

DR. ALFONSO ACEVEDO OLIVERA\*  
DR. AURELIO GUZMÁN VALDIVIESO\*\*

# TUBERCULOSIS PERITONEAL\*

**E**L BACILO TUBERCULOSO cuando infecta el peritoneo, generalmente lo hace secundariamente, porque siempre existen otras localizaciones de la infección.

Dicho ataque se caracteriza fundamentalmente:

- A) Por el variado aspecto anatomopatológico que tiene.
- B) Por la evolución eminentemente crónica, sin que falte en ocasiones la fase aguda o subaguda.
- C) Por la extensión de la reacción peritoneal generalizada o localizada.

\* Jefe de Servicio por oposición del Hospital General, S.S.A. (Pabellón 21 Med. Int.)  
Prof. de Clínica Gastro-enterológica de la Facultad Nacional de Medicina. U.N.A.M.  
Socio Fundador de la Asociación Mexicana de Gastro-enterología.

\*\* Médico externo del Hospital General, S.S.A. (Pabellón 21 Med. Int.)

D) Por el modo de reaccionar del mismo peritoneo, dando aspectos exudativos, caseosos o fibrosos.

E) Por las localizaciones fímicas asociadas, ya sea a las serosas o a diferentes órganos y sistemas del organismo, tal como sucede en el período secundario de Ranke que produce la poliserositis tuberculosa de Fernet y Bouland.

Fue Morgagni y Bichat en 1800, y Laennec 1804, los que describen inicialmente la forma úlcero caseosa, 60 años más tarde Louis y Gueneau de Mussy completan su descripción. El aspecto libro caseoso lo describió Bucquay, habiendo sido Cruveilhier el que llamó forma ascítica esencial de las jóvenes. Biat y el gran Marfan descubren la verdadera etiología tuberculosa de estos diferentes aspectos. (1884).

¿Por qué se localiza el bacilo de Koch en el peritoneo?

- 10.—Por diseminación hematógena a partir del período secundario de Ranke o bien porque existen lesiones activas de otros órganos, huesos, ganglios, aparato uro-genital. Para uno de nuestros mejores tisiólogos, Alejandro Celis, es la excepción que un tuberculoso pulmonar, lo sea también peritoneal.
- 20.—Por vía linfática es que los bacilos llegan a la serosa siguiendo los linfáticos de órganos vecinos, intestino, pleura, ganglios retro peritoneales, etc.
- 30.—Por contigüedad, siguiendo las ideas de Aurbach, dos son los principales órganos por los que se hace una tuberculosis peritoneal; el intestino o la trompa de Falopio en la mujer.
- 40.—La vía retrógrada linfática aceptada por Anderson, en este caso existe una tuberculosis ganglionar peri tráqueo bronquial o retro traqueal muy extensa que impide el paso de la linfa procedente del abdomen, linfa que se carga con bacilos siguiendo un curso retrógrado e infecta los ganglios peripancreáticos y peri portales que ulteriormente contaminan el peritoneo.

**Frecuencia.** El presente trabajo es el resultado de 754 observaciones peritoneoscópicas en donde encontramos 123 tuberculosis peritoneales, 66 mujeres y 57 hombres, en ellos están incluidos 35 cirróticos de los cuales 26 correspondieron a cirrosis de Laennec siendo 19 hombres y 7 mujeres, de la variedad post necrótica solamente fueron 9, 8 hombres y una mujer, quiere esto decir que es el hombre cirrótico el más afectado por el padecimiento tuberculoso, quitando las 8 mujeres cirróticas nos quedan 58 mujeres con tuberculosis peritoneal, contra 30 hombres con el mismo padecimiento. La mujer es la más atacada por la dolencia fímica.

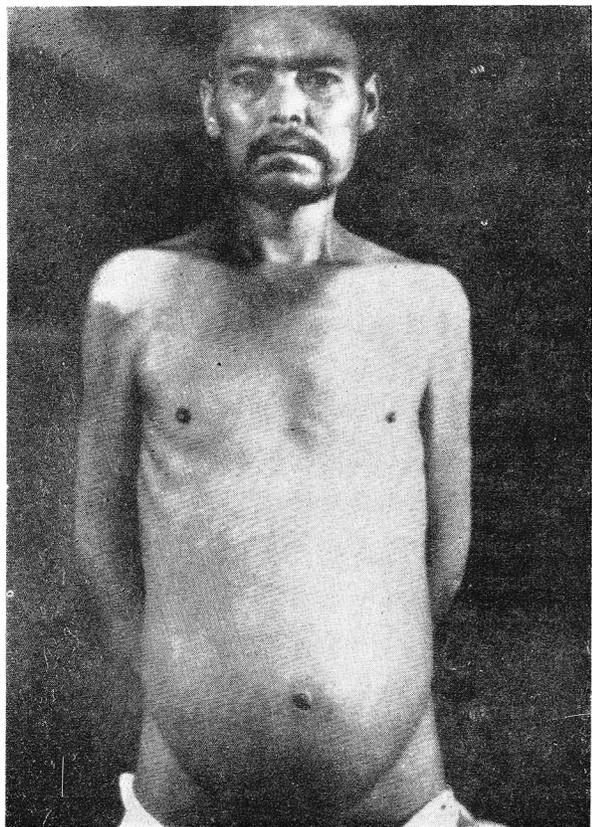
La mayor parte de los enfermos ingresaron al Pabellón 21 del Hospital General con el diagnóstico de cirrosis, siendo el diagnóstico final el siguiente, tuberculosis ascitógena fibrosa 63, ascitógena caseosa 10, fibrosa pura 6, caseosa pura 4, y peritonitis encapsulante 5, sin embargo en casi todas encontramos el pequeño tubérculo caseoso en grano de mijo que se le llama y que nos hizo pensar en el padecimiento.

¿Cómo se presenta la tuberculosis peritoneal?

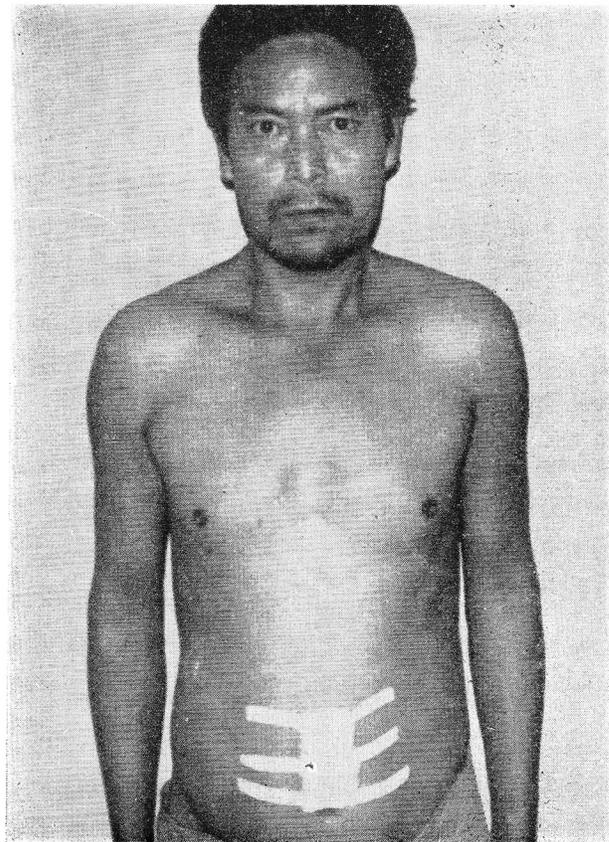
Se inicia por una emanación lenta y progresiva, con astenia, adinamia, sudores nocturnos, anorexia, meteorismo post prandial, diarrea o constipación, poco a poco el abdomen crece y duele indistintamente en sitios diversos, en la mujer no es infrecuente que aparezca esta sintomatología después de un aborto, o bien de un parto, teniendo antecedentes algo o dismenorréicos.

Todos nuestros enfermos han sido crónicos y sobre ellos nos referiremos, el crecimiento de la parte baja del abdomen fue el signo y síntoma constante, abultamiento que en ciertas ocasiones daba la sensación de acumulación de líquido, alternando con crisis de diarrea y constipación y la presencia muy frecuente de ruidos hidro aéreos señalados en cada enfermo en una zona constante, en la mujer fue muy frecuente micciones continuas y dolorosas que para Hovard con la signología señalada es un síntoma de tuberculosis peritoneal. El síndrome de suboclusión crónica solamente lo encontramos en 6 casos, en ninguno hubo oclusión completa.

**Exploración.** La facies fímica la encontramos con frecuencia menos en el cirrótico, en el cuello la presencia de ganglios supraclaviculares a veces reblandecidos, o bien la cicatriz de ellos en el tórax, la presencia de pequeños signos fímicos, como discreta disminución de la motilidad del vértice, vibraciones aumentadas, sub matidez y respiración entrecortada o granulosa, derrame pleural en 15 casos, que junto con la ascitis constituye el síndrome de Fernet. La taquicardia y la hipotensión arterial fueron constantes constituyendo el síndrome supra diafragmático de Epinger. En la mayoría de nuestros enfermos la ascitis fue el signo principal a la inspección del abdomen, el ombligo se encontró equidistante entre la base del apéndice xifoides y el pubis, no sucediendo igual en los cirróticos en el cual éste desciende acercándose al pubis, la piel habitualmente es seca y escamosa encontrándose en el cirrótico la presencia de arañas vasculares, signo de Villaret y Chantemes, en la forma caseosa pura es posible observar el vientre sinuoso. En el cirrótico la red venosa portocava superior es el signo obligado. Por palpación los reflejos cutáneos están discretamente disminuidos, existe discreta hiperestesia y la estructura muscular es parcelar, el tejido subcutáneo está disminuido, en el peritoneo parietal a veces se encuentran los tuberculomas y siempre se



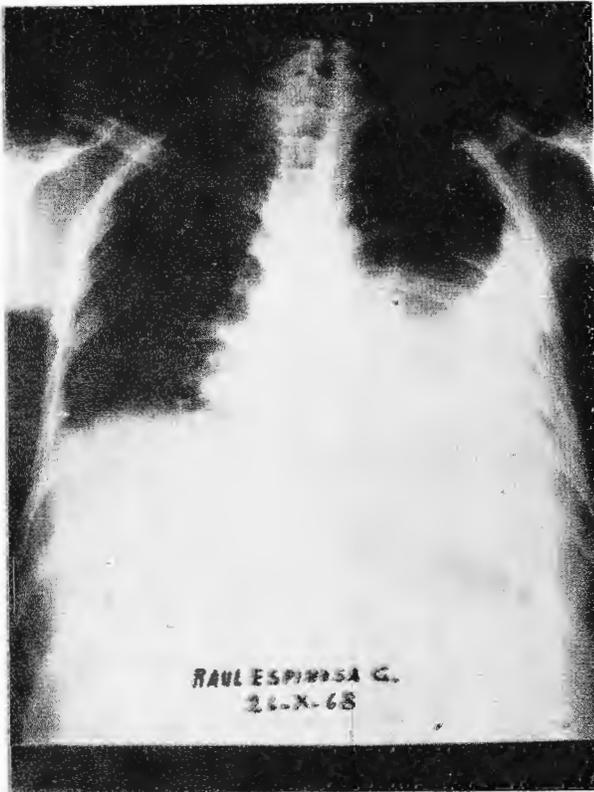
Uno de los últimos casos tratados. Enfermo ascítico confundido con cirrosis. La clínica y la peritoneoscopia rectificaron el diagnóstico.



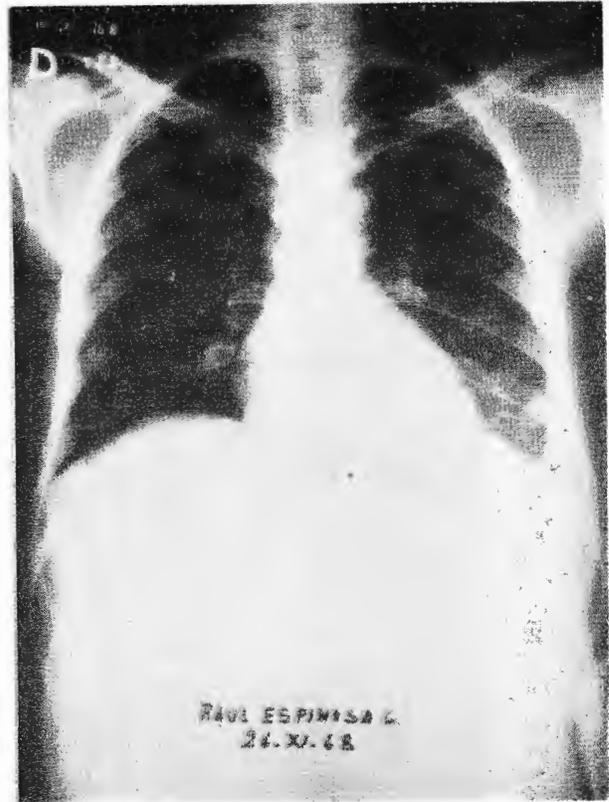
El mismo enfermo ya curado cuando se le hizo la segunda peritoneoscopia.

encuentra el signo de Shutro en la palpación del uraco, duro, arrosariado y doloroso, en la forma caseosa es posible palpar masas o plastrones irregulares que asienten en ambas fosas, más en la derecha, o bien el epiplón duro que asciende entre el ombligo y el apéndice xifoides confundiendo con la glándula hepática, en nuestros 10 casos de la forma ascitogena caseosa fueron 6 mujeres y 4 hombres donde lo encontramos. La sensación de onda la percibimos en todos los ascíticos cirróticos siendo un poco menos aparente en la ascitogena fibrosa, en estos casos encontramos por peritoneoscopia toda la gama de perivisceritis, peritiflitis, peri hepatitis, hígado nevado, pelvi peritonitis, peri esplenitis. El tacto vaginal en la mujer encontramos masas palpables irregulares de consistencia pastosa, dolorosa, que inmovilizan el útero, el tacto rectal demuestra cierto endurecimiento de la ampulla. En el hombre al palpar el epididimo o las vesículas semi-

nales se descubren centros tuberculosos. A la percusión colocando al enfermo en decúbito dorsal se obtiene la curva de convexidad inferior y matidez en los flancos superior según se coloque en decúbito izquierdo o derecho, cuando el peritoneo está engrosado el ruido timpánico es menos aparente, la convexidad es hacia arriba en la forma quística lo que nos hace pensar en la bolsa de Thomayer percibiéndose en los flancos timpanismo del marco cólico, semejante al que se encuentra en los quistes gigantes del ovario, las pequeñas ascitis se detectan siguiendo la técnica de Pitfield. En la forma adherencia (con síndrome de Konig hay timpanismo localizado, que en las crisis de sub oclusión es más perceptible pudiendo observarse en este caso peristaltismo intestinal. La alterancia de zonas mates y timpánicas constituye el signo de Gueneau de Mussey o en tablero de ajedrez.



Derrame pleural izquierdo cuando el enfermo tenía su ascitis "Síndrome de Fernet."



Un mes después, la radio de tórax demuestra la curación del derrame, y la peritoneoscopia, la desaparición de las lesiones fímicas.

Auscultación, cuando los borborignos coinciden con dolor abdominal y siempre en un sitio preciso podemos pensar en un Konig. Los frotos peritoneales de las peri hepatitis, peri esplenitis y peri enteritis son frecuentes, lo que pasa es que no se tiene costumbre de auscultar el vientre.

Diagnóstico, se establece por el poliformismo sintomatológico, la presencia de ascitis o masas palpables, el Shutro y el Blumberg, el derrame pleural, los signos del tacto vaginal, en el líquido de ascitis la predominancia de linfocitos, Rivalta positivo, Bedrezka positivo y sobre todo por la ratificación peritoneoscópica que ratifica las diferentes formas de tuberculosis peritoneal, siendo con frecuencia mixtas fibrosa y ascitis, caseosa y ascitis, caseosa pura, etc.

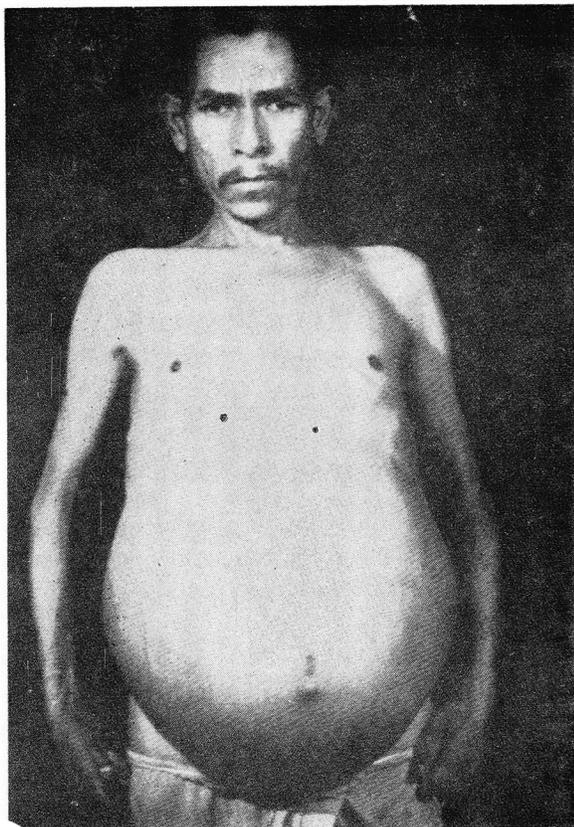
El tratamiento de la tuberculosis peritoneal se inicia con una feliz casualidad, cuando en 1862 Spencer Wells opera un quiste del ovario que no era más que una peritonitis quística tuberculosa,

habiendo encontrado numerosas granulaciones fímicas en el peritoneo, se cierra el vientre y 27 años después la enferma sigue viviendo en buenas condiciones.

Todos nuestros casos los hemos tratado médicamente desde el descubrimiento de Schatz y Col.<sup>1</sup> de la Estreptomocina en 1944. Iniciamos este tratamiento en el Pabellón 21 a fines del año de 1945, excepto un caso de forma quística que fue operado por el Dr. Haddad y en que tuvimos la misma equivocación de Wells.

La Estreptomocina por sí sola se mostró incapaz de curar la tuberculosis peritoneal, de ahí la necesidad de que con el tiempo se le asociaran otros fármacos, tales como: Isoniacida y el PAS y últimamente la Ciclocerina (\*) que se comporta de una manera muy semejante a la Isoniacida, su actividad anti-bacteriana se ejerce sobre los bacilos intra-ce-

\* Producto proporcionado por Farnitalia, S. A.



Enfermo con tuberculosis peritoneal.



El mismo enfermo después de tratamiento, se operó de su hernia umbilical, habiendo hecho una plastia para dejarle un ombligo.

lulares en concentraciones iguales a las que actúa (in vitro) fue descubierta casi al mismo tiempo por Harri<sup>2</sup> y Harned<sup>3</sup>, aislándola del *Streptomyces Orchichaceus*.

Se debe a Epstein<sup>4</sup> el uso de la Ciclocerina en el tratamiento de la tuberculosis peritoneal que la empezó a usar en 1955 a la dosis de gramo o gramo y medio en un tiempo que fluctuaba de 1 a 4 meses.

La hemos utilizado en los últimos 12 enfermos, asociándola siempre con otros 2 fármacos, uno inyectable y otro tomado.

Comparando los resultados que habíamos obtenido con otros medicamentos anti-tuberculares, hemos observado con el uso de la Ciclocerina tomada, una mejoría clínica más temprana y perseverante.

Frecuentemente antes de iniciar el tratamiento se hace un estudio de sensibilidad para que en algún caso determinado podamos substituir una droga por otra.

Habitualmente seguimos este sistema de tratamiento que nos ha dado magníficos resultados.

#### Tratamiento No. 1.

Estreptomina 1 gramo durante 5 días.  
Izoniacida 600 mgrs. diarios.  
Cicloceril 500 mgrs. diarios.

#### 2a. fase del tratamiento.

Estreptomina ½ gramo durante 10 días.  
Izoniacida 500 mgrs. diarios.  
Ciclocerina 500 mgrs. diarios.

#### 3a. fase del tratamiento.

Estreptomina 1 gramo cada ocho días.  
Izoniacida 300 mgrs. diarios.  
Cicloceril 500 mgrs. diarios.

Completada la dosis de 30 gramos de Estreptomina la suspendemos por dos meses sin dejar de proporcionar los 300 mgrs. de Izoniacida y los 500 mgrs. de Cicloceril.

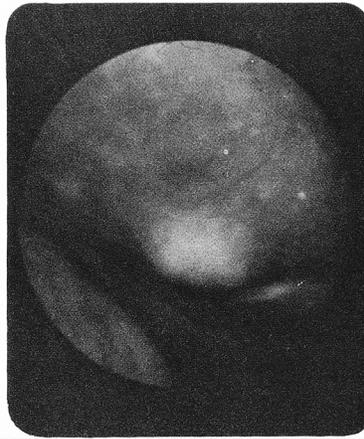
Pensamos seguir este ciclo de tratamiento en nuestros futuros enfermos de tuberculosis peritoneal con el objeto de reportar posteriormente sus resultados.

#### REFERENCIAS

1. SCHATZ, A., BUGIA E. WAKSMAN, S. A.: PRO. *Soc. Expar. Biol. Med.* 55, 66, 1944.
2. HARRIS, DA. RUBER M. A.; WOLF, F. J. PECK R. L. WALICK H, WOODROFF, H. B.: *Antib. A. CHEMOTHER.* 5, 183, 1955.
3. HARNED, R. L. HIDY, P. H. L. a D. AW, E.K. *Antip. A. CHEMOTHER.* 5, 204, 1955.
4. EPSTEIN, I.G., Nair, K.G.S. Boyd, L. J. *Antyb Med.* 1,80, 1955

# Peritoneofotografías

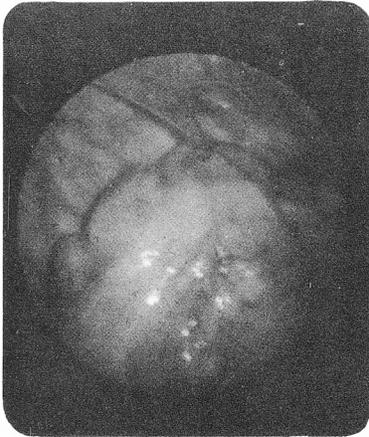
de la  
Colección  
del  
DR.  
Acevedo



1a.



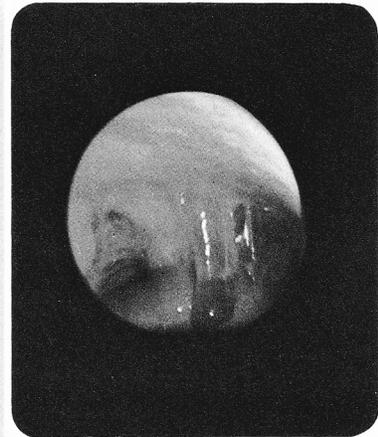
2a.



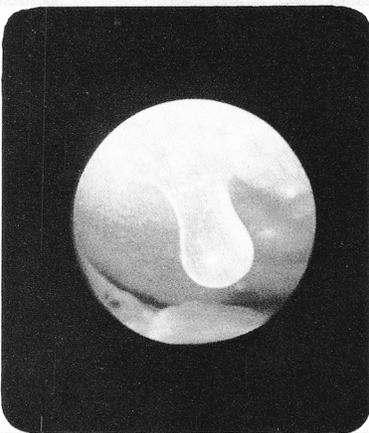
3a.



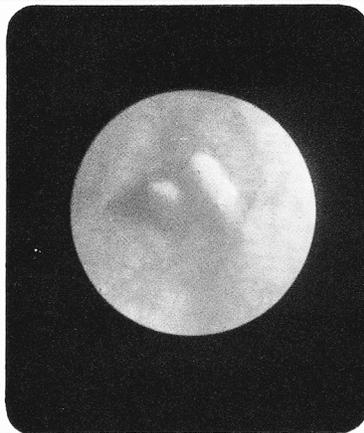
4a.



5a.



6a.



7a.



8a.

1a.- Tuberculos miliars sobre superficie hepática.- 2a.- Superficie hepática lisa, sin tuberculos después de tratamiento.- 3a.- Masa caseosa.- 4a.- Desaparición de ella después de tratamiento.- 5a.- Peritonitis quística hemorrágica.- 6a.- Peritonitis quística hidrica.- 7a.- Aspecto habitual de la tuberculosis peritoneal.- 8a.- Peritonitis encapsulante.