

Caso clínico

Tuberculosis peritoneal que debuta con dispepsia

Elena López Ramiro, Olga Martínez Villén, Tania de la Hoz Solís, Mercedes Fernández Quesada, Luis Hortal Muñoz, María Aránzazu Rodríguez Posada, Carolina de la Fuente Barranco, María Elena del Olmo González, Marta Pérez Álvarez, Elena Díaz Vera

Centro de Salud Gandhi (Madrid)

Mujer de 37 años, de origen colombiano, cuyo último viaje fuera de España había sido hacía más de un año. No presentaba antecedentes personales, salvo anemia ferropénica leve, en tratamiento ocasional con hierro. Era portadora de un Dispositivo Intrauterino (DIU).

La paciente acudió a consulta por dolor epigástrico y sensación de plenitud postprandial desde hacía un mes, sin mejoría a pesar de tratamiento con Omeprazol y Domperidona. Se le había realizado un análisis de orina y de sangre completo (hemograma y bioquímica, con función hepática, renal, iones, etc.) con parámetros normales. La exploración física inicial fue normal. Dado que no hubo mejoría a pesar del tratamiento, se derivó a Gastroenterología para realizar una endoscopia, de la que estaba pendiente.

Dos meses después acudió de nuevo a nuestra consulta por empeoramiento de la sintomatología, con dolor en epigastrio e hipogastrio, astenia y distensión abdominal, que había ido en aumento en los últimos 10 días. Por esta razón, había acudido a las Urgencias de diferentes hospitales en 4 ocasiones, sin que le dieran ningún diagnóstico ni tratamiento definitivo.

En ese momento la exploración física era normal, salvo el abdomen levemente distendido. Se le realizó un test de embarazo, para descartar embarazo ectópico, ya que llevaba un DIU, que fue negativo. Ante el empeoramiento clínico de la paciente se realizó una ecografía abdominal en Atención Primaria.

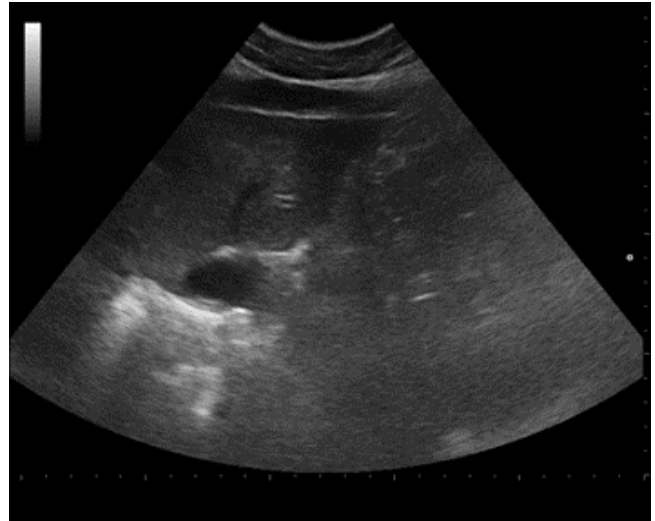


Figura 1. Corte axial alto en hipocondrio derecho. Se observa la porción más craneal del hígado, de aspecto normal, con vena suprahepática permeable y de calibre normal y una vena porta también normal. En la parte posterior se visualiza la vena cava permeable, cortada transversalmente.

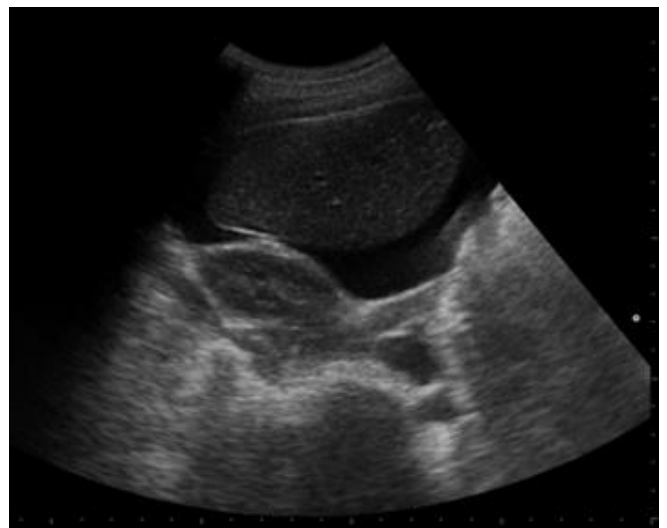


Figura 2: Corte axial del flanco derecho, a nivel de la porción más caudal del hígado. Se sigue observando el hígado de aspecto normal y también el riñón derecho, cortado de través. Contorneando el hígado se visualiza una banda anecoica, que corresponde a líquido peritoneal.

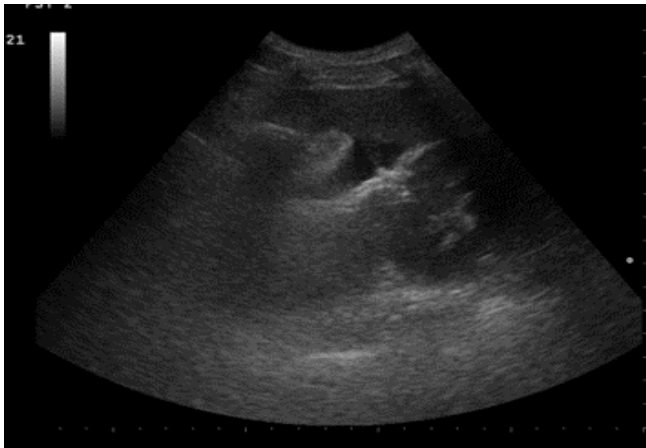


Figura 3: Corte axial del hipocondrio izquierdo. Se observa el polo inferior del bazo y el riñón izquierdo cortado transversalmente, de aspecto normal. Entre el bazo y el riñón izquierdo se visualiza una zona anecoica, que corresponde a líquido.

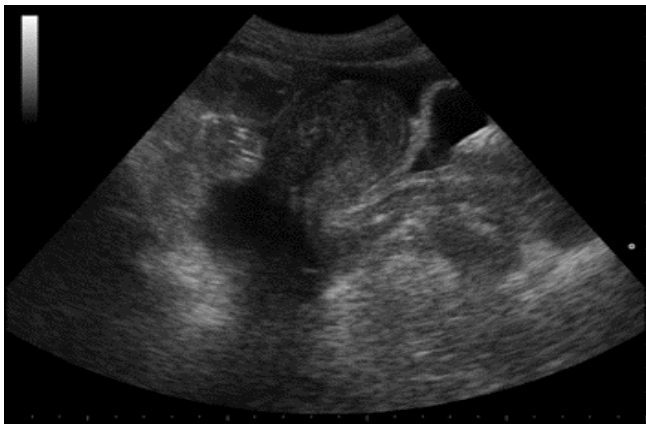


Figura 4: Corte sagital en zona pélvica. Por encima de la vejiga y rodeando el útero, se ven zonas anecoicas, que corresponden a líquido peritoneal. En cavidad endometrial y en situación muy baja, se ve una imagen hiperecogénica, que corresponde a un DIU.



Figura 5: Corte sagital de fosa iliaca derecha. Se observa líquido entre asas, que son de aspecto normal y el ovario derecho, con pequeños folículos, también normal.

CONCLUSIÓN DE LA ECOGRAFÍA

Moderada cantidad de ascitis, sin otros hallazgos patológicos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:

Ante los hallazgos ecográficos se derivó a la paciente a Urgencias con el diagnóstico de ascitis, y la sospecha de patología ginecológica o intestinal, infecciosa o tumoral.

La paciente fue ingresada en el hospital. Allí comenzó con fiebre, y se le realizó un TAC abdominal donde lo único que se evidenció fue ascitis, por lo que se le realizó una paracentesis y laparotomía exploratoria con los siguientes resultados:

-Citología de líquido ascítico: frotis inflamatorio mixto, de tipo agudo y crónico, sin otros hallazgos. Adenosine Deaminase Activity (ADA): 30 U/l

-Laparoscopia exploradora: Peritoneo granuloso, con líquido ascítico verdoso y fibrina perihepática. Asas de intestino delgado engrosadas.

-Anatomía Patológica: Imagen "en siembra de granos de mijo" y abundante fibrina con puentes fibrosos y granulomas caseificantes

No se encontraron micobacterias en sangre, ni en líquido ascítico, tampoco en la Anatomía Patológica de peritoneo y tubo digestivo

Todos estos hallazgos son compatibles con Tuberculosis Peritoneal por lo que se inició tratamiento con tuberculostáticos, con mejoría progresiva de la paciente, hasta desaparición de la ascitis y de la fiebre.

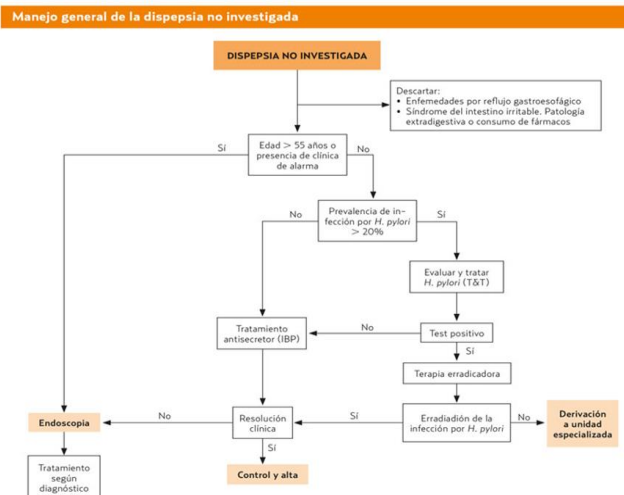
COMENTARIOS:

La Dispepsia según los criterios Roma III es una heterogénea relación de signos y síntomas atribuibles al tracto gastrointestinal superior, que habitualmente incluye alguno de los siguientes:

- dolor o malestar centrado en el abdomen superior,
- quemazón epigástrica,
- plenitud postprandial
- saciedad precoz

Sus principales causas son la úlcera péptica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la toma de determinados medicamentos (antiinflamatorios no esteroideos, hierro, digoxina, eritromicina, potasio etc.). Otras causas menos frecuentes son: cáncer, isquemia mesentérica crónica, pancreatitis, parasitosis intestinal, cirugía gástrica, gastroparesia o dismotilidad gástrica por diabetes mellitus, enfermedades inflamatorias intestinales, etc.

En el siguiente gráfico se presentan los pasos a seguir a la hora de investigar las causas de una dispepsia:



Nuestra paciente presentaba, como se describe anteriormente, una dispepsia refractaria a tratamiento, por lo que estaba pendiente de una endoscopia. Aunque no está incluida la ecografía como prueba complementaria para estudiar la dispepsia, es una prueba inocua y accesible en los centros de Atención Primaria, que puede agilizar el estudio y descartar patologías graves.

La tuberculosis peritoneal (TBP) es una enfermedad poco frecuente en países occidentales, siendo su incidencia inferior al 1% entre los pacientes afectados de tuberculosis. En España, sin embargo, su incidencia es superior a 50/100.000 habitantes y está entre las cuatro primeras causas de ascitis después de cirrosis hepática, neoplasias, e insuficiencia cardíaca. Actualmente la edad media de presentación es superior a los 40 años, aunque en países menos desarrollados suele darse en la segunda y tercera décadas de la vida. Los grupos de riesgo son alcohólicos con o sin cirrosis, inmigrantes de zonas poco desarrolladas y situaciones de inmunosupresión.

La presentación clínica habitual es inespecífica. Los síntomas más frecuentes son ascitis, dolor abdominal y fiebre (síntomas que presentaba nuestra paciente). Los datos analíticos y radiológicos son poco relevantes, siendo la positividad del test de Mantoux muy variables (15-100%).

La observación laparoscópica en combinación con la biopsia, establece la causa de la ascitis en TBP, inexplicada en el 75-86% de los pacientes, siendo requerido como diagnóstico de tuberculosis la presencia de granulomas caseificantes sobre peritoneo parietal o la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en la tinción de Ziehl. El rendimiento de esta prueba es del 75-90%, debido a que no todos los granulomas visibles son positivos para el bacilo.

La medición de los niveles de ADA en líquido ascítico junto con la laparoscopia y/o laparotomía con biopsia, son los mejores procedimientos para confirmar el diagnóstico.

El punto de corte de ADA, para el diagnóstico de tuberculosis es de >35U/l (12,13). En nuestro caso los ni-

veles de ADA eran de 30U/l, pero la anatomía patológica con granulomas caseificantes, así como la mejoría de la paciente tras comenzar con el tratamiento, fueron concluyentes de tuberculosis peritoneal.

La mortalidad asociada a la TBP es alta, y sólo un diagnóstico y tratamiento precoz mejoran su mal pronóstico.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso clínico en el que, gracias a la ecografía realizada en Atención Primaria, se hizo un diagnóstico temprano de ascitis, ya que la exploración era anodina, derivando a la paciente al hospital con sospecha de patología grave, que permitió el diagnóstico de TBP, incluso antes de que empezara con fiebre, haciendo posible un tratamiento precoz de la infección y evitando el mal pronóstico que tiene esta enfermedad.

Antes de realizarle la ecografía, la paciente había acudido a Urgencias en 4 ocasiones y como los análisis eran normales, se le dio el alta sin estudios posteriores. Este caso clínico nos hace plantearnos la utilidad de realizar ecografías en los casos de dispepsia, a pesar de que no está incluido como prueba complementaria en el estudio de la dispepsia.

La ecografía es una prueba accesible e inocua que descarta o diagnostica muchas patologías, por lo que es un recurso muy útil y además barato. En las consultas de Digestivo la ecografía abdominal se realiza de manera rutinaria en casos de dispepsia. ¿Por qué no realizarla también de forma sistemática en Atención Primaria?

BIBLIOGRAFÍA

1. Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Alonso-Coello P, Marzof M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol.* 2012; 35 (10):725.e1-e38.
2. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108(3):308-28. - 108(10): 1672.
3. Ferrándiz Santos J.A. Actualización en medicina de familia. *Dispepsia.* AMF. 2014;10(3):124-133.
4. Rodrigo Del Valle Ruiza S, Bautista López Espejo J. Tuberculosis peritoneal como causa de ascitis de origen no filiado. *C I R E S P.* 2010;87(5) : 319-333.
5. Farías Llamas O.A., López Ramírez M.K., Morales Amezcua. J.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. Medigraphic Artemisa en línea.* 2005.
6. Jorge AD. Peritoneal TBC. *Endoscopy.*1984; 16:10-12.
7. Dineen P, Homan WP, Grafe WR. Tuberculosis peritonitis: 43 years experience in diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1976; 184: 717-722.
8. Bastani B, Shariatzadeh MR, Dehdashli F. Tuberculosis peritonitis report of 30 cases and review of the literature. *Q J Med.* 1985; 56: 549-557.
9. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA. Clinical fea-

tures of abdominal tuberculosis. *J Infect Dis* 1988; 158: 687-692.

10. *Salva JA, Puig M, Jornet J, Broggi MA, Sueiras A. Peritonitis TBC (presentación seis casos). Rev Clin Esp* 1980; 156: 147-152.

11. *Fernández ML, Díaz M, De Miguel J, Abad JA, Pereda J. Tuberculosis peritoneal. Revisión de 23 casos con énfasis en los aspectos diagnósticos. Rev Clin Esp.* 1980; 159: 119-122.

12. *Pardo Balteiro A, Quintero Carrión E. Diagnóstico de la ascitis. Ascitis. GH continuada . Enero-febrero 2008. Vol 7. Nº1*

13. *Martínez Vázquez JM, Ocaña Y, Ribera E, et al. Adenosine deaminase activity in the diagnosis of tuberculosis peritonitis. Gut* 1986; 27: 1049-1053.

14. *Riquelme A, Calvo M, Salech F, Valderrama S, Pattillo A, Arellano M, Arrese M, Soza A, Viviani P, Letelier LM. Valor de la adenosina deaminasa (ADA) en líquido ascítico para el diagnóstico de peritonitis. Jour. Clinic. Gastr.* 2006;40(8):705-10