Tuberculosa es provocada por el Mycobacterium tuberculosis, se clasifica dentro de la tuberculosis extrapulmonar. La enfermedad se ve favorecida por diferentes circunstancias: la desnutrición, cirrosis hepática y VIH entre otras. El Abdomen agudo quirúrgico causado por Peritonitis tuberculosa es infrecuente, el diagnóstico se realiza por Laparotomía dónde se observan lesiones blanquecinas granulomatosas localizadas en el epiplón y peritoneo además líquido libre en la cavidad abdominal. Se presenta el caso de una paciente de 23 años de edad atendida de urgencia en el Hospital Regional de Huambo, Angola con antecedentes patológicos personales de VIH y desnutrición, que acude por dolor abdominal intenso difuso con reacción peritoneal generalizada, fiebre y decaimiento. Fue intervenida quirúrgicamente, se realiza biopsia de epiplón que informó presencia de Granuloma tuberculoide y el cultivo del líquido libre positivo al bacilo de Koch, se aspira y lava la cavidad peritoneal. Se le administró tratamiento médico antituberculoso, fue dada de alta a los 10 días. Se realizó seguimiento por cirugía por ocho semanas y por Medicina Interna por seis meses. Durante este periodo la paciente mejoró y agradeció al equipo de salud que le brindó atención médica.

**Palabras Clave:** Peritonitis tuberculosa, Laparotomía, Granuloma tuberculoide, Bacilo de Koch

#### ABSTRACT

Tuberculosis peritonitis is caused by Mycobacterium tuberculosis and is classified as extra pulmonary tuberculosis. The disease is favored by different circumstances: malnutrition, liver cirrhosis and HIV among others. Acute surgical abdomen caused by tuberculosis peritonitis is infrequent, the diagnosis is made by laparotomy where whitish granulomatous lesions are observed in the omentum and peritoneum as well as free fluid in the abdominal cavity. We present the case of a 23 year-old female patient who was seen as an emergency patient at the Regional Hospital of Huambo, Angola, with a personal pathological history of HIV and malnutrition, who presented with intense diffuse abdominal pain with generalized peritoneal



## PRESENTACIÓN DE CASO

reaction, fever and decay. She underwent surgery, an omentum biopsy was performed, which revealed the presence of tuberculoid granuloma and the culture of the free fluid was positive for Koch's bacillus, and the peritoneal cavity was aspirated and washed. Anti-tuberculosis medical treatment was administered and she was discharged after 10 days. She was followed up by surgery for eight weeks and by Internal Medicine for six months. During this period the patient improved and was grateful to the health care team that provided her medical care.

**Keywords:** *Tuberculosis peritonitis, Laparotomy, Tuberculoid granuloma, Koch's bacillus*

### INTRODUCCIÓN

El Mycobacterium tuberculosis o llamado también bacilo de Koch en alusión al descubridor Robert Koch, es la causa de la tuberculosis. Más de un siglo después de ser identificada la tuberculosis es causa de muerte para unos 2 millones de personas; de los 8 millones que la padecen cada año en el mundo. Con mayor incidencia en los países subdesarrollados.<sup>1</sup>

Una de las formas clínicas es la tuberculosis extrapulmonar (TBEP), resultante de la diseminación hematógena o linfática del bacilo Mycobacterium tuberculosis. Definiéndose, forma de tuberculosis que ocurre fuera del parénquima pulmonar, después de penetrar en el organismo por vía respiratoria puede diseminarse e instalarse en cualquier órgano.<sup>1</sup>

La confirmación bacteriológica de la TBEP ocurre solo en el 25% de los casos, dificultándose el diagnóstico. Apenas en algunos casos conomita con la tuberculosis pulmonar (TBP) activa. El peritoneo es uno de los sitios extrapulmonares de tuberculosis más comunes, descrito la primera vez en 1843. Representa un problema de salud pública en áreas endémicas.<sup>1,2</sup>

El diagnóstico de la tuberculosis peritoneal (TP),<sup>3</sup> es un desafío, por la ausencia de signos clínicos específicos, y falta de test con alto valor predictivo. Se hace necesario el diagnóstico histológico, a través de biopsias del peritoneo por laparoscopia o de laparotomía. Los autores explican el cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de un caso de peritonitis tuberculosa, causa de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital de Huambo, Angola.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Se trata de una paciente que acude al cuerpo de guardia del Hospital Regional de Huambo, Angola, de 23 años de edad, raza negra, ama de casa con antecedentes de VIH. Con pérdida de peso de forma progresiva cuatro meses antes del ingreso y desnutrida. Refiere que desde hacía cinco días comenzó con dolor abdominal difuso, que fue intensificándose hasta hacerse insoportable, que no se aliviaba con analgésicos acompañándose de fiebre y decaimiento.

### HALLAZGOS CLÍNICOS

Paciente desnutrida, piel y mucosas pálidas, temperatura axilar: 39<sup>0</sup> grados; Frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minutos; ruidos cardiacos taquicardicos: 110 latidos por minutos, tensión arterial: 110/70 mm Hg. Abdomen de manera moderada distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda difusa, reacción peritoneal generalizada.

Se realizan complementarios hematológico constatándose anemia moderada 8g/l y leucocitosis con neutrofilia, tiempo de coagulación 8 minutos, tiempo de sangramiento 2 minutos, parcial de orina negativo. Rx. de Tórax Anteroposterior que muestra pequeño derrame pleural



## PRESENTACIÓN DE CASO

bilateral. Ultrasonografía de abdomen que informa líquido libre abundante en cavidad abdominal sin otras alteraciones.

Se le realiza laparotomía exploradora con toma muestra del líquido libre en cavidad para estudio bacteriológico. Se toma muestra de las lesiones blanquecinas encontradas en epiplón y peritoneo para biopsia. Se confirma la presencia del Bacilo de Koch.

### CALENDARIO

Se le realiza laparotomía exploradora el 8 de diciembre del 2018 con toma muestra del líquido libre en cavidad para estudio bacteriológico. Además muestra de las lesiones blanquecinas encontradas en epiplón y peritoneo para biopsia que confirman la presencia del Bacilo de Koch. El mismo día se realiza la intervención quirúrgica y se comienza el tratamiento con antibióticos y tratamiento antituberculoso.

La paciente mejora y es dada de alta del hospital el día 18 de diciembre del 2018. Se continuó el seguimiento por la especialidad de Cirugía y Medicina.

### EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Con los hallazgos clínicos, la paciente es llevada al quirófano con el diagnóstico presuntivo de Apendicitis Aguda Complicada.

### INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Se realiza Laparotomía exploradora y se constata abundante líquido libre en cavidad de aspecto turbio (1000 ml). Hígado de aspecto cirrótico y lesiones blanquecinas en forma de grano de Mijo en el epiplón, intestino delgado y peritoneo. No se encuentra perforación de víscera hueca, tumor ni otras alteraciones.

Se toma muestra de las lesiones encontradas en el epiplón para estudio histopatológico y del líquido libre para estudio microbacteriológico. Se realiza lavado de la cavidad peritoneal y se cierra la cavidad abdominal por planos. El estudio histopatológico informó granulomas tuberculoide y la Tinción especial del líquido Zield- Neelsen arrojó presencia del bacilo de Koch.

Se comienza tratamiento con antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa (EV), Ceftriaxona 1gr EV cada 12h, asociado con Metronidazol 1 bulbo de 500 mg EV cada 8h por 10 días. Luego de confirmado el diagnóstico se le aplica tratamiento médico Antituberculoso según las normas establecidas en el país.

### SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

La paciente presentó sepsis en el extremo inferior de la herida quirúrgica, se le realizó cura diaria de la herida con agua oxigenada, solución salina y pomada antibiótica. Fue dada de alta a los 10 días del ingreso mejorada y seguida por consulta externa de Cirugía una vez por semana, por un período de ocho semanas en que se da alta. Luego continúa el seguimiento por Medicina Interna hasta concluir el tratamiento antituberculoso por un período de 6 meses.



[www.revtecnología.sld.cu](http://www.revtecnología.sld.cu)  
**PRESENTACIÓN DE CASO**

## DISCUSIÓN

En los últimos años del siglo XXI, aumenta la incidencia de la TP, la mayoría de los casos se registraron en Asia y África.<sup>3</sup> Con un promedio entre 1% y 3% del total de los casos de TB son extra pulmonares y de ellos el 11% al 16% afectan el abdomen.<sup>2-4</sup>

Afecta todas las edades, se distinguen en particular dos grupos de pacientes: mujeres negras entre 20-40 años, alcohólicos de ambos sexos, de cualquier raza, con edades entre 40 y 60 años.<sup>2-5</sup> El riesgo es mayor en pacientes portadores de hepatopatía crónica, infección por HIV, Diabetes mellitus, pacientes en diálisis peritoneal continua y la comorbilidad más observada fue el etilismo en 40% de los casos.<sup>2-4</sup>

La tuberculosis abdominal en la actualidad representa 11% de todas las formas extra pulmonares y 0,5 % de todos los casos nuevos de TB.<sup>2</sup> La afección del abdomen ocupa el sexto lugar, después de la ganglionar, genito- urinaria, osteoarticular, miliar y meníngea. Del total de pacientes con TB abdominal, 25 al 75 % requieren cirugía.<sup>8</sup>

Según evoluciona la enfermedad, se desarrolla un engrosamiento peritoneal exudativo con ascitis. La ascitis es el síntoma más frecuente y se constata en el 90 % de los pacientes, el resto tiene una forma fibroadhesiva de la enfermedad. El síntoma común en los pacientes es el dolor abdominal 80% a 95%, asociado a otros síntomas: fiebre 40%-70 %, diarrea 11%-30%, pérdida de peso 40%-100%, anorexia y malestar general.<sup>6</sup>

El bacilo de Koch antes de infectar la serosa peritoneal preexiste en el organismo. Las vías de infección son la vía linfática y sanguínea.<sup>4</sup> La localización peritoneal de la tuberculosis es secundaria a la diseminación hematógena de un foco primario, pulmonar, con implantes secundarios en la cavidad, permanecen quiescentes, y puede reactivarse después de la primera infección. Resulta rara la diseminación a partir de focos contiguos intestinales o genitales.

Se describen cuatro formas de presentación de la dolencia: ascítica, fibrino-adhesiva, nodular y caseificante. La forma ascítica es más frecuente, de diagnóstico difícil por la ausencia de dolor ante el aumento de volumen abdominal.<sup>4</sup> Con la progresión del cuadro, el tenor de fibrina del líquido va en aumento, formándose adherencias y septos que pueden llevar a obstrucción intestinal. Esta fase fibrino-adhesiva solo es descubierta durante la laparotomía.

La forma nodular se caracteriza por confluir granulomas que forman masas pseudo-tumorales que pueden caseificar. Da lugar la última a una rara forma de presentación, la caseificante. Las formas agudas son admitidas de origen sanguíneo, es la lesión peritoneal una determinación episódica de la granulia generalizada. Los síntomas de presentación de la TP son inespecíficos, lo que torna el diagnóstico un desafío.<sup>6</sup>

Conocida "la gran simuladora",<sup>6</sup> la TB mimetiza una gran cantidad de padecimientos. En la variante peritoneal puede comportarse desde el punto de vista clínico enfermedad abdominal: carcinomatosis peritoneal, cáncer de ovario avanzado, enfermedades inflamatorias intestinales, la enfermedad de Crohn o la parasitosis intestinal, por eso se requiere una alta sospecha diagnóstica.<sup>8,9</sup>

La ascitis es el signo clínico más común ocurre entre el 77 % al 93 % de los pacientes.<sup>4</sup> El líquido ascítico es amarillo citrino, puede tener una apariencia turbia, quilosa o hemática. Los síntomas frecuentes son fiebre, distensión, dolor abdominal, anorexia, adelgazamiento



## PRESENTACIÓN DE CASO

discreto, sudoración nocturna, hepatomegalia y esplenomegalia. También están presentes los síntomas intestinales: diarreas y constipación en el 40% de los pacientes.<sup>6</sup>

El cuadro clínico,<sup>5-7</sup> se puede arrastrar por semanas o meses, puede agravarse y simular un abdomen agudo, por lo que se hace necesaria la Laparotomía. Las alteraciones de los test de laboratorio no son específicos y, por tanto, ellos tienen un valor diagnóstico bajo.

El estudio imagenológico (Ultrasonografía y Tomografía Axial Computarizada abdominal) auxilia en el diagnóstico por demostrar ascitis, empastamiento peritoneal y/u omental, nódulos peritoneales, hepatoesplenomegalia, adenomegalias con centro necrótico, micro abscesos hepato-esplénicos<sup>7</sup>. La pesquisa del bacilo de Koch raramente es positiva. El test tuberculínico es negativo.

En pacientes con sospecha de TBEP,<sup>4, 6-8</sup> la laparoscopia es un método eficaz para el diagnóstico. El crecimiento del cultivo de Mycobacterium en líquido ascítico o una biopsia peritoneal da el diagnóstico positivo en más del 90% de los pacientes. Esas biopsias son realizadas por laparotomía o por laparoscopia.

El tratamiento de la TBEP atravesó varios períodos. Al principio fue médico. El error de diagnóstico hizo desviar la terapéutica para los dominios de la cirugía. Ante todo, se trata de una tuberculosis, debe seguir los medios indicados en el tratamiento general de todos los tuberculosos por no menos de cuatro meses.<sup>2,7</sup>

En Cuba por la experiencia quirúrgica de los autores no se ha visto ningún caso con diagnóstico de Peritonitis tuberculosa.<sup>9</sup> Aunque las formas extrapulmonares de tuberculosis y en particular la peritoneal, es una posibilidad que se debe tener presente, sobre todo, en el ejercicio de la medicina en otros países.

La presentación clínica de TBEP es diversa, asimismo la realización del diagnóstico de la enfermedad. El principal síntoma es el dolor abdominal y el tratamiento es el mismo que para la tuberculosis pulmonar.<sup>8</sup> La TP es una enfermedad reemergente en Cuba, por lo que existe la posibilidad de presentarse, causa de Abdomen Agudo Quirúrgico.

La TBEP, muchas veces no va acompañada de un foco pulmonar infeccioso. El diagnóstico puede ser demostrado durante la laparotomía y estudios de anatomía patológica. Inmediato al diagnóstico debe iniciarse el tratamiento médico antituberculoso con favorable pronóstico.<sup>8-10</sup>

### PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Luego de la aplicación del tratamiento quirúrgico y antituberculoso se logró una rápida recuperación. Lo que se constató al culminar el seguimiento por Cirugía y Medicina Interna. Se encontraba asintomática con la resolución de la enfermedad sin secuelas. Mostró agradecimiento al equipo de salud y deseos de incorporarse a la sociedad.

### Contribución de autoría

Asunción Fortunata Rodríguez Morris: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción- borrador original, redacción- revisión y edición  
Alexis Cazares Gómez: análisis formal, redacción- borrador original  
Todos los autores aprueban la versión final del manuscrito.



[www.revtecnología.sld.cu](http://www.revtecnología.sld.cu)  
**PRESENTACIÓN DE CASO**

### Financiación

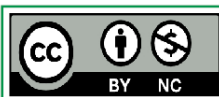
No se recibió financiación para el desarrollo del presente estudio.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con la investigación presentada.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud (OMS) Informe mundial sobre la tuberculosis. Who int 2019. [Internet] [citado 2019 Oct 03] Disponible en: [http://www.whoit/tb/publications/global\\_report/gtbr2019\\_Executive\\_Summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.whoit/tb/publications/global_report/gtbr2019_Executive_Summary_es.pdf?ua=1)
2. Piedra-Herrera BC, Barbero-Arencibia R, Acosta-Piedra Y. Tuberculosis intestinal y peritoneal. Rev.Ciencias Médicas [Internet]. 2018 jul [citado 2019 Oct 03]; 22(4): p.830-36
3. Disponible en: [www.Revcmpinar.sld.cu/index.php./publicaciones/article/view/3455](http://www.Revcmpinar.sld.cu/index.php./publicaciones/article/view/3455)
4. López-Rodríguez R, Campos-Franco J, Lado-Lado FL, Alende-Sixto MR, González-Quintela A. Peritonitis tuberculosa: ¿una enfermedad del Tercer Mundo? An. Med. Interna Madrid [Internet]. 2004 Jul [citado 2019 Oct 03]; 21(7):p.25-27. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992004000700005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000700005&lng=es).
5. 4-Motta-Ramirez GA, Gaytán-Ortiz A, González-Burgos O, et al. Extrapulmonary tuberculosis abdominal with peritoneal affection, intestinal and ganglionar: Report of 6 cases findings by computed tomography. Rev Sanid Milit Mex.2019; 73(2): p.175-188.
6. Rubio T, Gaztelu MT, Calvo A, Repiso M, Sarasibar H, Jiménez- Bermejo F. et al. Tuberculosis abdominal. Anales Sis San Navarra [Internet].2005 Ago [citado 2019 Oct 03]; 28(2): p.257-260. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272005000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000300010&lng=es)
7. Maita-Quispe F, Vargas J. Tuberculosis abdominal como causa de Abdomen agudo. Gac .Med Bol [Internet]. 2021 [citado 2019 Oct 03]; 44(1): p.96-98 Disponible en: <https://doi.org/10.47993/gmb.v44.il.179>
8. Ramón-Brito MS, Maldonado-Farez VE, Crespo-Verdugo H at al. Tuberculosis intestinal y/o Peritoneal y su implicación en el Abdomen agudo. Rev. Fac. Ciencias Médicas Cuenca. 2018 Jun; 36 (1): [ aprox. 4 p].
9. Myers EJA, Hernández MJM, Pimentel MHL et al. Tuberculosis intestinal una entidad poco frecuente de Abdomen agudo. Acta Méd. GA [Internet].2022 [citado 2019 Oct 03]; 20(1): p.67-70. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/1033559>
10. Reyes-Pérez A, González-Delis R, Cruz-Rodríguez J. Abdomen agudo por Peritonitis Tuberculosa. Presentación de un caso. Medisur.[Internet].2016.[citado 2022 Sep 26]; 14(4): [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3093>
11. Otermin-Barrera DP. Buongermini DE, Lanzarote-Vargas DS, Llorente-Peris DJ, De Miguel-Campos DE, García Pérez D. Tuberculosis peritoneal: experiencia de una década y lecciones aprendidas. Seram [Internet].2022.[citado 2022 Sep 26]; 1(1): [aprox. 4 p]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8987>



Los artículos de *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* se comparten bajo los términos de la Licencia **Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Internacional**