

---

**Tuberculosis abdominal**  
***Abdominal tuberculosis***

---

T. Rubio<sup>1</sup>, M. T. Gaztelu<sup>2</sup>, A. Calvo<sup>3</sup>, M. Repiso<sup>1</sup>, H. Sarasibar<sup>4</sup>, F. Jiménez Bermejo<sup>1</sup>, A. Martínez Echeverría<sup>1</sup>

---

**RESUMEN**

La tuberculosis abdominal cursa con un cuadro inespecífico, con difícil diagnóstico diferencial respecto a otras entidades de similar semiología.

Presentamos el caso de un varón que ingresa por presentar dolor abdominal, pérdida progresiva y notable de peso corporal y fiebre de dos meses de evolución. El cultivo de la biopsia de colon mostró presencia de bacilo de Koch.

**Palabras clave.** Tuberculosis abdominal. Dolor abdominal. Fiebre.

**ABSTRACT**

Abdominal tuberculosis develops according to a non-specific clinical picture, with a difficult differential diagnosis with respect to other entities of similar semiology.

We present the case of a male who was admitted because of abdominal pain, progressive and notable loss of body weight and a fever of two months evolution. The culture from the colon biopsy showed the presence of Koch bacilli.

**Key words.** Abdominal tuberculosis. Abdominal pain. Fever.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (2): 257-260.*

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital García-Orcoyen. Estella. Navarra.
2. Médico de Familia. Centro de Salud Isaba-Burgui. Isaba. Navarra
3. Cirugía General. Hospital García-Orcoyen. Estella. Navarra.
4. Radiología. Hospital García-Orcoyen. Estella. Navarra.

Aceptado para su publicación el 4 de febrero de 2005.

**Correspondencia:**

Tomás Rubio Vela  
Servicio de Medicina Interna  
C/ Santa Soria, 22  
31200 Estella  
Tfno: 848435000  
E-mail: trubiove@cfnavarra.es

## INTRODUCCIÓN

La relación entre la enfermedad pulmonar y las formas extrapulmonares de la tuberculosis se estableció en 1804 con los escritos de Laennec. El primer caso documentado data de 1843. A principios del siglo XX, era la primera causa de estenosis y obstrucción intestinal. Las mejoras higiénico-dietéticas y el tratamiento específico redujeron su incidencia, aunque con la migración actual su incidencia puede aumentar<sup>1,2</sup>.

Conocida como “la gran simuladora”, la tuberculosis mimetiza una gran cantidad de padecimientos, y en su variante peritoneal puede comportarse clínicamente como cualquier otra enfermedad abdominal, como la enfermedad de Chron<sup>3</sup>. De hecho, si no se sospecha, puede pasar por alto o diferirse indefinidamente, lo cual repercute de forma significativa en las tasas de morbimortalidad por dicha afección.

## CASO CLÍNICO

Varón de 27 años de origen pakistaní, residente en Europa desde hace 5 años (Grecia) y en España desde 6 meses antes. Presenta sensación distérmica de 3 semanas de evolución, acompañado de tos con expectoración blanco-grisácea, dolor abdominal y vómitos, sin cambio del ritmo deposicional. No cefaleas, no artritis. Resto de anamnesis sin interés.

En la exploración el paciente presenta mal estado general, bien perfundido, con signos de desnutrición, hemodinámicamente estable, temperatura axilar de 37,5°C, con dolor abdominal difuso a la palpación, peristaltismo de progresión y signos de irritación peritoneal. Los datos de laboratorio muestran un hemograma y perfil bioquímico normales. Los hemocultivos y cultivos de orina fueron negativos. El mantoux fue positivo (18 x 23 mm a las 72 horas). La radiografía de tórax no muestra alteraciones significativas.

El TAC abdominal (Fig. 1) muestra, por debajo de la tercera porción duodenal, imágenes lobuladas con áreas hipodensas en su interior, con calcificación, compatibles con adenopatías.



**Figura 1.** TAC Abdominal. **a)** Imágenes lobuladas, con áreas hipodensas, con calcificación y focos de necrosis en su interior, compatibles con adenopatías. **b)** Engrosamiento de la pared del ciego, que persiste en fase tardía, con buen relleno de contraste en su interior.

con foco de necrosis caseosa así como engrosamiento de la pared del ciego.

La colonoscopia presenta, en fondo de ciego un engrosamiento de superficie nodular que ocupa dos tercios de la circunferencia.

La baciloscopia de esputos y heces, así como los cultivos de Lowenstein fueron negativos. La baciloscopia de mucosa de colon fue negativa. El resultado del cultivo de Lowenstein de mucosa de ciego informa de *Mycobacterium tuberculosis* sensible a isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Se inició tratamiento específico con isoniacida, rifampicina y pirazinamida a dosis estándar con desaparición de la fiebre y el dolor abdominal. En revisión a los 6 meses, permanecía asintomático, suspendiéndose el tratamiento al considerarse este cumplido.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis abdominal<sup>4</sup> es una entidad infrecuente, representando el 0,5% de los casos nuevos de tuberculosis y el 11% de las formas extrapulmonares<sup>5,6</sup>, aumentando su frecuencia por la aparición de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana<sup>7,9</sup>, la resistencia a los fármacos antituberculosos y los cambios migratorios.

La tuberculosis peritoneal se origina como resultado de la reactivación y diseminación hematogena de focos latentes, fundamentalmente de un foco primario en el pulmón, pudiendo no ser éste radiológicamente visible. Ocasionalmente, se presentan casos relacionados con diseminación por contigüidad de lesiones tuberculosas como intestinal.

El *Mycobacterium tuberculosis* puede localizarse en cualquier órgano de la cavidad abdo-

minal<sup>1</sup>, siendo el más frecuente el tracto gastrointestinal, seguido de los ganglios retroperitoneales.

Tras la reactivación, tanto el peritoneo parietal como el visceral se cubren de tubérculos. Un 97% de los pacientes concurren con ascitis en el momento del diagnóstico, mientras que sólo el 3% manifiestan una variante con predominio de adherencias fibrosas, denominada "variante seca".

La clínica predominante suele ser distensión abdominal secundaria a ascitis exudativa, fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea y malestar abdominal inespecífico, pudiendo simular cualquier proceso abdominal. Debe realizarse diagnóstico diferencial con procesos, como la enfermedad de Chron<sup>3</sup>, apendicitis aguda<sup>2,10</sup>, adenocarcinoma intestinal, sarcoma, enteritis por *Yersinia*, amebiasis e histoplasmosis, entre otras.

El diagnóstico se basa en la sospecha de la entidad<sup>11,12</sup>, debiéndose confirmar mediante estudio microbiológico.

La prueba de la tuberculina resulta positiva en la mitad de los pacientes<sup>13</sup>.

Los métodos diagnósticos más empleados son la obtención de material para realización de microbiología, tinción, cultivo y reacción en cadena de la polimerasa<sup>14</sup>. Las técnicas más frecuentes son: la paracentesis, colonoscopia<sup>15</sup>, laparoscopia, biopsia de peritoneo con aguja de Cope, laparotomía exploradora o seliotomía.

El tratamiento<sup>16</sup> de la tuberculosis abdominal no difiere de la pulmonar. En pacientes inmunocompetentes se realiza tratamiento durante 6 meses, los dos primeros meses con 3 fármacos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida), y los 4



**Figura 2.** Imagen endoscópica de ciego.

siguientes con dos (isoniacida y rifampicina). Sin embargo, debe realizarse antibiograma ante la posibilidad de aparición de cepas multirresistentes.

La tuberculosis, y en especial su variante peritoneal, constituyen, como antaño, un reto diagnóstico, epidemiológico y terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HORVARTH K, WHELAN R. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 692-696.
2. RODRÍGUEZ E, BELTRAN E, RIBAS J, TORRES M. Apendicitis aguda como inicio de una tuberculosis generalizada. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 41-44.
3. ARNOLD C, MORADPOUR D, BLUM HE. Tuberculosis colitis mimicking Chron's disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2294-2296.
4. LADO FL, CABANA B, FERREIRO MJ, CABARCOS A, DONADO E. Peritonitis tuberculosa. Aportación de tres casos. *An Med Interna* 2002; 19: 296-298.
5. ALVAREZ S, MCCABE WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine* 1984; 63: 25-55.
6. FERNÁNDEZ JORGE MA, ALONSO MALLO E, LOBATO LA, MARTÍNEZ SÁNCHEZ JM. Tuberculosis extrapulmonar: estudio retrospectivo de 107 casos. *An Med Interna* 1995; 12: 212-215.
7. CANUETO J, BASCUÑANA A, VERGARA A, TORRES M, ESCRIBANO JC, SÁNCHEZ PORTO A et al. Características clínicas y evolutivas de la tuberculosis extrapulmonar/diseñada en los pacientes con SIDA. Estudio de 103 casos diagnosticados en la provincia de Cádiz. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 87-97.
8. MARTÍNEZ VÁZQUEZ JM, CABARCOS A, BARRIO E. Tuberculosis e infección por VIH: de la clínica a la prevención (Tercera de tres partes). *An Med Interna* 1997; 14: 363-368.
9. LADO FL, BARRIO E, CABARCOS A, CARBALLO E, SÁNCHEZ LEIRA J, PÉREZ DEL MOLINO ML et al. Tuberculosis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación clínica y diagnóstico. *An Med Interna* 1998; 15: 415-420.
10. SOLER RANGER LJ, SERRALTA SAN MARTÍN G, CAMACHO SILES FERNÁNDEZ J, ARNALICH F. Apendicitis aguda como forma de presentación de tuberculosis intestinal. *Rev Clin Esp* 2001; 201: 425-426.
11. MARTÍNEZ P, LÓPEZ DE HIERRO M, MARTÍNEZ R, MARTÍNEZ JG, MARTÍN MM, CASTILLA MM. Tuberculosis intestinal. Un reto diagnóstico. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 351-354.
12. PÉREZ DE RIO MJ, FRESNO M, DÍAZ IGLESIAS JM, VEIGA M, ALVAREZ E, ABBANEDO P et al. Tuberculosis intestinal, un difícil diagnóstico de presunción. *An Med Interna* 1999; 16: 469-472.
13. HUAMÁN-LÓPEZ N. Tuberculosis Intestinal y Peritoneal. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 2002; 15.
14. GAN HT, CHEN YQ, OUAYANG Q, BU H, YANG XY. Differentiation between intestinal tuberculosis and Chron's disease in endoscopic biopsy specimens by polymerase chain reaction. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1446-1451.
15. NAGAN M, OKASHA H, ISMAIL Z, EL-FATATRY M, OKASHA S, MONIR E. Endoscopic diagnosis of colonic tuberculosis. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 789-793.
16. GARCÍA RAMOS R, LADO FL, TÚNEZ V, PÉREZ DEL MOLINO ML, CABARCOS A. Tratamiento actual de la tuberculosis. *An Med Interna* 2003; 20: 91-100.