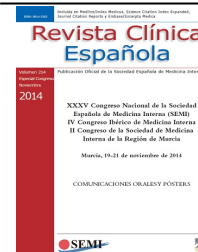




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-211. - TUBERCULOSIS PERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS

J. González Olmedo, E. Arranz Canales, M. Duarte Borges, L. Corbella Vázquez, C. Cabañuz Rocatallada, D. Suárez Pita, P. Hernández Sanz, A. Moreno Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, métodos diagnósticos y actitud terapéutica de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis peritoneal en un hospital terciario.

Métodos: Se revisaron los informes clínicos digitalizados correspondientes a los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario 12 de Octubre, codificados con el diagnóstico al alta de tuberculosis peritoneal desde 1 de enero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2012. Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se analizaron 14 pacientes cuyo diagnóstico final incluía afectación peritoneal por tuberculosis. Del total, el 71% (10) eran varones. La edad media era de 34,85 años. Entre los factores de riesgo estudiados (HTA, DM, cardiopatía isquémica, alcohol, tabaco, insuficiencia renal crónica, diálisis, tratamiento con BCG, hepatopatía crónica, inmunosupresión, cirugía abdominal previa) la inmunosupresión aparece en 7 del total (50%), presentando 4 (28%) infección VIH, 1 (7%) enfermedad autoinmune (LES), 1 (7%) trasplante hepático y 1 (7%) enfermedad renal crónica en situación de diálisis (peritoneal). Los principales síntomas fueron: dolor abdominal (64%), pérdida de peso (64%), fiebre (42%) y alteración del ritmo intestinal (4%). Un 42% presentó afectación clínica extraabdominal. En el 28% se realizó estudio de líquido ascítico, compatible con exudado (100%), gradiente sero-ascítico de albúmina mayor 1.1 (100%), predominio mononuclear (75%). Sólo en uno de ellos se solicitó ADA con valor de 6,7 UI/l. En el 64% se solicitó prueba de imagen abdominal (ecografía/TC), sin hallazgos específicos. El diagnóstico del 42% fue por biopsia de adenopatía extraabdominal (hallazgo de granulomas caseificantes), en 14% cultivo de líquido ascítico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, el 14% PCR positiva para *M. tuberculosis* (un caso en biopsia intestino grueso y otro en líquido ascítico), diagnóstico por sospecha clínica y presencia de Mantoux positivo y BAAR positivo en esputo en el 14% de los casos. El tiempo medio de evolución desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 14 semanas. El 92% realizaron tratamiento, con pauta de tres fármacos (57%) y cuatro fármacos (35%). En el 7% se asoció corticoides. La mortalidad en nuestra serie es del 21%.

Discusión: La tuberculosis peritoneal es una de las localizaciones extrapulmonares más frecuentes. Los movimientos migratorios, así como la existencia de enfermedades que condicionan un estado de inmunosupresión, han contribuido al aumento de su incidencia. De acuerdo a lo descrito en la literatura y en concordancia con nuestra serie, generalmente aparece entre la tercera y cuarta década de la vida, con presentación clínica larvada. En nuestra experiencia, el estudio anatomopatológico es el principal método diagnóstico, seguidos del aislamiento microbiológico: cultivo y PCR. Destacar la infratilización de los nuevos marcadores diagnósticos como son las determinaciones de ADA e interferón. A diferencia de las

recomendaciones actuales en relación al tratamiento, la pauta más utilizada en nuestro centro fue el uso de tres fármacos, con duración total de 6-9 meses. En congruencia con la controversia en relación a la asociación de corticoides, sólo se utilizó en un caso. Como limitaciones del estudio: carácter unicéntrico, escaso número de pacientes, carácter puramente descriptivo.

Conclusiones: La tuberculosis peritoneal es un importante problema de salud pública en regiones endémicas. Dado el polimorfismo clínico, la baja sospecha inicial, el diagnóstico en muchas ocasiones corresponde a un hallazgo incidental. Debido a la existencia de tratamiento con fines curativos, consideramos necesarios la realización de más estudios para establecer una epidemiología más precisa, así como correlación significativa con factores de riesgo y profundización en métodos diagnósticos y consenso en pautas de tratamiento.