DOI: https://doi.org/10.46296/gt.v8i15.0241

ABDOMEN AGUDO POR TUBERCULOSIS PERITONEAL EN PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. REPORTE DE CASO

ACUTE ABDOMINAL PAIN DUE TO PERITONEAL TUBERCULOSIS IN A 45-YEAR-OLD MALE PATIENT WITH NO MEDICAL HISTORY. CASE REPORT

Atapuma-Madrid Diego Fernando [1]; Salazar-Lozano Hugo Esteban [2]; Pérez-León Ana Karina [3]; Pérez-León María Daniela [4]

[1] Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional Mención en Salud Ocupacional. Docente de la Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. Correo: drdiego70@yahoo.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0000-3029-6592.

[2] 2Doctor (PhD) Salubrista en Salud y Desarrollo en los Trópicos. Docente de la Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. Correo: essalazar15@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0005-7128-8376.

[3] Fisioterapeuta Respiratorio, Docente de la Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. Correo: anitaperez2707@hotmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-2503-5671

[4] Médico del Ministerio de Salud Pública. Ecuador. Correo: mdperezl0699@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0004-7545-7061.

Resumen

Introducción: La tuberculosis, comúnmente conocida como TB, continúa siendo un desafío considerable a nivel mundial, ya que presenta tasas elevadas de enfermedad y muerte que afectan a millones de personas en diversos países. Se posiciona en el décimo lugar como una de las principales causas de fallecimiento a nivel global. Esta reactivación se produce generalmente a través de la diseminación hematógena, es decir, mediante la propagación a través del torrente sanguíneo desde un foco pulmonar primario previamente afectado. La presentación clínica de esta condición es a menudo inespecífica e insidiosa, lo que significa que puede ser difícil de identificar en sus primeras etapas. Los síntomas que suelen presentarse con mayor frecuencia en esta condición son los siguientes: acumulación de líquido en el abdomen, conocido como ascitis, además de molestias o dolor en la zona abdominal, una notable reducción en el peso corporal y la presencia de fiebre. Por lo general, el diagnóstico de Tuberculosis Pleural (TBP) se lleva a cabo de manera incidental, es decir, ocurre de forma no intencionada, y esto sucede en la mayoría de los casos durante la evaluación o tratamiento de un abdomen agudo que requiere cirugía. Caso Clínico: paciente masculino de 45 años refiere cuadro clínico desde hace 3 meses caracterizado con dolor abdominal leve difuso generalizado Eva 5/10, acompañado de hiporexia, anorexia, pérdida de peso. Evolución: Se realizan exámenes que muestran leucocitosis, trombosis y electrolitos alterados, con hiponatremia. El examen físico revela onda ascítica positiva. Durante la hospitalización, persiste el dolor abdominal y la endoscopia no muestra infección. Se realiza paracentesis por ascitis persistente y el dolor abdominal difuso se exacerba con fiebre superior a 38 grados. Se inicia antibióticos y se programa laparotomía de emergencia. Conclusiones: La forma húmeda de la Tuberculosis Peritoneal, comúnmente conocida como TBP húmeda, se distingue principalmente por la presencia significativa de ascitis, ya que se trata de un tipo de exudado que contiene un alto nivel de proteínas. Para poder realizar un diagnóstico adecuado, se requiere exclusivamente la realización de una biopsia peritoneal.

Palabras claves: abdomen agudo, Tuberculosis, Laparotomía.

Información del manuscrito:
Fecha de recepción: 10 de marzo de 2025.
Fecha de aceptación: 30 de abril de 2025.
Fecha de publicación: 20 de mayo de 2025.

Abstract

Introduction: Tuberculosis, commonly known as TB, continues to be a significant global challenge, with high rates of illness and death affecting millions of people in various countries. It ranks tenth among the leading causes of death worldwide. This reactivation usually occurs through hematogenous dissemination, i.e., spread through the bloodstream from a previously affected primary pulmonary focus. The clinical presentation of this condition is often nonspecific and insidious, meaning that it can be difficult to identify in its early stages. The symptoms that most commonly present in this condition are fluid accumulation in the abdomen, known as ascites, as well as discomfort or pain in the abdominal area, a noticeable reduction in body weight, and the presence of fever. The diagnosis of pleural tuberculosis (PTB) is usually made incidentally, i.e., unintentionally, and this occurs in most cases during the evaluation or treatment of an acute abdomen requiring surgery. Clinical case: A 45-year-old male patient reports a clinical picture lasting 3 months characterized by mild generalized abdominal pain Eva 5/10, accompanied by hyporexia, anorexia, and weight loss. Evolution: Tests show leukocytosis, thrombosis, and altered electrolytes with hyponatremia. Physical examination reveals a positive ascites wave. During hospitalization, abdominal pain persisted and endoscopy showed no infection. Paracentesis was performed due to persistent ascites, and diffuse abdominal pain worsened with a fever above 38 degrees. Antibiotics were started and an emergency laparotomy was scheduled. Conclusions: The wet form of peritoneal tuberculosis, commonly known as wet PBT, is mainly distinguished by the significant presence of ascites, as it is a type of exudate containing a high level of protein. In order to make a proper diagnosis, a peritoneal biopsy is required.

Keywords: acute abdomen, Tuberculosis, Laparotomy.

1. Introducción

La tuberculosis, que es una enfermedad infecciosa, es causada por una bacteria conocida como Mycobacterium tuberculosis. Esta enfermedad se ha convertido en un serio problema de salud pública a nivel mundial. En particular, la peritonitis que se relaciona con una infección provocada por Mycobacterium tuberculosis representa aproximadamente el 11% de todas las formas de tuberculosis diagnosticadas. Además, la tuberculosis que afecta al sistema digestivo tiene una estrecha relación con el desarrollo de la enfermedad en ciertos contextos, siendo un factor determinante las condiciones socioeconómicas desfavorables (1). También es importante señalar que el estado de inmunosupresión, así como la presencia de infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el alcoholismo y la drogadicción, son factores que aumentan el riesgo de sufrir esta infección.

La tuberculosis peritoneal, que es una forma de la enfermedad, suele presentarse con frecuencia tras la reactivación de focos de infección tuberculosa que han permanecido inactivos durante un tiempo en el área del peritoneo. Estos focos latentes se establecen debido a la

diseminación hematógena, es decir, a través del torrente sanguíneo, desde un foco pulmonar que se conoce como foco primario de la tuberculosis. La tuberculosis, también conocida como TB, puede manifestarse en otras partes del cuerpo a través de la diseminación hematógena, especialmente en el contexto de la tuberculosis pulmonar que se encuentra en una fase activa (1). En comparación con otros métodos de infección, es bastante menos común que las micobacterias responsables de la tuberculosis hagan su entrada en la cavidad peritoneal mediante un proceso transmural, lo que significa que provienen de un intestino delgado que se encuentra infectado, o a través de la propagación continua que ocurre debido a la salpingitis provocada por la tuberculosis.

La tuberculosis extrapulmonar tiene un impacto significativo en los ganglios linfáticos mesentéricos, que son una parte crucial del sistema inmunológico que ayuda a combatir infecciones. Luego de afectar estos ganglios, la enfermedad tiende a involucrar el sistema genitourinario, que incluye órganos como los riñones, la vejiga y los órganos reproductores. Sin embargo, es importante señalar que esta forma de tuberculosis también puede manifestarse en diferentes áreas del cuerpo, incluyendo las articulaciones y los huesos, reflejándose en lo que se conoce como tuberculosis osteoarticular (1,2). También puede presentarse en forma miliar, que se refiere a la diseminación de la bacteria por todo el cuerpo, y puede afectar las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal, lo que se conoce como tuberculosis meníngea. Además, en el contexto abdominal, esta enfermedad puede comprometer el peritoneo, que es la membrana que recubre la cavidad abdominal, así como el intestino y los ganglios linfáticos mesentéricos, lo que puede dar lugar a complicaciones significativas en el sistema digestivo. Los diversos mecanismos que se han propuesto y sugerido para explicar cómo el peritoneo puede verse afectado por la tuberculosis son los que se detallan a continuación:

1. La reactivación de focos de tuberculosis que permanecían latentes en la cavidad peritoneal

se produce como resultado de una diseminación hematógena, es decir, a través del sistema circulatorio, desde un foco pulmonar primario donde la infección se inició originalmente.

2. La diseminación a través del torrente sanguíneo de la tuberculosis pulmonar activa, ya sea en forma miliar o manifestándose como bacteriemia silenciosa, que ocurre durante la fase inicial o primaria de la enfermedad tuberculosa.
3. La diseminación que ocurre de manera directa a partir de órganos que se encuentran infectados, tales como el intestino, las trompas de Falopio, así como también a raíz de la ruptura de un ganglio linfático que presenta tuberculosis dentro del abdomen.
4. Se encuentran presentes los conductos linfáticos que están asociados a los ganglios linfáticos localizados en la región abdominal, los cuales han sido infectados por algún tipo de patógeno. La tuberculosis peritoneal, así como la que afecta a los ganglios linfáticos situados en la región abdominal, puede presentarse de manera aislada, es decir, sin involucrar el tracto gastrointestinal (3).

En el caso de la tuberculosis que afecta el intestino, se generan estenosis que pueden aparecer en diversas localizaciones anatómicas del tracto digestivo. Estas estenosis a menudo están asociadas con la presencia de tubérculos en el peritoneo así como con la acumulación de líquido en la cavidad abdominal, conocida como ascitis. Asimismo, es posible que se presenten ulceraciones en segmentos específicos del intestino, las cuales pueden ir acompañadas de colitis, resultando en una notable reducción del lumen intestinal debido a procesos inflamatorios y a la presencia de lesiones hipertróficas (3). Estas lesiones pueden, a su vez, dar lugar a una apariencia similar a pólipos o masas. Cuando se combinan con adenitis tuberculosa, esta situación puede llevar a la formación de divertículos en el colon a causa de la tracción ejercida en las áreas afectadas. La TB peritoneal se presenta en tres formas según la literatura:

1. Húmedo con ascitis

2. Seco con hinchazón abdominal localizada
3. Fibrótico con masas abdominales compuestas de engrosamiento mesentérico y omental, con asas intestinales apelmazadas, se sentía como bultos en el abdomen.

Los síntomas y señales asociadas a la tuberculosis peritoneal son, en su mayoría, bastante inespecíficos, lo que significa que no son exclusivos de esta enfermedad en particular. La gran mayoría de los pacientes afectados tienden a manifestar síntomas que pueden aparecer gradualmente y variar en términos de duración, generalmente presentándose en un lapso que puede oscilar entre un mes hasta un año. Los pacientes que presentan estos síntomas manifiestan un dolor notable en la zona abdominal, junto con una evidente emaciación y una reducción general del peso corporal. Además, experimentan una pérdida de apetito significativa, acompañada de fiebre, episodios de diarrea, problemas de estreñimiento, sangrado rectal y la presencia de edema. Los síntomas que se presentan generalmente tienden a ser de una intensidad que varía desde un nivel leve hasta un nivel moderado (4).

La paracentesis se define como un procedimiento diagnóstico que se lleva a cabo en pacientes que presentan ascitis, una condición médica caracterizada por la acumulación de líquido en la cavidad abdominal. Este procedimiento tiene la capacidad de permitir la detección de bacilos tuberculosos mediante la observación cuidadosa con microscopía óptica, aunque es importante destacar que esta identificación se manifiesta en menos del 3% de los casos estudiados. La medición de la actividad enzimática de la adenosina desaminasa en el líquido peritoneal puede dar lugar a una elevada sospecha en términos diagnósticos, ya que esta actividad puede ser indicativa de la estimulación de los linfocitos T. Este fenómeno ocurre en respuesta a la acción de las células del sistema inmunológico frente a los antígenos originados por las micobacterias (5).

La laparotomía exploratoria, que incluye la realización de una biopsia dirigida, se presenta como una

herramienta sumamente eficaz y valiosa para llevar a cabo el diagnóstico de la peritonitis causada por la tuberculosis. Es indudablemente más seguro y ofrece una inspección de calidad superior, además de facilitar un período de estancia en el hospital que es notablemente más breve. Entre los descubrimientos realizados se encuentran la presencia de ascitis libre, así como la existencia de múltiples nódulos o tubérculos que muestran un color blanco amarillento tanto en la superficie del peritoneo visceral como en el peritoneo parietal. Además, se observa una adherencia entre las estructuras peritoneales o viscerales, y en algunas ocasiones, también se identifican áreas inflamadas que presentan características hemorrágicas dentro del peritoneo. Los resultados obtenidos de las muestras de biopsia realizadas mediante laparoscopia han indicado la presencia de bacilos que son acidorresistentes, y además, los cultivos realizados han dado un resultado positivo para la bacteria conocida como Mycobacterium. Tuberculosis (4,5).

Es fundamental que el procedimiento quirúrgico sea apoyado y complementado con un tratamiento de terapia antituberculosa adicional que actúe como coadyuvante. El pronóstico relacionado con la tuberculosis colónica está íntimamente vinculado al momento en el que se lleva a cabo el diagnóstico de esta enfermedad, así como también a la aplicación de un tratamiento adecuado y a tiempo. Esto es de suma importancia porque se ha determinado que aproximadamente el 90 por ciento de los casos de tuberculosis colónica muestran una respuesta positiva al tratamiento médico que se les proporciona. Los pacientes que padecen enfermedades y presentan complicaciones relacionadas con dicha patología tienden a estar vinculados a tasas de mortalidad significativamente más altas (5).

2. Caso Clínico

Un hombre de 45 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes o significativos, informa que hace alrededor de tres meses comenzó a sufrir de un dolor abdominal persistente y difuso, cuya intensidad evalúa como 5 en una escala del 1 al

10, siendo considerado de leve a moderado. Este dolor se presentó de manera repentina y ha estado acompañado por una disminución del apetito, así como una notable pérdida de peso estimada en alrededor de 9 kilogramos. En las últimas 12 horas, ha notado un agravamiento de sus síntomas, experimentando un dolor abdominal agudo y difuso que ahora califica en 9 de 10, lo que indica un nivel de gran intensidad. Además, ha estado sufriendo episodios de vómitos continuos, habiendo ocurrido seis veces, donde el contenido ha sido semisólido, líquido y también incluye restos de alimentos. Presenta un aumento de la temperatura corporal que no ha sido cuantificado, y debido a estos síntomas preocupantes, ha decidido acudir a una casa de salud para recibir atención médica.

A la exploración física sus signos vitales fueron: Tensión arterial: 110/70 mm Hg; frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto; frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto; temperatura de 37.9°C; Saturación de oxígeno 95% con FiO2 de 21%. Peso: 53 kg, talla: 1.70 metros; IMC: 18.3 (Peso Bajo).

El paciente está correctamente orientado tanto en el tiempo como en el espacio y en relación a sí mismo. Presenta dolor y, según la escala de coma de Glasgow, su puntuación es de 15 sobre 15, lo que indica que está completamente consciente y alerta. Se observa que el llenado capilar es menor a 2 segundos, lo cual es un signo positivo. Sin embargo, su apariencia es de caquexia, a pesar de lo cual responde de manera adecuada a las preguntas que se le realizan durante el interrogatorio. La cabeza presenta una forma normocéfalica, lo que indica que tiene una estructura craneal que es considerada normal. Además, el cuero cabelludo tiene una implantación que se encuentra en condiciones habituales. Al realizar la palpación, no se observan ni depresiones ni prominencias en la superficie, lo que sugiere que no hay anormalidades detectables en esa área. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas. Las fosas nasales se encuentran en un estado de plena permeabilidad, lo que significa que no presentan obstrucciones. Además, el septo nasal está completamente intacto, sin ninguna desviación ni anomalía visible, y no

se han registrado la presencia de pólipos nasales. Boca: mucosas orales secas. El examen del cuello revela que está en una condición simétrica, presenta movilidad adecuada, y no se identifican adenomegalias. Además, la glándula tiroides no se puede palpar en este momento. En lo que respecta al tórax, se observa que no presenta cicatrices visibles; en cuanto al corazón, los ruidos cardíacos del primer y segundo tono (R1 y R2) se encuentran en un ritmo normal y con fonética adecuada. En lo referente a los pulmones, se puede apreciar que el murmullo alveolar está conservado, y no se detectan ruidos adicionales o anormales durante la auscultación. El examen del abdomen revela que no presenta cicatrices visibles en su superficie. A la palpación, se siente tenso y firme, y no es posible desplazarlo al presionarlo. Además, al aplicar una presión profunda sobre su área, se ocasiona dolor en toda su extensión. Se ha detectado también una ondulación ascítica positiva, lo que sugiere la presencia de líquido en la cavidad abdominal. Las pruebas de maniobra realizadas, correspondientes a las técnicas de Murphy y McBurney, resultaron en una evaluación negativa. En lo que respecta a las extremidades del cuerpo, se observa que tanto el tono como la fuerza musculares se encuentran en un estado de conservación, lo que indica que no hay pérdidas significativas en estas áreas. Sin signos de edema.

- **Evolución hospitalaria**

Primer día de hospitalización se realizan exámenes de laboratorio como biometría los cuales reportan leucitosis 16.20%, trombocitosis de 675000 plaquetas, sugestivo foco infeccioso, así mismo hemoglobina de 15.2 g/dl dentro de la normalidad. Química sanguínea reporta proteína totales de 5.8 g/dl leve disminución, albumina de 2.92 g/dl leve disminución, enzimas hetipcas y digestivas dentro de la normalidad a excepción de la GGT y fostasa alcalina que se encuentra elevados. Serologicos como VIH y VDRL no se encuentran reactivos. Electrolitos con evidencia de leve hiponatemia euvolenica de 131 meq/L. hemocultivos en brazo derecho e izquierdo negativos. Glucosa 95 mg/dl, HBA1C 6.2%.

Por el estado de deshidratación más antecedentes de pérdida de peso,

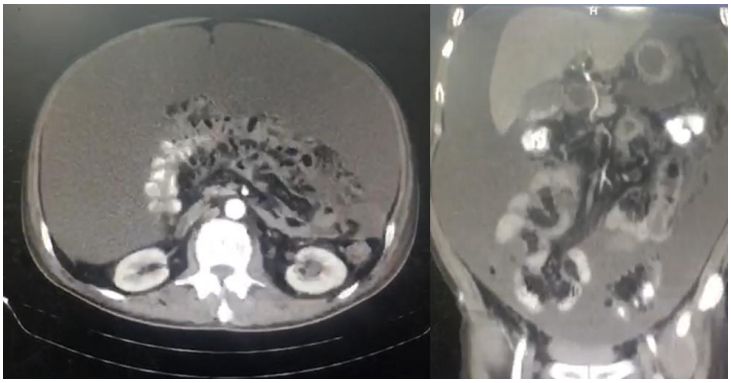
hiproxia y dolor abdominal se solicitan marcadores tumoreales los cuales se encuentran aumentados como CA125: 350 U/ML, Ca724 35.5 U/ML, marcadores sugestivos de una posible afectación en los diferentes sitios anatómicos como peritoneo y estómago. Durante hospitalización persiste dolor abdominal aumenta lo globosa con onda ascítica positiva, al momento se realiza paracentesis donde se extrae liquido turbio de color amarillento se realiza citología del mismo y estudio el cual reporta glucosa: 90.0 mg/dl, LDH: 310 u/l (alto), proteínas totales: 5.73 g/dl (bajas), albúmina 2.46 g/dl (bajas) . El gradiente albúmina Suero- Ascitis, obteniendo un valor de 0.48 que descarta hipertensión portal. Al examen microscópico de líquido ascítico se descarta proceso neoplásico.

La sintomatología sigue presente en el paciente y, a pesar de realizar una endoscopia, no se han encontrado hallazgos significativos que justifiquen los síntomas. Además, se observó que la mucosa gástrica está en condiciones normales, sin ninguna lesión visible, como se puede apreciar en la Figura 1. Se lleva a cabo una tomografía simple, así como una tomografía contrastada, destinada a examinar detalladamente tanto el abdomen como la pelvis. (Figura 2).

Figura 1. *EDA, sin alteraciones, mucosa gástrica sin lesión.*



Figura 2. *TAC Simple y Contrastada de Abdomen y pelvis.*



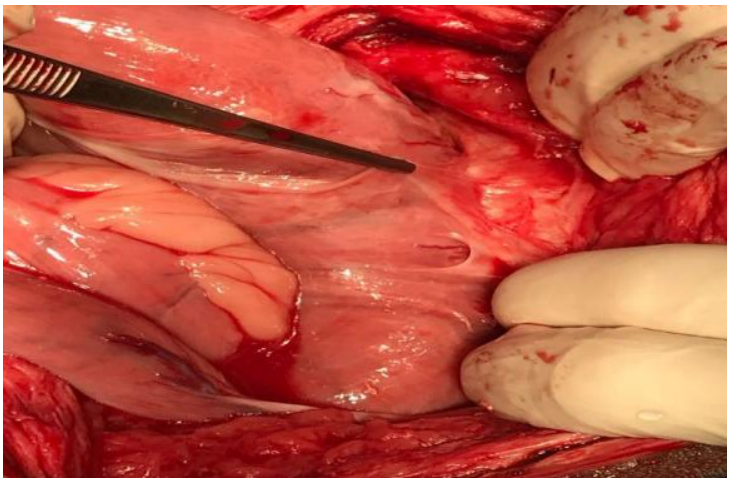
Se evidencian los siguientes hallazgos en la TAC:

- Se han identificado nódulos de tamaño subcentimétrico que se encuentran situados específicamente en las bases de los pulmones.
- Se presenta un caso de ascitis en el que existe una preocupación o sospecha de que la causa sea maligna, debido a la correlación observada entre la fibroadenosis y la aparición de estrías, así como la presencia de lesiones micronodulares en el peritoneo.
- El engrosamiento de la pared del intestino delgado se localiza específicamente en el área del mesogastrio, la cual es la región central del abdomen que se encuentra entre la parte superior del abdomen y la parte inferior del tórax.
- La glándula prostática presenta un aumento de tamaño que sugiere la posible presencia de hiperplasia prostática benigna (HPB).

Se observa una clara presencia de un abdomen agudo en la exploración realizada a través de una tabla que muestra signos de irritación peritoneal. Por esta razón, se tomó la decisión de llevar a cabo una laparotomía diagnóstica. Durante esta intervención quirúrgica, se encontraron varios hallazgos significativos. En primer lugar, se identificó un litro de líquido ascítico acumulado en la cavidad abdominal. Además, se notó un engrosamiento de la membrana peritoneal en múltiples áreas de dicha cavidad. Asimismo, se evidenciaron pequeñas adherencias, especialmente entre las partes del intestino delgado, como se ilustra en

la Figura 3. También se observó una distorsión de las asas intestinales, así como la presencia de múltiples lesiones nodulares cuya medida variaba entre 1 y 4 centímetros, las cuales presentaban características compatibles con granulomas tuberculosos.

Figura 3. *Intestino delgado: Adherencias leve más escasas cantidad de líquido ascítico*



Se realiza biopsia. El informe histopatológico indica que se ha realizado una coloración utilizando el método de PAS, y el resultado de dicha coloración ha dado un resultado positivo. La coloración de Ziehl-Neelsen ha dado un resultado positivo, lo que indica la presencia de formaciones bacilares acidorresistentes (BAAR) que son consideradas compatibles con la presencia de tuberculosis. Se realizó un cultivo de líquido peritoneal destinado a la detección de Mycobacterias, y el resultado obtenido fue positivo.

El diagnóstico final que se ha establecido para el paciente es que padece tuberculosis peritoneal, una enfermedad infecciosa causada por el bacilo conocido como Mycobacterium Tuberculosis.

El tratamiento comienza en una etapa preliminar que tendrá una duración de dos meses, durante los cuales se administrarán los siguientes medicamentos: Isoniacida a una dosis de 300 mg, Rifampicina a una dosis de 600 mg, Pirazinamida a una dosis de 1600 mg y por último, Etambutol a una dosis de 1100 mg. Asimismo, se llevará a cabo una segunda etapa de consolidación que

tendrá una duración de cuatro meses, durante la cual se administrarán un total de 100 dosis de los fármacos isoniacida y rifampicina.

3. Resultados y discusión

La tuberculosis peritoneal es una condición que generalmente se presenta después de que se produce la reactivación de focos de infección tuberculosa que se encontraban latentes en el peritoneo. Esta reactivación ocurre como resultado de una diseminación hematógena, que implica la propagación de bacterias a través de la sangre. En la evaluación de este caso clínico específico, no se observó la presencia de tuberculosis pulmonar como la causa principal de los síntomas presentados. Los elementos que constituyen factores de riesgo incluyen, entre otros, un estado socioeconómico desfavorable, la presencia de condiciones de inmunosupresión, así como también la manifestación de infecciones relacionadas con el VIH, el abuso del alcohol o la adicción a drogas (6). Las micobacterias que causan la tuberculosis, conocidas como micobacterias tuberculosas, tienen la capacidad de entrar en la cavidad peritoneal de manera transmural, lo que significa que atraviesan las capas del tejido, ya sea provenientes de un intestino delgado que se encuentra infectado o mediante la propagación contigua que se origina a partir de una salpingitis de tipo tuberculosa. Los síntomas y los signos asociados a la tuberculosis peritoneal tienden a ser inespecíficos, lo que significa que pueden presentarse de diversas maneras y no son exclusivos de esta enfermedad. Entre los síntomas que se pueden observar se incluyen el dolor abdominal, que puede ser constante o intermitente, así como una notable pérdida de peso en general, falta de apetito o anorexia, y la presencia de fiebre. En el caso del paciente en cuestión, se notaron todos estos síntomas. Adicionalmente, se presentó ascitis, una acumulación de líquido en la cavidad abdominal, que llevó a la realización de una paracentesis con fines diagnósticos. Sin embargo, en la fase inicial del procedimiento, la condición del paciente no mostró mejoría. Por último, es relevante señalar que la identificación de bacilos tuberculosos mediante

observación microscópica resultó negativa, lo que añade un nivel de complejidad al diagnóstico. A lo largo de su proceso evolutivo, se llevan a cabo pruebas para identificar marcadores tumoriales que se asocian con una localización anatómica específica en el estómago y el peritoneo, lo que sugiere la existencia de una inflamación activa (6,7). La sintomatología asociada se manifiesta con un dolor abdominal severo que se califica como un 10 sobre 10 en la escala de EVA, el cual comienza de manera súbita y viene acompañado de signos que indican irritación peritoneal. Ante estas condiciones, se opta por realizar una Tomografía Computarizada (CT) del Abdomen y la Pelvis, la cual revela la presencia de múltiples nódulos, engrosamiento de las asas intestinales, así como una considerable cantidad de líquido ascítico que persiste en la cavidad abdominal. Se toma la decisión de llevar a cabo, de forma urgente y prioritaria, una laparotomía exploratoria en conjunto con una biopsia dirigida. Esta intervención quirúrgica se considera una herramienta excepcionalmente efectiva para el diagnóstico de la peritonitis tuberculosa, permitiendo así obtener resultados precisos y necesarios para el tratamiento adecuado del paciente. Este método resulta ser significativamente más seguro y ofrece una inspección más detallada, ya que los hallazgos observados incluyen la presencia de ascitis libre, así como múltiples nódulos o tubérculos que presentan un color blanco amarillento en las áreas del peritoneo visceral y parietal. Además, se ha detectado adherencia tanto en el peritoneo como en los tejidos viscérales, lo que guarda una relación directa con los hallazgos que se documentaron durante la laparotomía que se realizó al paciente (8). Posteriormente, la biopsia que se llevó a cabo reveló resultados de histopatología que resultaron ser positivos para Mycobacterium Tuberculoso. Ante esta situación, se toma la decisión de iniciar inmediatamente el tratamiento correspondiente.

La tuberculosis peritoneal se puede clasificar específicamente en una forma húmeda, la cual se distingue por la presencia significativa de ascitis. Esta ascitis tiene un alto valor de atenuación que oscila entre 20 y

40 unidades Hounsfield, lo que indica que se trata de un exudado que contiene una elevada cantidad de proteínas. Para resumir y concluir, se puede afirmar que los resultados obtenidos a partir de los exámenes realizados al paciente respaldan y confirman la información previamente considerada (8).

4. Conclusiones

El diagnóstico de la Tuberculosis Peritoneal (TBP) continúa presentando un carácter inespecífico, lo que significa que los síntomas no son siempre claros y pueden confundirse con otras condiciones. Esta enfermedad tiene el potencial de convertirse en un problema significativo de salud a nivel mundial, ya que su prevalencia está en aumento. En particular, el subtipo de TBP conocido como "húmeda" muestra una alta incidencia en ciertos grupos de población. Por esta razón, es fundamental considerar la TBP de manera temprana como una posible opción dentro del diagnóstico diferencial en aquellos pacientes que presentan ascitis inexplicable con un gradiente bajo y niveles elevados de linfocitos.

El método diagnóstico más eficaz para confirmar la presencia de esta enfermedad consiste en llevar a cabo una laparotomía exploratoria, que es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se examina el abdomen, seguido de la obtención de una biopsia peritoneal. En cuanto al tratamiento, este normalmente se extiende por un período de seis meses y se basa en un régimen que incluye cuatro medicamentos antituberculosos de probada eficacia, que son la Isoniacida, la Rifampicina, la Pirazinamida y el Etambutol.

Bibliografía

1. Gomez-Piña JJ. Tuberculosis Peritoneal. Med Int Mex. 2018;34(3):490–6.

2. Zebarjadi Bagherpour J, Bagherian Lemraski S, Haghbin Toutounchi A, Khoshnoudi H, Aghaei M, Kouchak Hosseini SP. Peritoneal tuberculosis pretending an acute abdomen; a case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2023 Aug 1;109.

3. Rivera Martínez WA, Pantoja Rosero ME, Chaves Cabrera HA, Yory Montalvo N, Velásquez García F, Ocampo Posada M. Severe

Manifestation of Peritoneal Tuberculosis: Clinical Case Report. Rev Colomb Gastroenterol. 2023 Jul 1;38(3):368–72.

4. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. World J Gastroenterol. 2014 Oct 28;20(40):14831–40.

5. González-Cortiñas M, Román-Abreu A, Borges-Fernández R, Hernández-Niebla L. Disseminated Tuberculosis. Case report and literature review. Revista Medica Clinica Las Condes. 2023 Sep 1;34(5):376–82.

6. Dhali A, Das K, Dhali G, Ghosh R, Sarkar A, Misra D. Abdominal tuberculosis: Clinical profile and outcome. Int J Mycobacteriol. 2021 Oct 1;10(4):414–20.

7. Ozturk NB, Christos T, Naile D, and Iliaz R. Clinical presentation of peritoneal tuberculosis. Baylor University Medical Center Proceedings [Internet]. 2023 Mar 4;36(2):259–60. Available from: https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2144706

8. Amado-Garzón SB, Mejía-Gómez CA. Peritoneal tuberculosis, a differential diagnosis for ascites in cirrhosis. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36:98–101.