

# PERITONITIS TUBERCULOSA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

J. BETANCUR, L. H. USMA, R. C. BOTERO

**El presente estudio es un análisis clínico de 24 pacientes con peritonitis tuberculosa estudiados por los autores en forma retrospectiva, entre Enero de 1.976 y Septiembre de 1.980, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.**

**Se pretende hacer un análisis de la forma de presentación de la enfermedad y los métodos utilizados para diagnosticarla.**

**Los hallazgos más sobresalientes fueron su mayor frecuencia en el grupo etario comprendido entre los 20 y los 40 años y su predilección por mujeres (75%). Los síntomas y signos de presentación de la enfermedad fueron, en orden de frecuencia, dolor abdominal (95.8%), masas abdominales palpables (79.1%), ascitis (75%), fiebre (62.5%), astenia, adinamia, anorexia (58.3%), pérdida de peso (54.1%) y abdomen agudo (45.8%). Las alteraciones de laboratorio más importantes fueron anemia moderada, leucograma normal y sedimentación globular mayor de 50 mm. en la primera hora.**

## INTRODUCCION

La Peritonitis Tuberculosa no tiene una forma de presentación clínica que la haga fácilmente reconocible y debe ser considerada en todo paciente que presente síntomas o signos abdominales de etiología no determinada (1,2). La relación existente entre la enfermedad tuberculosa pulmonar y las formas extrapulmonares de TBC no fue reconocida hasta que Laennec en 1894 la postuló (3).

Antes de la descripción de Crohn de la enteritis regional en 1932, la ileitis granulomatosa se atribuía a la TBC. Hoy en día se reconocen como entidades independientes tanto la enteritis como la peritonitis TBC, especialmente cuando no existe enfermedad pulmonar concomitante (4). La enfermedad es más probablemente debida a la activación de un foco tuberculoso peritoneal latente, un nódulo caseoso que se rompe en esta cavidad (5), como fue postulado por Nice en 1950 (6). La invasión por contigüidad a partir de infecciones intestinales o de las trompas de Fallopio pueden ser la vía de infección en algunos pacientes, pero estudios radiológicos y de autopsias, niegan esta posibilidad en la mayoría de los casos (6, 7).

Hasta el año de 1969, se publicaron varios artículos sobre el tema, todos ellos retrospectivos. En esa fecha, Singh y colaboradores presentan el primer estudio prospectivo con 47 pacientes, hacen énfasis en la biopsia peritoneal percutánea como método diagnóstico y plantean la discusión sobre la necesidad del uso concomitante de esteroides en el tratamiento a fin de prevenir las complicaciones fibróticas (6).

El presente informe comprende 24 pacientes con peritonitis tuberculosa en donde se analiza la clínica y se señalan los métodos empleados para el diagnóstico. Esta descripción servirá de base para una mejor evaluación de los pacientes y el uso rutinario de métodos como la laparoscopia y el ultrasonido, que de acuerdo con recientes trabajos son métodos seguros y efectivos para el diagnóstico de la enfermedad (8, 10). Consideramos importante describir el cuadro clínico de la entidad, puesto que faltan publicaciones nacionales y los textos clásicos de gastroenterología no dedican mucho espacio a la descripción de la enfermedad, quizás por su baja incidencia en países desarrollados. Además, esta enfermedad, sigue sien-

---

Dr. Julián Betancur M.: Profesor, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia; Dr. Luis Horacio Usma O.: Residente de Segundo año, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; Dr. Rafael Claudino Botero A.: Profesor, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia.

Solicitud de Separatas al Dr. Betancur

do frecuente en nuestro medio, en Asia y en Africa (11, 12).

MATERIAL Y METODOS

Se presentan 24 pacientes, que ingresaron al Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, Colombia, entre Enero de 1976 y Septiembre de 1980.

Con diagnóstico de peritonitis tuberculosa logrado por biopsia peritoneal al encontrar granuloma con *caseum* o por presencia del bacilo en el examen directo o en el cultivo del líquido ascítico o del material de biopsia y con respuesta al tratamiento específico.

Se revisaron las historias para determinar la forma de presentación clínica, los hallazgos de laboratorio, la presencia de enfermedad tuberculosa concomitante en otro sitio del organismo, la presencia de otra entidad de base especialmente diabetes y alcoholismo, y evaluar el pronóstico de los enfermos.

RESULTADOS

De los 24 pacientes, 6 fueron hombres y 18 mujeres; la distribución por edades se muestra en la Tabla 1, el paciente de menor edad tenía 2 años y el mayor tenía 74 años, se encontraron muy pocos pacientes mayores de 50 años.

En la Figura 1 se señala la forma de presentación clínica; los síntomas y signos más frecuentes fueron en orden descendente dolor abdominal en el 95.8%, fiebre en el 62.5%, anorexia, astenia y adinamia en el 58.3% y pérdida de peso en el 54.1%. Masas abdominales en el 79.1%, ascitis en el 75% y abdomen agudo en el 45.8%. Sólo 6 de los 24 pacientes pre-

sentaron la forma "seca" o peritonitis plástica, sin ascitis.

La duración de los síntomas varió de unos pocos días hasta 6 meses. Se hizo el diagnóstico por laparotomía en 19 casos, por laparoscopia en 3 casos y por cultivo de líquido ascítico en 2 casos (Tabla 2).

En cuanto al laboratorio los hallazgos más constantes fueron anemia moderada, leucograma normal, y sedimentación superior a 50 mm en 16 pacientes de los 18 a quienes se les practicó.

La biopsia peritoneal fue positiva en 21 de los casos; el hallazgo de BK en líquido ascítico

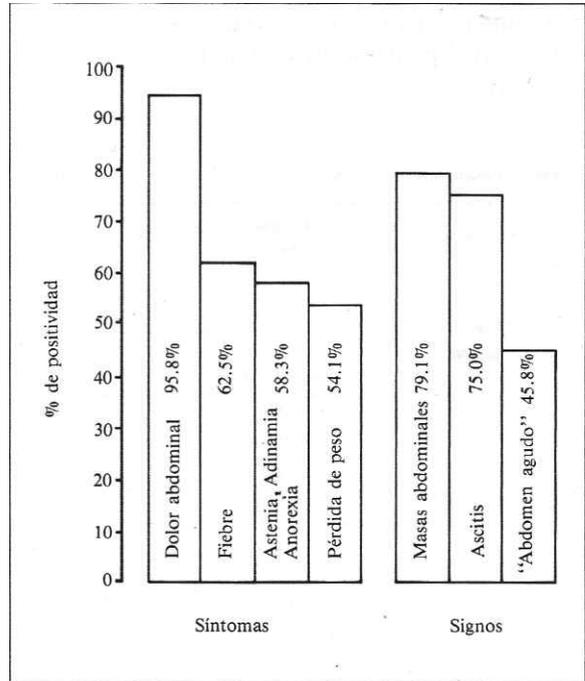


Figura 1. Peritonitis TBC, hallazgos clínicos

Tabla 1. Peritonitis TBC. Edad y Sexo.

Edad (años)	Sexo	N°. de Pacientes		Total de Pacientes
		♀	♂	
<20		4	4	8
20-40		8	2	10
40-60		4	0	4
>60		2	0	2
Total		18	6	24

Tabla 2. Peritonitis TBC método diagnóstico

Método de diagnóstico	No. Pacientes	%
Laparotomía	19	79.1
Laparoscopia	3	12.5
Cultivo de líquido ascítico	2	8.3

sólo fue positivo en 2 de las 13 investigaciones y el líquido ascítico correspondió a un exudado. La intradermorreacción no fue practicada rutinariamente. Trece de los 24 pacientes tenían TBC en sitio diferente del peritoneo, en 11 de las trece radiografías del tórax se detectó compromiso pulmonar, en tres TBC miliar. La principal patología de asociación fue cirrosis en un caso, alcoholismo en otro y sarampión 2 meses antes en un niño; no se encontró diabetes (Tablas 3 y 4).

El tiempo de hospitalización varió entre 3 y 87 días, con promedio de 22 días. El tratamiento fue triconjugado con isoniacida, streptomycin, rifampicina y con muy diversos esquemas terapéuticos. Uno de los pacientes falleció en el postoperatorio de una laparatomía urgente.

Tabla 3. Peritonitis TBC hallazgos de laboratorio

Parámetro	Rango gms%	Nº. Pacientes
Hemoglobina gms%	< 8	3
	8-12	11
	>12	8
	Desconocido	2
Recuento de Leucocitos No./mm. <sup>3</sup>	< 5.000	1
	5 - 10.000	10
	>10.000	9
	Desconocido	4
Sedimentación mm/1a. hora	< 20	1
	20 - 50	1
	> 50	16
	Desconocido	6

Tabla 4. Peritonitis TBC otros hallazgos de laboratorio

Parámetro	Positividad*	%
Biopsia peritoneal positiva	21/24	87.5
Rx de tórax compatibles con TBC antigua o actual	11/13	45.8
TBC Antigua o actual en otro sitio	13/24	54.1
BK En líquido ascítico	2/13	15.3
Líquido ascítico tipo exudado	7/8	87.5
*Numerador : casos positivos Denominador : casos investigados		

## DISCUSION

El 46% de los enfermos que no tenían hallazgos de TBC antigua o actual en ninguna otra parte del organismo, presentaban una forma de peritonitis tuberculosa "primaria", en estos casos cabe la discusión acerca de la patogenia y se ha postulado que la ruta de infección sea por reactivación de un foco peritoneal latente y en las mujeres se habla de infección peritoneal secundaria a salpingitis TBC (3, 19); aunque la primera teoría parece ser la convincente cuando no se encuentra un foco primario extraperitoneal; otros autores (6) en estudios de autopsia, han demostrado este foco primario extraperitoneal entre el 62% (12) y el 97% (6) de los pacientes, sugiriendo que la TBC peritoneal es parte de una enfermedad tuberculosa generalizada.

En nuestra serie los hallazgos de edad y sexo de los pacientes, coinciden con la idea general de que la peritonitis TBC tiene predilección por jóvenes, particularmente mujeres (12).

La incidencia de peritonitis TBC, así como otras formas de presentación de la TBC reflejan el estado socio-económico de una comunidad (13 y 14). La peritonitis TBC continúa siendo una importante entidad clínica y en Colombia, como en muchas partes del mundo, es endémica.

La presentación de la enfermedad fue en dos formas: aguda y crónica; el 45% de los pacientes consultó por cuadro de abdomen agudo, este tipo de manifestación no es común en otros trabajos, con excepción de el de Lambrianides (14), quien informó en 1980, 28 casos, el 32% de los cuales se manifestaron como emergencia abdominal.

Casi siempre la ascitis es una buena guía para el diagnóstico, sin embargo en un 25% de los pacientes no estuvo presente; en otros trabajos la ascitis se encontró entre un 58% (4), hasta el 100% (6). Se ha descrito en la literatura la forma "seca" o peritonitis plástica de origen TBC, que algunos autores (12) piensan que representa una etapa avanzada de la entidad después de un período exudativo previo. Hay informes en la literatura respecto al compromiso concomitante de otras serosas, que incluso se presenta hasta en el 32% en la pleura

y en un 13% en el pericardio (6). Este aspecto no se evaluó en la presente revisión. El líquido ascítico generalmente es un exudado, pero es necesario tener en cuenta que en algunos casos puede ser trasudado; esto es especialmente importante en casos de cirrosis o de intensa desnutrición (3, 4, 6, 15, 19).

En cuanto a la forma de hacer el diagnóstico se realizaron numerosas laparatomías, quizás por la forma aguda de presentación de la enfermedad y sólo se practicó laparoscopia en el 12% de los casos; algunos autores demostraron que usando cerca de un litro de líquido peritoneal, para el estudio, el porcentaje de aislamiento del bacilo podía llegar al 83% (6, 4). En ese entonces se practicaba la biopsia peritoneal a ciegas, que hacía el diagnóstico en el 65% de los enfermos, pero tenía complicaciones frecuentes de sangrado y perforación (16, 17). La laparoscopia se presenta como mejor forma de diagnóstico (4, 8, 19). El ultrasonido abdominal también ha servido para detectar pequeñas cantidades de líquido ascítico no sospechado, y descartar la presencia de lesiones neoplásicas pélvicas y abdominales (10).

Las enfermedades sistémicas no se encontraron en este estudio en número importante de pacientes, el hallazgo de un solo caso de cirrosis contrasta con su frecuente asociación en otras series (19, 20).

Dada la disparidad de los esquemas terapéuticos y la imposibilidad del seguimiento de nuestros enfermos no es posible sacar conclusiones acerca del pronóstico de la enfermedad.

La peritonitis tuberculosa genera hospitalizaciones prolongadas y es una forma de presentación de la TBC común en nuestro medio, que frecuentemente se puede manifestar como emergencia abdominal aguda. En los casos crónicos, con o sin ascitis, la laparoscopia ha demostrado ser un buen método diagnóstico que en nuestro medio apenas se empieza a usar rutinariamente.

### SUMMARY

This study presents the retrospective analysis of 24 cases of tuberculous peritonitis seen by the authors between January 1976 and September 1980 at the Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, Colombia.

Most of the patients were in the 20 to 40 year age group, and 18 of them (75%) were females. In order of frequency the common presenting symptoms and signs were: abdominal pain (95.8%), ascitis (75%), fever (62.5%), anorexia and malaise (58.3%), weight loss (54.1%) and acute abdomen (45.8%). The thorax was the commonest site of associated extra-peritoneal TB; it was involved in 13 of the 24 patients. Most of them were anemic, had a normal white cell count and an increased sedimentation rate.

The diagnosis of TB was established by peritoneal biopsy in 21 cases and by culture of ascitic fluid in 2.

### BIBLIOGRAFIA

1. — MANDAL BK, SCHOFIELD PF. Tuberculous Peritonitis in Britain. *Practitioner* 1976; 16: 683
2. — BORANMANESH F. Tuberculous Peritonitis. Prospective Study of 32 cases in Iran *Ann Inter Med* 1972 . 76: 567-72
3. — DINEEN P, HOMAN WP. Tuberculous Peritonitis: 43 years, Experience in diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1976. 184-717
4. — SHERMAN S, ROHWEDDER JJ. Tuberculous enteritis and peritonitis report of 36 General Hospital Cases. *Arch Inter Med* 1980. 140:505.
5. — KARNEY et, al. The Spectrum of Tuberculosis Peritonitis. *Chest* 1977. 72: 310-5.
6. — SING MM, BHARGAVA AN. Tuberculous Peritonitis. *N Eng J Med* 1969, 281: 1091.
7. — BURACK WR, HOLLISTER RM. Tuberculous Peritonitis. *Am J Med.* 1960. 28: 510.
8. — WOLF JH, AR BERN. Tuberculous Peritonitis and Role of Diagnostic Laparoscopy. *Lancet* 1979.: 852- 3.
9. — LAMBRIANIDES A, ACKROYD N. Abdominal Tuberculosis. *Br J Surg* 1980. 67: 887-9.
10. — GOMPELS BM. Ultrasonic Diagnosis of Tuberculous Peritonitis. *Br. J. Radiol* 1978. 51 1018-19.
11. — RHOADS J E. Tuberculosis of the Intestines. En Bockus H. L. *Gastroenterology*, 3nd. Vol 3, Philadelphia and London 1976, 1183.
12. — SHUKLA H S, HUGHES L E. Abdominal Tuberculosis In the 1970 S: a continuing Problem. *Br J Surg.* 1978. 65: 403.
13. — WILSON W D, GOEL K M. Prevalente of Intestinal Parasitic Infestations. Salmonellosis, Brucellosis, Tuberculosis and Hepatitis B, Among Immigrant Children in Glasgow. *Br Med J* 1977. 1: 676-79.
14. — GARCIA G. Peritoneal Nodulations: Value of Laparoscopy in the Differential Diagnosis Between Tuberculosis, Carcinomatosis and Peritoneal Pseudomyhoma. *Rev Esp de Enf Apart Dig.* 1980. 57 Suppl 3: 72-6.
15. — ARCHIMANDRITIS AJ. Tuberculous Peritonitis with Cirrhosis of the Liver. *Br Med J* 1977; 2: 458, 13.
16. — LEVINE H NEEDLE. Biopsy in diagnosis of Peritoneum in Exudative Ascites. *Am Rev Resp Dis.* 1968. 98: 549
17. — LEVINE H NEEDLE. Biopsy Diagnosis of Tuberculous Peritonitis. *Am Rev Resp Dis* 1968; 97: 889-94.
18. — LEWIS A. Tuberculous Peritonitis and Laparoscopy *Lancet* 1979. 1084.
19. — WEST JB. *Respiratory Physiology*, Baltimores Williams and Wilkins, 1974.
20. — FERNANDEZ G y Col. Tuberculosis Peritoneal. Revisión de 23 casos con énfasis en aspectos diagnósticos. *Rev Clin Española* 1980. 159: 2.