

## Tuberculosis peritoneal: torta epiploica

**Autores:** Muñoz Luis, Gallego Claudio, Poropa Alejandra, Joza Karla, Salomone César

Hospital General de Agudos Parmenio P. Piñero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

### Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que constituye un problema de salud pública en el mundo. La tuberculosis peritoneal (TBP) es una patología de baja incidencia que representa el 0.34% de los casos de tuberculosis (TB). Su presentación clínica suele ser inespecífica e insidiosa, siendo importante el diagnóstico precoz para establecer el tratamiento específico. Los síntomas más recurrentes son: ascitis, dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre<sup>1</sup>. La edad promedio de presentación en países subdesarrollados suele ser entre la segunda o tercera décadas de la vida<sup>2</sup>. La etiología más frecuente es la reactivación de un foco latente abdominal, pudiendo desarrollarse por extensión directa de órganos vecinos comprometidos (ganglios linfáticos, trompas de Falopio)<sup>3</sup> o a partir de una siembra hematógena<sup>2</sup>.

El diagnóstico de TBP suele ser incidental, en la mayoría de las ocasiones en el curso de un abdomen agudo quirúrgico.

La TBP se presenta con ascitis en la mayoría de los casos (denominada TBP tipo húmeda), la tipo seca se caracteriza por el engrosamiento de tejidos (peritoneo, mesenterio, epiplón) y representa el 10% de la localización peritoneal.

Presentamos un paciente masculino, con síntomas respiratorios de 30 días de evolución, asociados a distensión y dolor abdominal. La tomografía computada (TC) de abdomen evidenció compromiso del epiplón mayor sin ascitis.

### Caso clínico

Paciente masculino de 25 años de edad, procedente de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; reside en Argentina desde hace 8 años y trabaja como obrero en un taller de costura. Consulta al servicio de emergencia del hospital por astenia, anorexia, adinamia, sudoración nocturna, pérdida de peso no cuantificada, asociado a náuseas, epigastralgia y dolor en hipocondrio y flanco izquierdo. Paulatinamente se agregaron tos productiva mucosa que exacerba el dolor y distensión abdominal. El cuadro tiene 30 días de evolución.

### Antecedentes

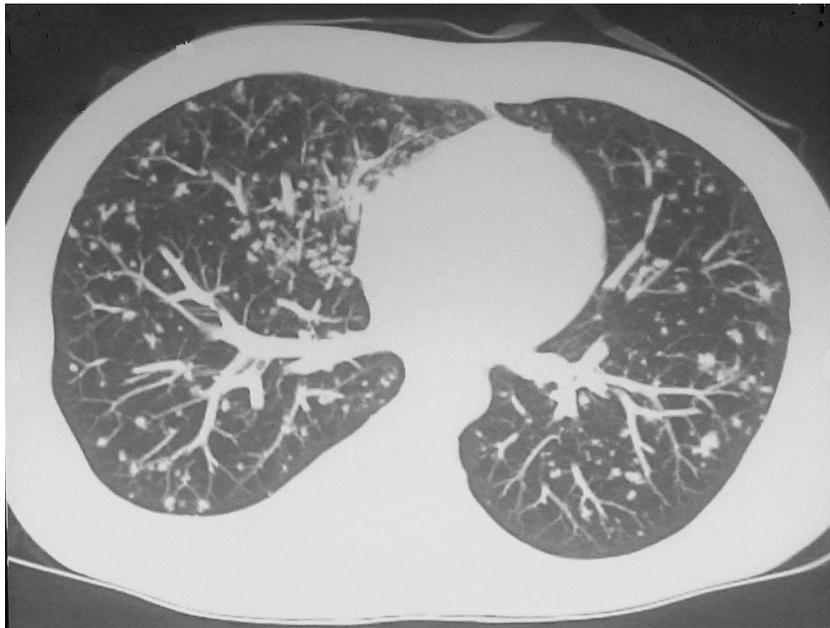
Refiere un hermano con tuberculosis pulmonar en el año 2001, no habiendo recibido quimioprofilaxis alguna. No se encontró otro antecedente patológico relevante.

### Exámenes complementarios

Hemograma: eritrosedimentación de 78 mm, recuento de glóbulos blancos 10.500. Serología negativa para hepatitis B y C, VIH, VDRL y Chagas. El resto de los exámenes de laboratorio no aportó datos patológicos relevantes.

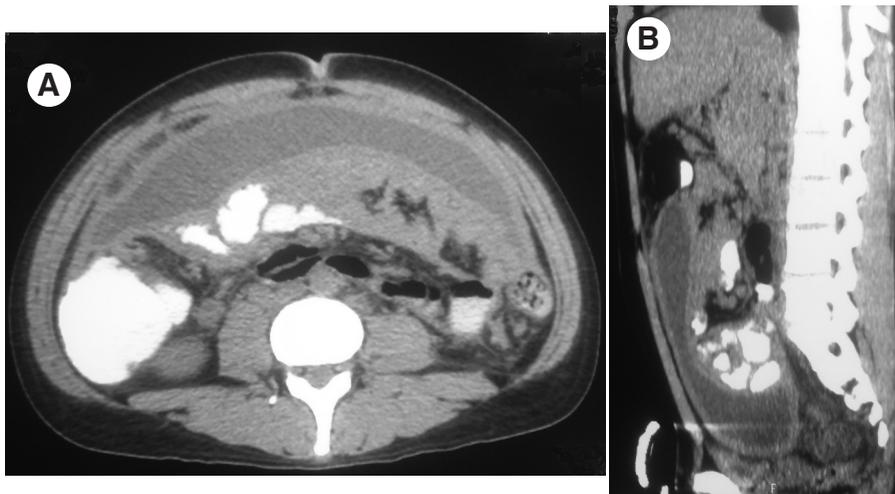
Baciloscopia de esputo para BAAR fue negativa.

La radiografía de tórax evidenció un **infiltrado micronodulillar y nodulillar bilateral** el cual se confirmó en las imágenes de la tomografía computada (TC) de tórax (**Figura 1**).



**Figura 1.** Tomografía computada de tórax sin contraste. Corte axial: evidencia un infiltrado micronodulillar y nodulillar bilateral con imágenes de árbol en brote.

La ecografía abdominal mostró alteración del epiplón. Estos resultados justificaron la TC de abdomen evidenciándose engrosamiento estructural de todo el epiplón mayor con aspecto de “torta epiploica” (*omental cake* en inglés), además de múltiples imágenes ganglionares distribuidas tanto en el epiplón como en el retroperitoneo, sin la presencia de ascitis (**Figura 2**).



Corte coronal

Corte axial

**Figura 2 A y B.** Tomografía computada de abdomen, sin contraste. Cortes axial (A) y coronal (B): se describe en ambos cortes marcado engrosamientoo estructural de todo el epiplón mayor, sin la presencia de ascitis.

### Diagnóstico

Una vez descartado un abdomen agudo quirúrgico se lo derivó al Servicio de Neumonología con diagnóstico presuntivo de tuberculosis diseminada, considerando el compromiso miliar pulmonar y abdominal a partir de los hallazgos tomográficos y los datos clínicos,

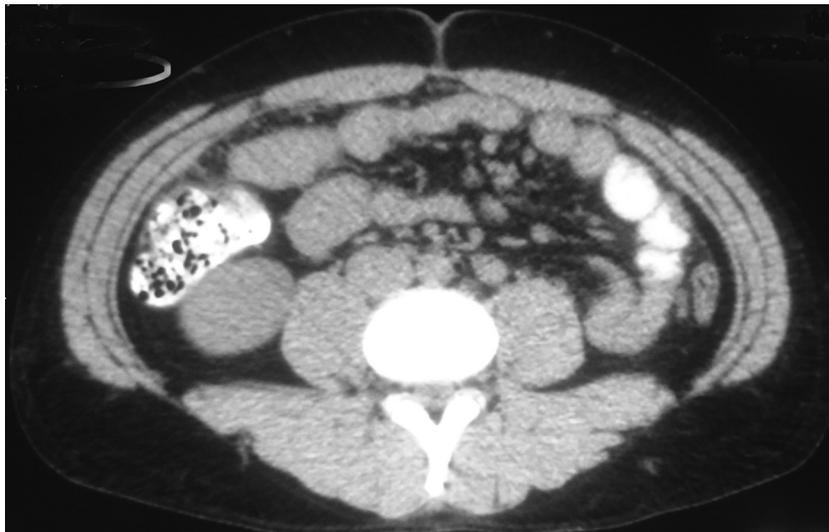
### Tratamiento y evolución

Se inició tratamiento antituberculoso de forma empírica con fase intensiva (isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida). La tolerancia fue buena así como la adherencia del paciente al tratamiento.

El paciente evolucionó favorablemente, con mejoría clínica y disminución progresiva del diámetro abdominal y alivio del dolor, a partir de los 10 días de iniciado el tratamiento. A los 60 días el diámetro abdominal se había normalizado.

A los dos meses se recibió el resultado del cultivo de esputo –positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. El tratamiento pasó a fase de mantenimiento con isoniazida y rifampicina durante siete meses.

En la TC abdominal de control realizada a los ocho meses de iniciado el tratamiento se observaron múltiples imágenes ganglionares en rango no adenomegálico distribuidas a nivel del mesenterio, sin otra lesión adicional. (Figura 3).



**Figura 3.** Tomografía computada de abdomen sin contraste. Corte axial: resolución de engrosamiento epiploico.

### Discusión

La TB es un problema importante de salud pública, principalmente en los países en vías de desarrollo. Según la OMS es la novena causa de muerte a nivel mundial y la primera por enfermedades infecciosas. En 2016 la cifra estimada de muertes por TB fue de 1.3 millones en personas VIH negativas, y de 374.000 en individuos VIH-positivos. La cifra estimada de personas que contrajeron la TB ese mismo año fue de 10.4 millones, el 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% tenía infección por VIH<sup>4</sup>.

En la República Argentina, durante el año 2015 se reportaron 10.713 pacientes con diagnóstico de TB, de los cuales el 11.8% correspondió a TB extrapulmonar. Los sitios comprometidos fueron, por orden de frecuencia, pleura, ganglios linfáticos, sistemas nervioso y osteoarticular, aparato genitourinario, y peritoneo. La TBP representa el 0.34% de la TB y el 2.82 % de la TB extrapulmonar<sup>5</sup>. La TB puede afectar a cualquier órgano, evidenciándose en estos casos lesión pulmonar concomitante en menos del 25% de los casos<sup>6</sup>.

La TBP se subdivide en tres tipos principales: húmeda, fibrótica y seca, aunque existe una superposición considerable en sus presentaciones<sup>3,7</sup>. La *peritonitis tipo húmeda* es la forma más frecuente,

presenta grandes volúmenes de líquido ascítico libre o loculado. La *peritonitis de tipo fibrótica* se caracteriza por grandes masas epiteliales mesentéricas. La TBP *tipo seca* se observa en el 10% de los casos y se caracteriza por engrosamiento mesentérico-epiploico, adherencias fibrosas y nódulos caseosos. Sus manifestaciones en imágenes son altamente sugestivas, pero no específicas de TB. En la TBP *tipo seca* el compromiso epiploico se clasifica en nodular, plastrón epiploico (torta epiploica) y engrosamiento regular o irregular. La TC tiene mayor sensibilidad que la ecografía para mostrar los cambios omentales<sup>8</sup>. Se observa compromiso variable mesentérico y epiploico, que puede variar de leve a extenso<sup>2,6</sup>. El diagnóstico diferencial de la presentación en torta epiploica incluye: linfoma, otras formas de peritonitis, carcinomatosis peritoneal, pseudomixoma peritoneal, carcinoma de ovario en estadios avanzados y mesotelioma peritoneal<sup>8</sup>.

Para el diagnóstico de certeza de la TBP se requiere del cultivo de *Mycobacterium* en el líquido ascítico o, la presencia de la muestra de biopsia peritoneal de tejido granulomatoso con un cuadro clínico compatible<sup>8-10</sup>. Lamentablemente, los métodos convencionales de diagnóstico microbiológico son lentos y no lo suficientemente sensibles como para establecer en forma rápida el diagnóstico de peritonitis tuberculosa<sup>11</sup>. La quimioterapia antituberculosa estándar es altamente efectiva pero el inicio tardío del tratamiento se asocia a mayores índices de mortalidad<sup>11</sup>.

Nuestro caso es de particular interés dada la baja incidencia de presentación de la forma seca de peritonitis tuberculosa, y por otra parte, el signo tomográfico de torta epiploica se describe en la literatura asociado en mayor frecuencia a patología tumoral que infecciosa<sup>12-14</sup>.

## Conclusión

La TBP de tipo seca es una patología de muy baja incidencia, de presentación clínica inespecífica, caracterizada por la afectación de mesenterio y epiplón en grado variable. Para el diagnóstico definitivo se requiere generalmente de biopsia peritoneal. Se puede evidenciar lesiones pulmonares concomitantes en menos del 25% de casos, la presencia de un infiltrado miliar extenso fue fundamental en nuestro caso clínico para establecer un diagnóstico y tratamiento específico en forma precoz.

## Bibliografía

1. Verspyck E, Struder C, Wendum D, Bourgeois D, et al. Peritoneal tuberculosis. *Ann Chir* 1997; 51:375-378.
2. Cors R, García V, Luján M, Pamos S, et al. Tuberculosis peritoneal: utilidad diagnóstica de la adenosindeaminasa (ADA) en el líquido ascítico. *Rev Soc Valencia Patol Dig* 1999; 18:92-95.-
3. Sharma M, Bathia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004; 120(4): 305-315.
4. World Health Organization 2017. Global tuberculosis report 2017: 5.
5. Bossio JC, Fernandez H, Arias S, Radosevich A. Notificación de casos de tuberculosis en la República Argentina Período 1980-2015. PRO.TB.DOC.TEC. N° 29/16. INER-ANLIS-MSAL.
6. Arévalo C, et al. Tuberculosis abdominal: patología infrecuente en un paciente joven. Reporte de un caso. *Rev Chil Cir*. 2017. En: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2017.06.006>
7. Burrill J, Williams CJ, Bain G. Tuberculosis: una revisión radiológica. *Radiografía*. 2007; 27(5): 1255-1273.
8. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review. Tuberculous peritonitis presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 22(8): 685-700.
9. Ramírez M, Menéndez A, Noguero A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 2015; 17: 3-11.
10. Chow KM, Chow VC, Hung LC. Tuberculous peritonitis associated mortality among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. *Clin Infect Dis*. 2002; 35: 409.
11. Pérez P, Montesinos O, Sánchez, Naranjo G. Tuberculous Peritonitis, *Radiología*. 2010; 52(2): 484-486.
12. Wang K, Lee W, Lin H. Omental cake. *Int J Emerg Med* 2010; 3:477-478.
13. Shovman O, Levy Y, Tal S, Shoenfeld Y. Omental cake in a man. *IMAJ*. 2003; 5: 73-74.
14. Rhodes A, Joarder R, Al-Kutoubi A. Omental cake-cause. *Postgrad Med J*. 1998; 74: 267-268.