

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0295>

TUBERCULOSIS PERITONEAL EN PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS. REPORTE DE CASO

PERITONEAL TUBERCULOSIS IN A 48-YEAR-OLD MALE PATIENT. CASE REPORT

Culcay-Matute Ximena Verónica ¹; Delgado-Montaña Carlos Alberto ²;
López-Tabango Andrés Alejandro ³; Moria-Figueroa Darío Gabriel ⁴;
Núñez-Chariguamán Manuel Alejandro ⁵

¹ Médico General. Ecuador.

Correo: ximevcm@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7785-1227>.

² Médico General, Basílica Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Correo: carlosdel.9020@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-6781-039X>.

³ Médico General, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Correo: lopezandres96@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-2456-8541>.

⁴ Médico ocupacional del GAD municipal de Naranjito. Naranjito, Ecuador.

Correo: gab_dario@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-7252-9328>.

⁵ Médico General. Quito, Ecuador.

Correo: alejonu1995@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-7337-531X>.

Resumen

La tuberculosis sigue siendo un reto global de salud con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Es la décima causa de muerte en el mundo. La forma peritoneal surge de la reactivación de focos latentes en el peritoneo, a menudo por diseminación hematógena de una infección pulmonar. Su cuadro clínico suele ser inespecífico y progresivo, por lo que es crucial un diagnóstico temprano para un tratamiento adecuado. Los síntomas comunes son ascitis, dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. La tuberculosis peritoneal a menudo se detecta incidentalmente en abdomen agudo quirúrgico. Paciente masculino con un mes de síntomas, incluyendo dolor abdominal leve (EVA 5/10), hiporexia, anorexia y pérdida de peso. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis, trombocitosis, hiponatremia hiperosmolar y elevados compuestos nitrogenados. Se detectó onda ascítica en la exploración abdominal. Durante la hospitalización, se realizó una endoscopia sin hallazgos relevantes y una paracentesis por dolor abdominal y ascitis. Se agravó el cuadro clínico con dolor abdominal y fiebre >38,5 °C, por lo que se inició antibióticos y se realizó una laparotomía exploratoria urgente. Conclusiones: La tuberculosis peritoneal húmeda se caracteriza por abundante ascitis de exudado proteico. La biopsia peritoneal es el método preferido para el diagnóstico definitivo.

Palabras claves: Cirugía Laparoscópica; Infección; Peritonitis.

Abstract

Tuberculosis remains a global health challenge with high morbidity and mortality rates. It is the tenth leading cause of death worldwide. The peritoneal form arises from the reactivation of latent foci in the peritoneum, often due to hematogenous spread of a pulmonary infection. Its clinical presentation is usually nonspecific and progressive, making early diagnosis crucial for appropriate treatment. Common symptoms include ascites, abdominal pain, fever, and weight loss. Peritoneal tuberculosis is often detected incidentally in acute surgical abdomen. Male patient with one month of symptoms, including mild abdominal pain (VAS 5/10), hyporexia, anorexia, and weight loss. Laboratory tests showed leukocytosis, thrombocytosis, hyponatremia, and elevated nitrogen compounds. Ascites was detected on abdominal examination. During

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de agosto de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2025.

Fecha de publicación: 10 de noviembre de 2025.



hospitalization, an endoscopy was performed with no relevant findings, and a paracentesis was performed for abdominal pain and ascites. The clinical picture worsened with abdominal pain and fever $>38.5^{\circ}\text{C}$, so antibiotics were started and an urgent exploratory laparotomy was performed. Conclusions: Wet peritoneal tuberculosis is characterized by abundant protein exudate ascites. Peritoneal biopsy is the preferred method for definitive diagnosis.

Keywords: Laparoscopic Surgery; Infection; Peritonitis.

1. Introducción

La tuberculosis, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, es un problema de salud pública. La peritonitis por esta bacteria representa el 11% de los casos de tuberculosis, asociándose con condiciones como bajo estado socioeconómico, inmunosupresión, VIH, alcoholismo y drogadicción. La tuberculosis peritoneal comúnmente se activa por la reactivación de focos latentes en el peritoneo, tras diseminación desde un foco pulmonar primario. La tuberculosa puede diseminarse hematogénicamente en TB pulmonar activa. Rara vez, las micobacterias tuberculosas entran al peritoneo desde un intestino delgado infectado o por diseminación de salpingitis tuberculosa.

La tuberculosis intestinal causa estenosis en el tubo digestivo, asociadas con tubérculos peritoneales y ascitis. Además,

puede haber ulceraciones segmentarias y colitis que reduzcan el lumen intestinal, y lesiones que simulen pólipos, lo que, junto con adenitis tuberculosa, puede causar divertículos colónicos por tracción. Los síntomas de la tuberculosis peritoneal son inespecíficos y pueden aparecer entre 1 mes y 1 año. Presentan dolor abdominal, pérdida de peso, apetito, fiebre, diarrea, estreñimiento, hemorragia rectal y edema. Los síntomas son de leve a moderada intensidad.

La paracentesis es un diagnóstico para ascitis que identifica bacilos tuberculosos en menos del 3% de los casos. La actividad de adenosina desaminasa en líquido peritoneal puede sugerir diagnóstico al estimular linfocitos T frente a antígenos de micobacterias. La laparotomía exploratoria con biopsia es eficaz para diagnosticar peritonitis tuberculosa. Es más seguro, favorece una mejor inspección y reduce la estancia hospitalaria. Los

hallazgos incluyen ascitis libre, nódulos blancos amarillentos en el peritoneo, adherencias y, a veces, áreas hemorrágicas inflamadas. Las biopsias laparoscópicas muestran bacilos acidorresistentes y cultivos positivos para *M. tuberculosis*.

El tratamiento quirúrgico debe incluir terapia antituberculosa. El pronóstico de la TB colónica depende del diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que el 90% responde al tratamiento. Los pacientes con enfermedades complicadas tienen mayor mortalidad.

2. Reporte de caso

Un hombre de 48 años de edad, que vive en el cantón Zumba y que no tiene antecedentes médicos relevantes, informa que hace aproximadamente tres meses comenzó a experimentar un dolor abdominal que es persistente y de naturaleza difusa. Este dolor, que califica como una intensidad de 5 sobre 10, aparece de manera repentina y se ha visto acompañado por una pérdida del apetito, conocida como hiporexia, además de una

notable pérdida de peso de alrededor de 8 kilos. Hace unas cinco horas, el dolor se ha intensificado considerablemente, llegando a ser agudo y nuevamente difuso, con una intensidad que él describe como 10 sobre 10. Asimismo, ha estado sufriendo vómitos continuos, habiendo vomitado en cuatro ocasiones diferentes, expulsando tanto material semisólido como líquido, y en ocasiones, también alimento. Además, ha notado un aumento de la temperatura corporal, aunque no ha sido cuantificado. Debido a la gravedad de sus síntomas, ha tomado la decisión de acudir a una casa de salud para recibir atención médica.

Durante la realización de la exploración física, se registraron los siguientes signos vitales: la tensión arterial fue medida en 110/70 mm Hg, lo que indica una presión arterial en rangos normales; la frecuencia cardíaca se encontraba elevada a 110 latidos por minuto, sugiriendo una posible taquicardia; la frecuencia respiratoria fue de 19 respiraciones por minuto, lo que se encuentra ligeramente por encima del rango normal; la temperatura corporal se

registró a 36.4°C, lo que es considerado dentro de la normalidad; y por último, la saturación de oxígeno se mostró en un 92% bajo una fracción inspirada de oxígeno del 21%.

El paciente se encuentra debidamente orientado en cuanto a tiempo, espacio y persona. Presenta dolor, y al evaluarlo con la escala de coma de Glasgow, se obtiene un puntaje perfecto de 15 sobre 15. Además, se observa que el llenado capilar es inferior a 2 segundos, lo cual es un signo positivo. A pesar de mostrar características faciales de caquexia, el paciente responde de manera adecuada a las preguntas formuladas durante el interrogatorio. La cabeza del paciente presenta una forma normocéfala, lo que significa que se encuentra en proporciones y características consideradas normales. Además, el cuero cabelludo está correctamente implantado sin ninguna anomalía visible. No se detectan ni depresiones ni prominencias al tacto, lo que sugiere que no hay irregularidades en la conformación craneal. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas. Las fosas nasales presentan una permeabilidad

adecuada, lo que indica que no hay obstrucciones. Además, el tabique nasal se encuentra en perfecto estado y no se observan pólipos en las cavidades nasales. Boca: mucosas orales secas. El examen del cuello revela que se presenta de manera simétrica y es completamente móvil. Adicionalmente, no se observan adenomegalias, y la glándula tiroides no se puede palpar durante la evaluación. Al examinar el tórax, se observa que no hay cicatrices presentes. En relación al corazón, se escuchan los sonidos cardíacos R1 y R2, que son rítmicos y dentro de un rango normal en cuanto a fonética. En lo que respecta a los pulmones, el murmullo alveolar se conserva adecuadamente, y durante la auscultación no se detectan ruidos añadidos que puedan indicar alguna anomalía. La evaluación del abdomen muestra que no presenta cicatrices visibles y se siente firme al tacto, sin posibilidad de ser comprimido. Además, se observa que es sensible y provoca dolor al realizar una palpación profunda en toda su área. Por último, se detecta una onda ascítica positiva, lo que indica la presencia de líquido en la cavidad abdominal. Las maniobras

clínicas conocidas como las maniobras de Murphy y McBurney han arrojado resultados negativos en esta ocasión. Las extremidades del cuerpo presentan un tono muscular adecuado y una fuerza que se mantiene en niveles normales. Sin signos de edema.

Se manifiesta un abdomen agudo evidente en la tabla que muestra signos de irritación peritoneal, lo que lleva a tomar la decisión de realizar una laparotomía diagnóstica. Durante este procedimiento quirúrgico, se observaron varios hallazgos significativos, entre los cuales se encontraron

aproximadamente 500 cc de líquido ascítico acumulado. Además, se notó un engrosamiento de la membrana peritoneal en diversas áreas de la cavidad abdominal. También se identificaron pequeñas adherencias, en particular entre las porciones del intestino delgado, como se ilustra en la Figura 3. Por otro lado, se constató una distorsión en las asas intestinales y la presencia de múltiples lesiones nodulares, las cuales variaban en tamaño, con diámetros que iban de 1 a 4 cm, mostrando características típicas de granulomas asociados a la tuberculosis.

Figura 1. *Intestino delgado: Adherencias leve más escasas cantidad de líquido ascítico*



Se realiza biopsia. El informe histopatológico indica que la coloración por ácido periódico de Schiff (PAS) ha dado un resultado positivo. Se ha obtenido un resultado

positivo en la coloración de Ziehl Neelsen, lo que indica la presencia de formaciones bacilares ácido-alcohol resistentes (BAAR) que son compatibles con la enfermedad

tuberculosis. Se realizó un cultivo de líquido peritoneal específicamente diseñado para la detección de *Mycobacterias*, y los resultados obtenidos fueron positivos.

El diagnóstico final y concluyente del paciente en cuestión es tuberculosis peritoneal, que es causada por la bacteria conocida como *Mycobacterium tuberculosis*.

3. Resultados y discusión

La tuberculosis peritoneal se presenta con frecuencia como resultado de la reactivación de focos de infección tuberculosa que habían permanecido inactivos en el peritoneo. Esta reactivación ocurre a través de la diseminación de la bacteria de la tuberculosis en el torrente sanguíneo, lo que permite que los gérmenes lleguen a esta región del cuerpo. En el análisis de este caso clínico particular, no se encontró evidencia que sugiriera que la tuberculosis pulmonar fuera la causa principal del problema de salud en cuestión. Los factores que pueden incrementar el riesgo, tales como un estado socioeconómico desfavorable, la presencia de inmunosupresión, además de

infecciones relacionadas con el VIH, así como el consumo excesivo de alcohol o la adicción a drogas, no estaban presentes en la historia clínica del paciente, quien no contaba con antecedentes de ninguna de estas condiciones mencionadas anteriormente. Las micobacterias que causan la tuberculosis, conocidas como micobacterias tuberculosas, pueden ingresar a la cavidad peritoneal mediante un proceso que se desarrolla de manera transmural, lo que significa que atraviesan las paredes de un intestino delgado que se encuentra infectado. Además, esta infección también puede ocurrir a través de la diseminación contigua resultante de una salpingitis causada por tuberculosis, que es una inflamación de las trompas de Falopio. Los síntomas y signos asociados con la tuberculosis peritoneal son, en su mayoría, bastante inespecíficos y pueden confundirse con otras condiciones. En el caso del paciente en cuestión, presentaba un cuadro que incluía dolor abdominal, pérdida de peso significativa en general, falta de apetito (anorexia) y fiebre, todos estos síntomas son característicos de esta enfermedad. Además, el

paciente experimentaba ascitis, lo que llevó a la realización de una paracentesis diagnóstica. Sin embargo, es importante señalar que en un primer momento, este procedimiento no mejoró la situación clínica del paciente. Asimismo, al llevar a cabo la identificación de bacilos tuberculosos mediante un examen de microscopía, los resultados fueron negativos. A lo largo de su proceso evolutivo, se llevan a cabo análisis de marcadores tumorales que se localizan anatómicamente en el estómago y el peritoneo, lo que indica la presencia de una inflamación. Esta situación se manifiesta con una sintomatología que se intensifica, presentando un dolor abdominal que alcanza una puntuación de 10 sobre 10, caracterizado por un inicio súbito y acompañado de signos de irritación peritoneal. Ante esta gravísima condición, se decide proceder a la realización de una Tomografía Computarizada del Abdomen y Pelvis. Este estudio de imagen revela la presencia de múltiples nódulos, así como engrosamientos en las asas intestinales, y también se observa una significativa persistencia de líquido ascítico en

grandes volúmenes. Se lleva a cabo, de manera prioritaria y con carácter de urgencia, una laparotomía exploratoria que incluye la obtención de una biopsia dirigida. Esta intervención quirúrgica es considerada una herramienta excepcionalmente eficaz para el diagnóstico de la peritonitis causada por la tuberculosis. Esta técnica se considera mucho más segura y ofrece una inspección más exhaustiva, ya que los descubrimientos identificados incluyen la presencia de ascitis libre, así como la aparición de múltiples nódulos y tubérculos que tienen una tonalidad blanco amarillenta, los cuales se encuentran tanto en la superficie del peritoneo visceral como en el parietal. También se observan adherencias peritoneales o viscerales. Estos hallazgos muestran una correlación significativa con los resultados obtenidos durante la laparotomía que se realizó en el paciente. Además, la biopsia que se llevó a cabo revela un informe de histopatología que resulta positivo para la presencia de *Mycobacterium Tuberculosis*. Debido a esta situación, se decide iniciar de

manera inmediata el tratamiento correspondiente. La tuberculosis peritoneal se clasifica en diferentes tipos, entre los cuales se encuentra el tipo húmedo. Este tipo específico se distingue por la presencia significativa de ascitis, que se define como la acumulación de líquido en la cavidad abdominal. Además, este líquido ascítico posee un elevado valor de atenuación que varía entre 20 a 40 unidades de Hounsfield (UH), lo cual indica que se trata de un exudado que tiene un alto contenido de proteínas. En resumen, los hallazgos observados son corroborados y respaldados por los resultados de los exámenes realizados al paciente.

4. Conclusiones

El diagnóstico relacionado con la Tuberculosis Peritoneal (TBP) continúa presentando un carácter inespecífico, lo cual podría transformarse en un serio desafío de salud a nivel mundial. En particular, el subtipo de TBP conocido como húmedo muestra una alta incidencia, lo que implica que es esencial considerarlo de manera temprana como una posible opción en el diagnóstico diferencial de pacientes

que presentan ascitis de bajo gradiente inexplicable junto con elevados niveles de linfocitos. Para poder confirmarlo, el único método diagnóstico efectivo consiste en llevar a cabo una laparotomía exploratoria junto con una biopsia peritoneal. En términos de tratamiento, este se establece en un periodo de seis meses utilizando un régimen que incluye cuatro fármacos que han demostrado ser efectivos, a saber: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

Bibliografía

1. Gómez-Piña Juan José. Tuberculosis peritoneal. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2025 Sep 15] ; 34(3): 490-496. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000300017&lng=es.
<https://doi.org/10.24245/mim.v34i3.2171>.
2. Farías-Llamas OA, López MK, Morales JM, Medina M. Tuberculosis peritoneal e intestinal: una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica. Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev

- Gastroenterol Mex. 2005;70:169-78
3. Shukla HS, Bhatia S, Naitrani YP, et al. Biopsia peritoneal para diagnóstico de tuberculosis abdominal. Posgrado Med J 1982;58:226
 4. Rathi P, Gambhire P. Tuberculosis Abdominal. J Assoc Physicians India 2016;64:38.
 5. 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. <https://dx.doi.org/10.3748%2Fwjg.v20.i40.14831>
 6. Lewis O, Tammana S, Sealy P. Peritoneal Tuberculosis: Looking beyond the Typical Pathology. Open Journal of Internal Medicine [revista en línea] Vol 4. Pag 2. Año 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/ojim.2014.41001>.
 7. Flores E, Tello S, López F, Rivera V. Tuberculosis peritoneal. Informe de siete casos. Rev Cirugía y Cirujanos. [revista en línea] Vol 78. Num 1. Pag 70. México, 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66219265009>
 8. Ruiz P, Iglesias E, García V, González G. Tuberculosis intestinal y diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. RAPD [revista en línea] Vol 35 Num 4. Pag 1. Año 2012. Disponible en: http://www.sapd.es/revista/articulo.php?file=vol35_n4/08