

Tuberculosis abdominal: desafíos diagnósticos e implicancias clínicas en un hospital de referencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Lucas M. Tomatis¹, Rita L. O. Pastore¹, Joseph Torres Guerrero¹, Gabriela L. Sidra¹, Martín Jaume², Luciana Pérez Mora⁴, Laura Svidler López¹

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina

¹ División Cirugía, Sector Coloproctología

² División Infectología

³ División Anatomía Patológica

Para citar:

Tomatis LM, Pastore RLO, Torres Guerrero J, Sidra GL, Jaume M, Pérez Mora L, Svidler López L. Tuberculosis abdominal: desafíos diagnósticos e implicancias clínicas en un hospital de referencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev. argent. coloproctología*. 2026;37(3):8-15. doi:10.46768/jd7bf717

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/jd7bf717>

Recibido: 20-04-2026

Aceptado: 20-07-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Laura Svidler López:
lausvidlerlopez@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes: La tuberculosis abdominal (TBA) es una forma extrapulmonar infrecuente con presentación inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. En Argentina, la evidencia en población adulta es limitada.

Objetivo: Describir las características clínicas, el retraso diagnóstico, los requerimientos quirúrgicos y los resultados en pacientes con TBA, y comparar los hallazgos según el estado de infección por HIV.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos con TBA diagnosticados entre enero de 2017 y octubre de 2025 en el Hospital Juan A. Fernández. El diagnóstico se confirmó mediante métodos microbiológicos, moleculares (Xpert® MTB/RIF) y/o histopatológicos.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes (mediana de edad: 34 años; RIC: 27–39); 58,3% eran mujeres y 58,3% eran HIV positivos. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (91,7%), anemia (83,3%), pérdida de peso (66,7%) y fiebre (66,7%). La afectación fue intestinal en 41,7%, anorrectal en 41,7% y peritoneal en 33,3% y, con enfermedad diseminada en 83,3%. El diagnóstico presuntivo de TBA se realizó en el 50%, mientras que el resto se interpretó inicialmente como abdomen agudo inflamatorio o neoplasia. El 58,3% requirió cirugía. Se observó una elevada tasa de complicaciones postoperatorias (57,1%), con necesidad de reintervención en tres pacientes. La confirmación diagnóstica se obtuvo por histopatología (100%), cultivo (91,7%), y Xpert® MTB/RIF (50%), con múltiples métodos positivos en la mayoría de los casos. El retraso diagnóstico mediano fue de 32 días (RIC: 21–44). Los pacientes HIV negativos requirieron más cirugías que los HIV positivos (100% vs. 28,6%; $p = 0,03$).

Conclusiones: La tuberculosis abdominal debe considerarse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo y de la patología anorrectal en contextos de alta prevalencia, especialmente en pacientes con coinfección por HIV. En esta serie, el compromiso anorrectal fue frecuente y los pacientes HIV positivos requirieron menor intervención quirúrgica, lo que puede reflejar mayor sospecha clínica y diagnóstico más precoz. La enfermedad se asocia a retrasos diagnósticos y puede requerir manejo quirúrgico en casos complicados y, en menor medida, con fines diagnósticos. La evolución postoperatoria puede ser compleja, con mayor tasa de complicaciones. Un alto grado de sospecha clínica y un abordaje multimodal e interdisciplinario, que incluya métodos moleculares rápidos, son esenciales para reducir los tiempos diagnósticos y mejorar los resultados.

Palabras clave: tuberculosis abdominal, tuberculosis intestinal, tuberculosis anorrectal, tuberculosis peritoneal, HIV, diagnóstico, retraso diagnóstico

ABSTRACT

Background: Abdominal tuberculosis (ATB) is an uncommon extrapulmonary manifestation with a non-specific presentation, which frequently delays diagnosis. Evidence in adult populations in Argentina remains limited.

Objective: To describe clinical features, diagnostic delay, surgical requirements, and outcomes in patients with ATB, and to compare findings according to HIV status.

Methods: We conducted a retrospective observational study of adult patients diagnosed with ATB between January 2017 and October 2025 at Hospital Juan A. Fernández. Diagnosis was confirmed by microbiological, molecular (Xpert® MTB/RIF), and/or histopathological methods.

Results: Twelve patients were included (median age 34 years, IQR, 27–39); 58,3% were female and 58,3% were HIV-positive. The most common symptoms were abdominal pain (91,7%), anemia (83,3%), weight loss (66,7%), and fever (66,7%). Disease distribution was intestinal in 41,7%, anorectal in 41,7%, and peritoneal in 33,3%, with disseminated disease in 83,3%. A presumptive diagnosis of ATB was established in 50% of patients, whereas the remainder were initially misdiagnosed as acute inflammatory abdomen or malignancy. Overall, 58,3% required surgical intervention. An elevated postoperative complication rate (57.1%) was observed, with the need for reoperation in three patients.

Diagnosis was confirmed by histopathology (100%), culture (91,7%), and Xpert® MTB/RIF (50%), with most patients having more than one positive diagnostic modality. The median diagnostic delay was 32 days (IQR, 21–44). HIV-negative patients required surgery more frequently than HIV-positive patients (100% vs. 28,6%; $p = 0.03$).

Conclusions: Abdominal tuberculosis should be considered in the differential diagnosis of acute abdomen and anorectal disease in high-prevalence settings, particularly in patients with HIV coinfection. In this series, anorectal involvement was frequent, and HIV-positive patients required less surgical intervention, which may reflect a higher level of clinical suspicion and earlier diagnosis. The disease is associated with diagnostic delays and may require surgical management in complicated cases and, to a lesser extent, for diagnostic purposes. Postoperative outcomes may be complex, with a higher rate of complications. A high index of clinical suspicion and a multimodal, interdisciplinary approach, including rapid molecular methods, are essential to reduce diagnostic delays and improve outcomes.

Keywords: Abdominal tuberculosis; Intestinal tuberculosis; Anorectal tuberculosis; Peritoneal tuberculosis; HIV; Diagnosis; Diagnostic delay

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En Argentina, en los últimos años se ha observado un incremento en el número de casos, de los cuales aproximadamente el 11,9% corresponde a formas extrapulmonares.^{1,2} La tuberculosis abdominal (TBA) representa aproximadamente el 11% de la TB extrapulmonar y puede comprometer el tracto gastrointestinal (con predilección por la región ileocecal), el peritoneo, los ganglios linfáticos y órganos sólidos. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y pueden simular malignidad o enfermedad inflamatoria intestinal, lo que con frecuencia conduce a retrasos en el diagnóstico.^{3,4}

La naturaleza paucibacilar y la baja sensibilidad de las pruebas diagnósticas suelen requerir procedimientos invasivos para la obtención de muestras.^{5,6} El ensayo Xpert® MTB/RIF, basado en PCR en tiempo real, permite detectar en aproximadamente dos horas el ADN del *Mycobacterium tuberculosis* complex y la resistencia a rifampicina, aunque su disponibilidad es limitada en algunos centros. En contraste, el cultivo de micobacterias puede demorar entre tres y cuatro semanas, contribuyendo también al retraso diagnóstico.⁷

A pesar de su relevancia clínica, los datos publicados en Argentina sobre TBA en población adulta son escasos. En la serie más extensa disponible, Vasen et al.⁸ destacaron la presentación inespecífica de la enfermedad y una mortalidad global del 8%, mayor en pacientes con coinfección por HIV. La ausencia de publicaciones en los últimos 10 años en Argentina, subraya la necesidad de actualizar la evidencia.

El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, la localización anatómica, el retraso diagnóstico, el manejo y los resultados de los pacientes con TBA en un centro de referencia terciario de la Ciudad de Buenos Aires y comparar los hallazgos entre pacientes inmunocompetentes y aquellos infectados por el HIV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados con TBA entre enero de 2017 y octubre de 2025 en el Hospital Juan A. Fernández, centro de referencia terciario.

El diagnóstico se estableció en base a pruebas microbiológicas (tinción de Ziehl–Neelsen y cultivo), pruebas moleculares (Xpert® MTB/RIF) y/o hallazgos histopatológicos compatibles. Se recolectaron datos demográficos, presentación clínica, distribución anatómica, estado de HIV, hallazgos por imágenes, diagnóstico presuntivo previo a la confirmación de TBA, retraso diagnóstico (tiempo en días transcurrido entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica mediante métodos microbiológicos, moleculares y/o histopatológicos), manejo quirúrgico, complicaciones y evolución.

Análisis estadístico

Las variables continuas se presentan como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon mediante la prueba U de Mann–Whitney, utilizando JASP versión 0.97.1 (JASP Team, University of Amsterdam, Países Bajos). Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes y fueron comparadas mediante la prueba exacta de Fisher utilizando la calculadora GraphPad QuickCalcs (GraphPad Software, San Diego, CA, EEUU). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes, 7 (58,3%) eran mujeres. La mediana de edad fue de 34 años (RIC: 27–39). Once pacientes 58,3% presentaban infección por HIV y la mitad TB pulmonar concomitante. En la Tabla 1 se detallan las características de los pacientes, la presentación clínica y los sitios anatómicos comprometidos.

Tabla 1. Características de los pacientes, presentación clínica y sitios anatómicos comprometidos por la tuberculosis abdominal.

Variables	Pacientes N = 12
Edad (años), mediana (RIC)	34 (27–39)
Sexo femenino	7 (58,3)
Coinfección con HIV, n (%)	7 (58,3)
TB pulmonar, n (%)	
Coexistente	6 (50,0)
Previa	1 (8,3)
Síntomas, n (%)	
Dolor abdominal	11 (91,7)
Pérdida de peso	8 (66,7)
Fiebre	8 (66,7)
Tos	7 (58,3)
Sudores nocturnos	5 (41,7)
Dolor anal	5 (41,7)
Náuseas / Vómitos	4 (33,3)
Disnea	4 (33,3)
Diarrea	2 (16,7)
Proctorragia	2 (16,7)
Localización anatómica, n (%)	
Ileocecal	5 (41,7)
Anorrectal	5 (41,7)
Peritoneal	4 (33,3)
Intestino delgado	1 (8,3)
Multifocal	4 (33,3)

RIC = rango intercuartílico.

El dolor abdominal estuvo presente en el 91,7% de los pacientes, seguido de pérdida de peso y fiebre (66,7% cada uno). La distribución de la enfermedad incluyó compromiso intestinal y anorrectal en la misma proporción (41,7%) y peritoneal (33,3%) (Fig. 1). La enfermedad diseminada, definida por compromiso abdominal multifocal (n = 4) y/o TB pulmonar activa o previa (n = 7), estuvo presente en el 83,3% de los pacientes.

Las manifestaciones ano-perianales incluyeron abscesos, fístulas y/o ulceraciones superficiales. (Fig. 2). Tres de los cuatro pacientes con TB ano-perianal eran HIV positivos y presentaban TB pulmonar activa.

El compromiso rectal se manifestó como lesiones pseudotumorales ulceradas. Los 3 pacientes con TB rectal eran HIV positivos y 2 tenían TB pulmonar activa.

Se observó anemia e hipoalbuminemia en el 83,3% y leucopenia en el 41,7%. En el subgrupo con infección por HIV, la mediana del recuento de linfocitos CD4 fue de 313 células/mm³ (RIC: 204–683). Tres pacientes (42,8%) presentaron valores <200 células/mm³, y 2 de ellos tenían carga viral detectable.

Se emplearon técnicas de imagen complementarias en todos los pacientes, incluyendo ecografía abdominal (n = 2) y tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis

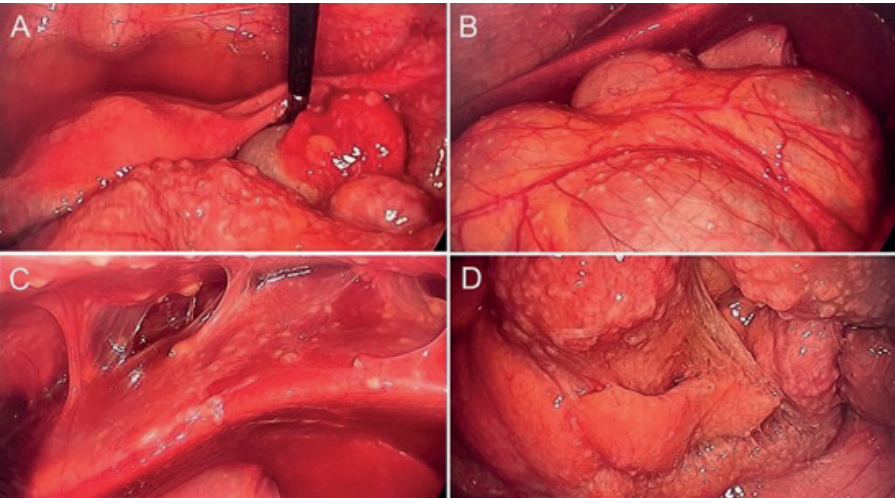


Figura 1. Diferentes formas de tuberculosis peritoneal observadas por laparoscopia. **A.** Forma nodular con implantes nodulares múltiples de tamaño variable. **B.** Forma nodular con siembra difusa de pequeños nódulos miliariformes. **C.** Forma adhesiva con adherencias peritoneales. **D.** Forma adhesiva con adherencias interasas, nódulos difusos y engrosamiento del epiplón (omental cake).

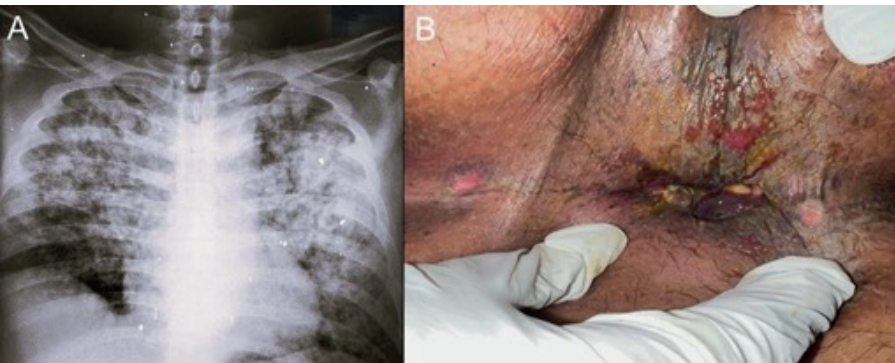


Figura 2. Tuberculosis anal con tuberculosis pulmonar activa concomitante en paciente HIV positivo. **A.** Radiografía de tórax que muestra opacidades bilaterales parcheadas predominantemente en campos superiores, compatibles con tuberculosis pulmonar. **B.** Imagen de la región perianal en la que se observan múltiples orificios fistulosos y ulceraciones superficiales. La prueba Xpert MTB/RIF en material de supuración perianal fue positiva para *Mycobacterium tuberculosis*.

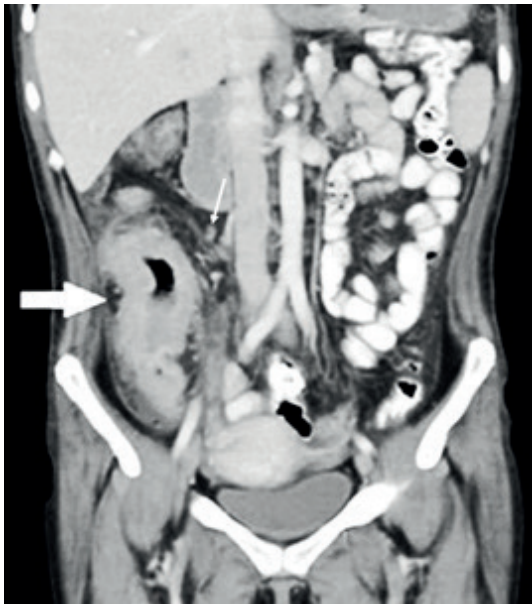


Figura 3. Tomografía computarizada abdominopelviana con contraste oral y endovenoso (corte coronal). Se observa engrosamiento parietal irregular y asimétrico de la región ileocecal, comprometiendo el ciego y el ileon terminal (flecha gruesa), con estrechamiento luminal y discreta dilatación de asas delgadas proximales. Se asocia estriación de la grasa mesentérica adyacente y adenopatías mesentéricas, algunas con áreas centrales de menor atenuación sugestivas de necrosis (flecha fina). Los hallazgos son característicos de tuberculosis ileocecal.

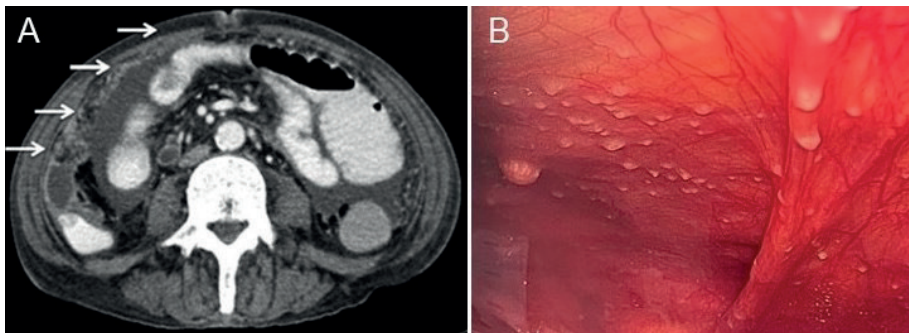


Figura 4. Tuberculosis peritoneal. A. Tomografía computarizada de abdomen (corte axial) que muestra engrosamiento nodulillar del peritoneo parietal (flechas) asociado a colecciones líquidas loculadas interasas en ambas correderas parietocólicas, hallazgos sugestivos de proceso inflamatorio intraabdominal; no se descarta etiología infiltrativa. B. Imagen laparoscópica que muestra múltiples nódulos miliares en el peritoneo parietal, compatibles con compromiso tuberculoso.

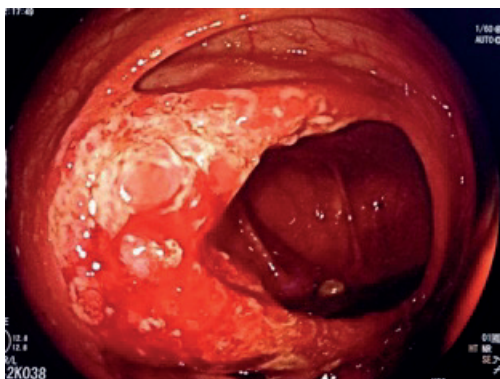


Figura 5. Imagen colonoscópica del ciego que muestra una lesión ulcerada extensa, de bordes irregulares, con exudado fibrinoso, asociada a estrechamiento luminal. El paciente presentaba compromiso rectal concomitante.

con contraste (n = 10). Los hallazgos sugestivos de TBA fueron engrosamiento mural ileocecal (Fig. 3), lesión estenosante del cecoascendente, adenopatías mesentéricas, ascitis libre y tabicada, nódulos peritoneales tipo miliar (Fig. 4), conglomerados de asas y engrosamiento nodular del peritoneo y del epiplón (*omental cake*).

En los tres pacientes con TB rectal se realizaron colonoscopia y biopsia. Uno de ellos tenía TB ileocecal asociada. (Fig 5). La prueba Xpert® MTB/RIF se realizó en 6 (50%) pacientes, utilizando líquido pleural, líquido ascítico, supuración perianal, biopsias de colon y recto obtenidas por endoscopia, o muestras de peritoneo y epiplón recolectadas durante procedimientos quirúrgicos.

El cultivo realizado en 11 pacientes resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. En el paciente restante, con una lesión rectal, el diagnóstico se sustentó en el estudio histopatológico. (Fig. 6) En 5 de los 11 pacientes (45%) con cultivo positivo, la tinción de Ziehl-Neelsen también fue positiva. La histopatología confirmó el diagnóstico en todos los casos. Solo se realizó un diagnóstico presuntivo de TBA en 6 (50%) pacientes, mientras que el resto fue inicialmente diagnosticado como apendicitis aguda (n = 2), abdomen agudo inflamatorio (n = 1), carcinomatosis peritoneal de presunto origen colónico y ovárico (n = 2) y cáncer de recto (n = 1).

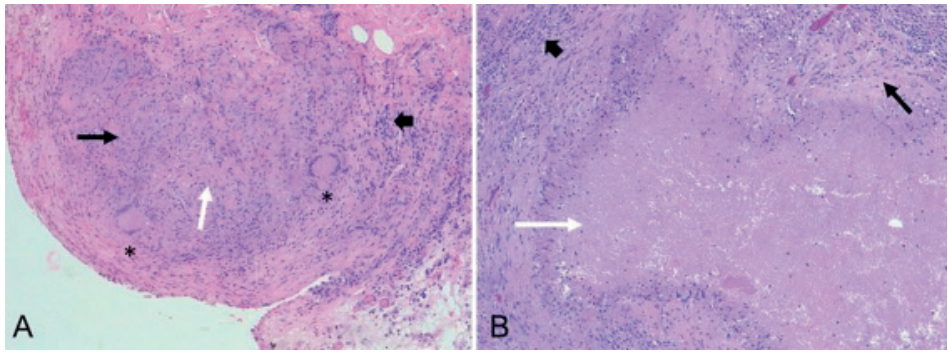


Figura 6. Imagen microscópica de peritoneo parietal que muestra inflamación granulomatosa crónica de tipo tuberculoides (H&E, ×10). **A.** Necrosis central (flecha blanca) rodeada por histiocitos epitelioides (flecha negra), linfocitos (punta de flecha) y células gigantes multinucleadas tipo Langhans (asteriscos). **B.** Necrosis caseosa central con detritus granular, amorfo y eosinófilo (flecha blanca), rodeada por histiocitos epitelioides (flecha negra) y una corona linfocitaria (punta de flecha), compatible con inflamación granulomatosa necrotizante.

Tabla 2. Diagnósticos presuntivos, hallazgos intraoperatorios y evolución de los pacientes con tuberculosis abdominal sometidos a cirugía con fines diagnósticos y terapéuticos.

Diagnóstico presuntivo	Estado HIV	Hallazgo / Procedimiento	Evolución
Apendicitis aguda*	Negativo	Apendicitis → Apendicectomía laparoscópica	Sin complicaciones
Apendicitis aguda	Positivo	Apendicitis → Apendicectomía laparoscópica	Fístula enterocutánea, absceso retroperitoneal, anexitis → Hemicolectomía derecha + anastomosis ileocólica, anexectomía
Abdomen agudo perforativo Masa palpable en FID	Negativo	Peritonitis fibroadhesiva + nodularidad miliar, plastrón con perforación ileal no exteriorizable → Laparotomía exploratoria, biopsia epiplón, sonda Foley en orificio	Fuga entérica → Re-laparotomía, VAC, abdomen abierto Fístula enterocutánea → VAC
Ascitis no filiada. Irregularidad de ambos ovarios. CA 125 Carcinomatosis vs TBA abdominal	Negativo	Engrosamiento peritoneal difuso, nodularidad de epiplón, ascitis → Laparoscopia exploratoria, biopsia y toma de líquido	Fiebre persistente → Drenaje percutáneo
Abdomen agudo inflamatorio †	Negativo	Engrosamiento cecal, adenomegalias mesentéricas y mediastinales, nódulos peritoneales, ascitis tabicada → Laparoscopia exploratoria, biopsias, toma de líquido	Sin complicaciones
Cáncer colon derecho obstructivo con masa palpable en FID + carcinomatosis peritoneal + metástasis pulmonares ¶	Positivo	Lesión estenosante colon ascendente, nódulos peritoneales, ascitis → Laparotomía exploratoria, biopsias, toma de líquido, ileostomía en caño de escopeta	Necrosis de ileostomía → Re-ileostomía
TB diseminada: ganglionar, pleural y abdominal; toraco y paracentesis negativas	Negativo	Múltiples nódulos blanquecinos difusos, adenomegalias mesentéricas, ascitis → Laparoscopia exploratoria + biopsia de adenomegalia, toma de líquido	Sin complicaciones

FID = fosa iliaca derecha. VAC = sistema de cierre asistido por vacío. TBA = tuberculosis abdominal.
* TB pulmonar activa en tratamiento antituberculoso
† Padre fallecido por TB
¶ Tuberculosis miliar pulmonar confirmada luego de la cirugía abdominal

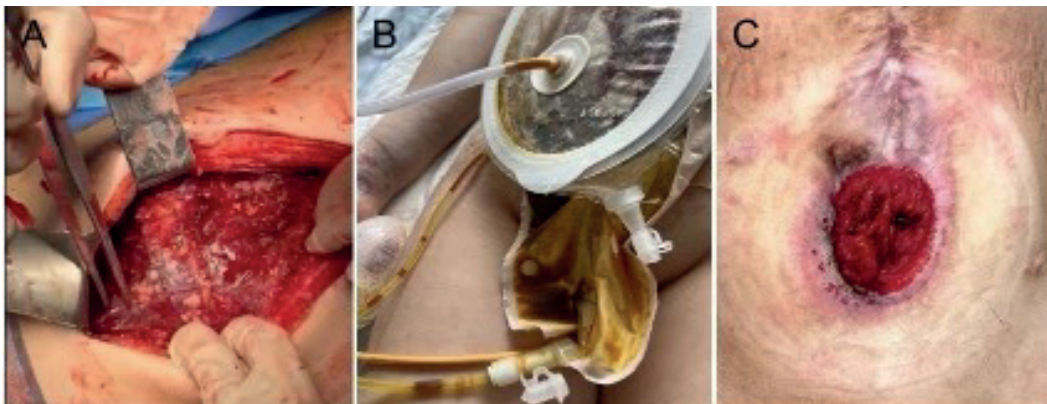
El 58,3% de los pacientes (n = 7) requirió cirugía abdominal, principalmente por abdomen agudo inflamatorio (n = 3), perforativo (n = 1) y obstructivo (n = 1), o duda diagnóstica (n = 2). Cuatro pacientes (57,1%) presentaron complicaciones

postoperatorias y tres requirieron reintervención. La Tabla 2 resume los diagnósticos presuntivos, los hallazgos intraoperatorios y la evolución. La mediana de retraso diagnóstico fue de 32 días (RIC: 21–44), con un rango de 15 a 154 días.

Tabla 3. Comparación de características de pacientes con tuberculosis abdominal según el estado serológico del HIV.

Variable	HIV negativo (n = 5)	HIV positivo (n = 7)	p
Edad (años), mediana (RIC)	33 (25–37)	34 (30–43)	0,33*
Sexo femenino, n (%)	3 (60,0)	4 (57,1)	1,00†
TB pulmonar coexistente/previa, n (%)	2 (40,0)	5 (71,4)	0,66†
Síntomas, n (%)			
Intestinales / anorrectales	5 (100)	7 (100)	—
Constitucionales	5 (100)	5 (71,4)	1,00†
Sitio comprometido, n (%)			
Intestinal/visceral	1 (20,0)	4 (57,1)	0,29†
Peritoneal	3 (60,0)	1 (14,3)	0,22†
Anorrectal	1 (20,0)	4 (57,1%)	0,29†
Enfermedad diseminada	3 (60,0)	7 (100%)	0,15†
Retraso diagnóstico (días), mediana (RIC)	18 (8–97)	30 (14–34)	0,87*
Requerimiento de intervención quirúrgica, n (%)	5 (100)	2 (28,6)	0,03 †

RIC = rango intercuartílico. TB = tuberculosis.

* Prueba U de Mann–Whitney. † Prueba exacta de Fisher. Un valor de $p < 0.05$ se considera estadísticamente significativo.**Figura 7.** Tuberculosis peritoneal fibroadhesiva, con perforación de intestino delgado distal. **A.** Hallazgo intraoperatorio durante laparotomía exploratoria: perforación del intestino delgado bloqueada en la fosa iliaca derecha (pinza) no exteriorizable. **B.** Fístula enterocutánea posoperatoria manejada con terapia de presión negativa (VAC). **C.** Evolución a fístula enterocutánea crónica con función tipo ileostomía a los 14 meses de la cirugía.

El retraso máximo correspondió a una paciente que consultó por dolor abdominal, pérdida de peso, diarrea y fiebre de cuatro meses de evolución, con hallazgos sugestivos de TBA en la TC abdominopelvicana. La laparotomía con fines diagnósticos reveló una peritonitis plástica fibrótica severa con una perforación bloqueada. (Fig. 7).

Comparación entre pacientes inmunocompetentes y con infección por HIV

Los hallazgos comparativos entre ambos grupos se presentan en la Tabla 3. La indicación quirúrgica fue significativamente más frecuente en pacientes inmunocompetentes (100% vs. 28,6%; $p = 0,03$).

Se observó una mayor proporción de TB diseminada y un mayor compromiso anorrectal en el grupo con HIV. Por el contrario, la TB peritoneal predominó en los pacientes HIV negativos. No obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

DISCUSIÓN

La presente serie de casos documenta la persistencia de TBA como un problema de salud relevante en el ámbito urbano de Buenos Aires, especialmente en poblaciones vulnerables. El dolor abdominal, presente en más del 90% de los casos de la serie, es un síntoma común a múltiples patologías, lo que se reflejó en la variedad de diagnósticos presuntivos que incluyeron desde apendicitis aguda hasta carcinomatosis peritoneal y cáncer de recto, en línea con lo descrito en la literatura.^{9,10} La presencia de síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso) y el contexto epidemiológico (inmunosupresión, contacto con TB) son claves para orientar la sospecha clínica. En concordancia con reportes previos, el compromiso de ganglios ileocecales fue la localización más frecuente.^{9,11} De manera similar, la afectación peritoneal fue un hallazgo habitual, coincidiendo con los resultados comunicados por Moolla et al.¹⁰ en una cohorte sudafricana y por Vasen et al.⁸ en una serie argen-

tina. La TB peritoneal representa una proporción significativa de la TBA (25–50% en series de pacientes)^{11,12} y presenta tres formas patológicas principales que pueden coexistir: el tipo húmedo o ascítico (ascitis libre o loculada), el tipo fibrótico fijo (engrosamiento peritoneal y adherencias) y el tipo seco o plástico (engrosamiento nodular del peritoneo y del epiplón u *omental cake*).^{11,13} La TB peritoneal puede simular clínica e imagenológicamente una carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal u ovárico, incluyendo la posible elevación inespecífica del marcador CA-125 por inflamación mesotelial.^{11,14-16} Factores como edad más joven, antecedentes de TB o coinfección por HIV pueden orientar hacia un origen infeccioso, siendo la laparoscopia con toma de biopsias múltiples el estándar de oro para la confirmación diagnóstica en estos casos.^{11,14,17}

Un hallazgo distintivo de nuestra serie fue la elevada proporción de compromiso anorrectal (41,7%), en contraste con la literatura donde representa menos del 1% de los casos de TB gastrointestinal.^{11,12} Esta diferencia podría reflejar tanto características epidemiológicas específicas de nuestra población como una mayor capacidad de detección en un ámbito especializado en proctología. La TB anorrectal presenta un amplio espectro clínico que incluye fistulas recurrentes, abscesos, úlceras superficiales de base necrótica sin bordes indurados, estenosis y lesiones submucosas de aspecto tumoral, solapándose frecuentemente con la enfermedad inflamatoria intestinal y las neoplasias.¹¹⁻¹⁸ En nuestra cohorte predominó en varones, con alta tasa de coinfección por HIV y asociación con TB pulmonar concomitante.

Si bien la fistula anal constituye la forma de presentación más frecuente (80–91%) y carece de características distintivas frente a las de origen criptoglandular.¹² Sultan et al.¹⁹ describieron siete casos de fistulas/abscesos perianales recurrentes en pacientes masculinos tratados mediante cirugía asociada a tratamiento antituberculoso, con resolución completa y sin recurrencias, destacando que la coinfección por HIV no se asoció a una mayor incidencia de la enfermedad.

La TB rectal es una entidad excepcional, con solo 24 casos reportados hasta 2022 según una revisión sistemática²⁰ y suele asociarse a TB pulmonar activa. En contraste, series como la de Tago et al.¹³ demuestran que hasta un 42% de los casos perianales cursan sin compromiso pulmonar y con una evolución significativamente más prolongada (66,4 vs 8,3 meses) debido a la demora diagnóstica. En concordancia, en nuestra cohorte, los pacientes sin compromiso pulmonar fueron inicialmente interpretados como patología neoplásica. Dado que la ausencia de síntomas respiratorios puede disminuir la sospecha clínica, resulta clave considerar esta entidad ante lesiones anorrectales crónicas, recurrentes o de mala cicatrización.^{18,20} La prueba cutánea de tuberculina puede ser útil, mostrando positividad en aproximadamente el 75% de los casos de TB perianal en pacientes inmunocompetentes.¹⁸

El tratamiento de la TB rectal es principalmente médico, basado en esquemas antituberculosos estándar de 6 meses, con altas tasas de curación, quedando la cirugía reservada para casos con complicaciones, falta de respuesta al tratamiento o duda diagnóstica.²⁰ En el caso de la TB anoperineal, si bien algunas fistulas pueden resolverse con tratamiento médico exclusivo, se recomienda asociar tratamiento quirúrgico convencional para el control de la sepsis anal.^{18,19}

El retraso diagnóstico promedio fue de 32 días, dentro de los límites reportados en otras series, aunque con un rango muy amplio que alcanzó los 154 días en un caso complejo.⁸ Este caso extremo ejemplifica las graves consecuencias de la demora: progresión local con perforación intestinal, deterioro del estado general y elevada morbilidad quirúrgica (fistula enterocutánea crónica).

Dado que hasta el 75% de los casos de TB extrapulmonar presentan baciloscopia negativa y el cultivo requiere semanas,¹¹ la prueba Xpert® MTB/RIF constituyó una herramienta clave para el diagnóstico rápido en la mayoría de nuestros casos. Sin embargo, su sensibilidad en muestras extrapulmonares paucibacilares es variable,⁷ lo que obliga a un abordaje multimodal que incluya histopatología, cultivo e incluso procedimientos invasivos para la obtención de material adecuado.⁶ Esta limitación se ilustra en un caso de TB diseminada, en el que el Xpert® MTB/RIF fue positivo únicamente en la biopsia ganglionar laparoscópica, con resultados negativos en líquido ascítico y pleural.

El requerimiento de intervención quirúrgica en nuestra cohorte se encuentra dentro del rango del 30–60% descrito para TBA^{3,8} y estuvo principalmente asociado a complicaciones como obstrucción intestinal o abdomen agudo inflamatorio. Esto subraya la necesidad de incluir la TB en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, particularmente en contextos de alta prevalencia de TB y HIV, así como de asegurar la adecuada toma de muestras durante el acto quirúrgico.²¹

Se observó una elevada tasa de complicaciones postoperatorias (57,1%) y reintervenciones en tres pacientes, lo que podría vincularse al retraso diagnóstico y al deterioro general y local asociados a la enfermedad.

La prevalencia de coinfección con HIV (58,3%) fue marcadamente superior al 13% reportado en otras series de TBA,⁸ reflejando probablemente el rol de nuestro centro como hospital de referencia para pacientes inmunocomprometidos. Esta concentración es relevante dado que la inmunosupresión avanzada se asocia con un mayor riesgo de formas diseminadas y extrapulmonares multifocales.²²

El análisis comparativo no evidenció diferencias significativas en la presentación clínica ni en el retraso diagnóstico entre pacientes con y sin HIV, aunque los primeros presentaron una tendencia no significativa a mayor enfermedad diseminada. La única diferencia significativa observada fue la mayor necesidad de cirugía abdominal en pacientes in-

munocompetentes. Este hallazgo podría explicarse por una menor sospecha clínica inicial de TB en este grupo, lo que favorece la interpretación de sus manifestaciones como patología quirúrgica aguda o neoplásica,^{8,12,14,15} mientras que en pacientes inmunocomprometidos la TB suele considerarse más tempranamente como diagnóstico diferencial, facilitando un abordaje diagnóstico menos invasivo.²²

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y al reducido tamaño muestral, por lo que la expresión de resultados en términos porcentuales puede sobrestimar la magnitud de las diferencias observadas. Los resultados deben interpretarse con cautela debido a la limitada potencia estadística para detectar diferencias entre grupos. Al tratarse de un centro de referencia para inmunocomprometidos, existe un probable sesgo de selección con sobrerrepresentación de pacientes con HIV.

CONCLUSIONES

La tuberculosis abdominal debe considerarse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, del dolor abdominal persistente, de la ascitis de etiología incierta y de las lesiones anorrectales crónicas o recurrentes, especialmente en contextos de alta prevalencia de tuberculosis y coinfección por HIV. La elevada frecuencia de presentaciones complicadas y de intervenciones quirúrgicas observada en nuestra serie subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica para favorecer el diagnóstico oportuno y reducir las complicaciones asociadas al retraso diagnóstico.

Contribuciones:

LMT: Curación de datos, Investigación, Redacción – borrador original. RLOP: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición, Supervisión. JTG: Curación de datos, Investigación, Redacción – borrador original. GLS: Investigación, Redacción – borrador original. MJ: Investigación, Redacción – borrador original. LPM: Investigación, Redacción – borrador original. LSL: Conceptualización, Metodología, Investigación, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición, Supervisión.

Todos los autores aprobaron de la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Tomatis LM: 0000-0002-4593-3002

Pastore RLO: 0000-0001-5240-9068

Sidra GL: 0000-0002-0651-6353

Torres Guerrero J: 0009-0005-2624-7428

Jaume M: 0009-0004-3205-3681

Pérez Mora L: 0009-0005-1858-5443

Svidler López L: 0000-0001-5898-6667

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico N° 8: Notificación de casos de tuberculosis en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2025.
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional. Semana Epidemiológica N° 53. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2026.
- Al Zanbagi AB. Gastrointestinal tuberculosis: a systematic review of epidemiology, presentation, diagnosis and treatment. *World J Clin Cases*. 2021;12(7):1290–1305.
- Sampath A, Mani S. Diagnostic evaluation and management of abdominal tuberculosis. *Indian J Tuberc*. 2025;72(Suppl 1):S7–S11.
- Jha DK, Menon Pathiyil M, Sharma V. Evidence based approach to diagnosis and management of abdominal tuberculosis. *Indian J Gastroenterol*. 2023;42(1):17–31.
- Tahiri M, Goh KL, Abbas Z, Epstein D, Chen M-H, Mulder CJJ, Puri AS, Schultz M, LeMair A, Melberg J. Digestive Tract Tuberculosis Guideline. *J Clin Gastroenterol*. 2023;57(7):643–650. doi:10.1097/MCG.0000000000001819.
- Kohli M, Schiller I, Dendukuri N, Yao M, Dheda K, Denkinger CM, Schumacher SG, Steingart KR. Xpert MTB/RIF Ultra and Xpert MTB/RIF assays for extrapulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD012768. doi:10.1002/14651858.CD012768.pub3.
- Vasen W, Mauriño E, Ferro D, Brotto C, Fernández Marty P, Cabanne A. Síndrome de tuberculosis abdominal: análisis de 100 casos clínicos. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2016;46:205–12.
- Tobin EH, Khatri AM. Abdominal Tuberculosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. Updated 2025 Feb 6. Bookshelf ID: NBK556115. PMID: 32310575. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556115/>
- Moolla MS, Abdul Karim SS. Abdominal tuberculosis in South Africa: clinical features and diagnostic challenges. *S Afr Med J*. 2011;101:745–8.
- Alsaed M, Alghamdi A, Aldawish A, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Gastrointestinal Tuberculosis in Saudi Arabia: A 10-year Retrospective Cohort Study. *Int J Mycobacteriol*. 2026;15(1):38–44. doi:10.4103/ijmy.ijmy_13_26
- Eraksoy H. Gastrointestinal and Abdominal Tuberculosis. *Gastroenterol Clin North Am*. 2021;50(2):341–360. doi:10.1016/j.gtc.2021.02.004
- Tago S, Hirai Y, Ainoda Y, Fujita T, Takamori M, Kikuchi K. Perianal tuberculosis: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases*. 2015;3(9):848–52. doi: 10.12998/wjcc.v3.i9.848.
- Ladumor H, Al-Mohannadi S, Ameerudeen FS, Ladumor S, Fadl S. TB or not TB: a comprehensive review of imaging manifestations of abdominal tuberculosis and its mimics in adults. *Clin Imaging*. 2021;76:130–43.
- Cho JH, Kim SS. Peritoneal carcinomatosis and its mimics: review of ct findings for differential diagnosis. *J Belg Soc Radiol*. 2020;104(1):8. doi: 10.5334/jbsr.1940.
- Ozan H, Ozerkan K, Orhan A. Peritoneal tuberculosis mimicking peritoneal carcinomatosis. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2009;30:645–8.
- Sohail AH, Khan MS, Sajan A, Williams CE, Amodu L, Hakmi H, et al. Diagnostic accuracy of CT in differentiating peritoneal tuberculosis from carcinomatosis. *Clin Imaging*. 2022;82:198–203. doi: 10.1016/j.clinimag.2021.11.023.
- Gupta PJ. Ano-perianal tuberculosis – solving a clinical dilemma. *Afr Health Sci*. 2005;5(4):345–47.
- Sultan S, Azria F, Bauer P, Abdelnour M, Atienza P. Anoperineal tuberculosis: diagnostic and management considerations in seven cases. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:407–10.
- Chaudhary P, Nagpal A, Padala SB, Mukund M, Bansal LK, Lal R. Rectal tuberculosis: A systematic review. *Indian J Tuberc*. 2022;69(3):315–22.
- Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. *World J Gastroenterol*. 2014;20:14831–40.
- Swaminathan S, Padmapriyadarsini C, Narendran G. HIV-associated tuberculosis: clinical update. *Clin Infect Dis*. 2010;50(10):1377–86. doi: 10.1086/652147.