

Peritonite tuberculosa: estudo de 21 casos

ARNALDO DE JESUS DOMINICI, ADALGISA PAIVA FERREIRA, ORLANDO JORGE MARTINS TORRES,
NADILA ANDRÉYA ALVES GONÇALVES MACEDO, RAIMUNDA MARISTELA GARCIA,
ANA LEATRICE DE O. SAMPAIO e MILENI GUEDELHA FORTALEZA

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Os autores realizaram um estudo transversal no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, revendo os prontuários dos pacientes internados, no período de 1996 a 2002, os quais receberam diagnóstico final de tuberculose peritoneal. Foram identificados 21 pacientes, 12 dos quais do sexo feminino e nove do masculino. A média de idade foi de 38 anos para ambos os sexos. O quadro clínico predominante foi aumento do volume abdominal em 100% das mulheres e 88,9% dos homens, seguido de dor abdominal em 90,9% no sexo feminino e 71,42% no masculino. Outros sinais e sintomas referidos foram: emagrecimento, febre, anorexia, tosse e diarreia. O diagnóstico foi baseado no quadro clínico, estudo do líquido ascítico, com ênfase no teor de proteínas, celularidade e gradiente de albumina soro-ascite. A imagem, sobretudo a tomografia computadorizada, desempenhou papel importante para o diagnóstico. A videolaparoscopia realizada em todos demonstrou evidências de tuberculose peritoneal, autorizando o início do tratamento mesmo antes do estudo histopatológico. Este, igualmente, foi realizado em todos os pacientes, decidindo o diagnóstico. Todos responderam à terapêutica instituída, não havendo óbito nesta casuística. Os autores concluíram que a tuberculose peritoneal é freqüente em nosso meio e deve ser lembrada em toda ascite seguida de dor abdominal com ou sem febre. Se o gradiente de albumina soro-ascite for inferior a 1,1, realizar laparoscopia e, se esta demonstrar sinais característicos de tuberculose peritoneal, instituir terapia específica, mesmo antes do resultado do histopatológico. GED 22(3):89-94,2003

INTRODUÇÃO

A tuberculose peritoneal (TBP) é uma forma freqüente de tuberculose extrapulmonar em países em desenvolvimento^(8,10). Nos últimos anos, entretanto, tem havido crescimento em países desenvolvidos, como os da Europa Ocidental^(6,7,11,12,13,16,26) e Estados Unidos da América⁽²⁰⁾. Nestes últimos, o maior número de casos acontece entre indígenas, afro-americanos e hispânicos⁽²⁰⁾, enquanto na Europa eles são mais incidentes entre imigrantes procedentes de países não industrializados⁽⁷⁾. Geralmente, a TBP é pós-primária, decorrendo da reativação de focos quiescentes subserosos ou infecção por contigüidade de focos existentes em órgãos intra-abdominais, como tuba uterina e intestinos⁽¹²⁾. Ocorre, raramente, durante infecção

Unitermos – Peritonite tuberculosa
Ascite tuberculosa
Tuberculose peritoneal

Key words – *Tuberculous peritonitis*
Tuberculous ascites
Peritoneal tuberculosis

primária em indivíduos que fazem uso de leite de vaca em área rural de países onde não há pasteurização do produto⁽¹²⁾. O diagnóstico da TBP é relativamente simples e baseia-se no quadro clínico, que consiste em dor abdominal, ascite, que dificilmente pode deixar de ocorrer, às vezes massa abdomi-

nal palpável, representada por líquido ascítico e aderência de alças intestinais, podendo ocorrer ainda febre, anorexia e emagrecimento⁽¹²⁾. No exame do líquido ascítico destaca-se a hiper celularidade, com absoluto predomínio de mononucleares e elevada concentração de proteínas e adenosina-deaminase (ADA). Todavia, da maior relevância é o exame laparoscópico, através do qual podem ser identificados múltiplos nódulos branco-acinzentados característicos^(2,3,26). A análise histopatológica desses nódulos demonstra a presença de granulomas caseosos, definindo o diagnóstico^(2,3).

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado, no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, estudo tipo série de casos, cujo diagnóstico final foi de peritonite tuberculosa, no período compreendido entre janeiro de 1996 e junho de 2002. Todos os pacientes foram submetidos à punção do líquido ascítico, quando havia, para colheita de material e realização dos exames: citologia global e específica, dosagens de proteína total, albumina, desidrogenase láctica (DHL) e glicose e cultura para bacilo álcool-acidorrésistente (BAAR). Foi considerado o limite de corte de 250cél./dl para definir líquido ascítico pluricelular e dosagem de proteína total acima de 2,5g/dl para definição de líquido com proteína elevada. Todos os pacientes foram submetidos à laparoscopia diagnóstica.

O diagnóstico de TBP foi definido pelo exame laparoscópico demonstrando aspecto característico associado à análise histopatológica identificando granulomas caseosos ou regressão completa do quadro clínico com o tratamento específico. Foi definido como aspecto característico de TBP a presença de múltiplos nódulos peritoneais branco-acinzentados com aspecto granulomatoso e aderências inflamatórias entre alças. Todos os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente durante o tratamento pelo menos por seis meses.

Todos os prontuários foram revisados para anotação de dados demográficos, história clínica, exame físico, exames laboratoriais (hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), dosagens de albumina e globulina) e de imagem (radiografia de tórax, ultra-sonografia (US) e tomografia computadorizada (TC) do abdome) e evolução ambulatorial após a alta hospitalar. Foi também calculado o gradiente de albumina soro-ascite. Os dados numéricos são apresentados como médias e valores máximo e mínimo; os categóricos, como valores absolutos (n) e proporções (%).

RESULTADOS

Nesse período foram identificados 21 pacientes com TBP, 12 (57%) dos quais eram do sexo feminino e nove (43%) do masculino. A idade nas mulheres variou de 16 a 72 anos, en-

quanto entre os homens, de 15 a 72 anos, ambos com média de 38 anos. A cor branca foi predominante com 17 pacientes e a negra, apenas com quatro. O tempo entre o início dos sintomas até a data da internação variou entre 20 dias e 18 meses. Quanto ao uso de álcool, apenas um (8%) entre as mulheres e dois (22 %) entre os homens eram etilistas crônicos. O tabagismo foi encontrado em duas (16%) mulheres e em um (11%) homem. Não havia história pregressa de tuberculose ou mesmo entre familiares. Como co-morbidades encontramos apenas um paciente com *diabetes mellitus*. O quadro clínico predominante foi de ascite em 100% das mulheres e 89% dos homens e dor abdominal em 11 (91%) mulheres e seis (71%) homens. Outros sinais e sintomas foram perda de peso, febre, anorexia, tosse e diarreia (tabela 1).

O estudo radiológico do tórax demonstrou algum tipo de anormalidade em 15 (71%) pacientes, tais como: derrame pleural em seis, imagens sugestivas de seqüela de tuberculose em oito e tuberculose em atividade em um, e se encontrava normal em seis (27%). Apenas 16 (76,2%) pacientes foram submetidos ao teste de intradermoreação; destes, dois apresentaram reação positiva. Quanto ao hemograma, 17 (81%) apresentavam-se normais, leucocitose foi observada em três (14%) e leucopenia em um (5%). O hematócrito e a hemoglobina estavam diminuídos em 10 pacientes (47,6%), enquanto o VHS estava aumentado em sete (33,3%). Albumina sérica estava diminuída em 11 (52,4%) e a globulina elevada, também em 11 (52,4%).

A tomografia computadorizada do abdome foi realizada em todos os pacientes, contribuindo bastante para o diagnóstico, porém não definindo, demonstrando ascite em 20, além de outras imagens como aderências de alças, coleções líquidas encistadas e espessamento do peritônio. Não foi detectada ascite em um paciente, porém demonstrou massa aderida ao fígado e peritônio com espessamento deste. A ultra-sonografia, igualmente realizada em todos, teve os seguintes resultados: ascite e hepatomegalia em 20, cinco destes com espes-

TABELA 1
Tuberculose peritoneal – Características clínicas de 21 pacientes

Sinais e sintomas	n (%)
Aumento do volume abdominal	20 (95)
Dor abdominal	19 (90)
Febre	11 (52)
Anorexia	7 (33)
Emagrecimento	7 (33)
Diarreia	5 (24)
Tosse	4 (19)
Hepatomegalia	4 (19)
Massa abdominal palpável	3 (14)



Fig. 1 – Nódulos disseminados na cavidade peritoneal sugestivos de granulomas tuberculosos

samento peritoneal, apenas um não apresentava ascite e tinha apenas hepatomegalia com lesão sugerindo hepatocarcinoma.

O exame do líquido ascítico foi realizado em 20 pacientes; todos apresentaram elevação das proteínas, nove (45%) tinham DHL aumentada e apenas seis (30%) exibiam diminuição da glicose. A ADA não foi dosada em nenhum paciente. O gradiente de albumina soro-ascite foi menor que 1,1 em todos os pacientes portadores de ascite. Com relação à citologia, 18 (90%) apresentaram contagem elevada de leucócitos, todos eles com resultados acima de 500/dl, com acentuado predomínio de linfócitos e presença de hemácias. Apenas três (15%) apresentaram celularidade baixa com ausência de hemácias.

A cultura foi realizada em 16 (76,2%) pacientes, com resultados negativos em todos. Os achados da laparoscopia (fig. 1) foram os seguintes: em 20 (89%) foram detectados líquido ascítico, aderências inflamatórias em alças intestinais, implantes de aspecto granulomatoso em todo o peritônio; um paciente não apresentava líquido ascítico, porém, foram observadas aderência entre o lobo direito do fígado e o peritônio parietal abdominal e múltiplos nódulos com aspecto granulomatoso no peritônio. O exame histopatológico foi igualmente

realizado em todos, demonstrando processo inflamatório crônico; apenas dois não apresentaram granulomas caseosos. Todos foram submetidos a tratamento específico por um período de seis meses, com acompanhamento ambulatorial. Houve regressão completa do quadro em todos. Não houve óbito nesta casuística.

DISCUSSÃO

Neste estudo a peritonite tuberculosa apresentou incidência média de três casos por ano. Em nossa casuística houve predomínio do sexo feminino, coincidindo com a de alguns autores^(11,17). A terceira e quarta décadas foram as mais acometidas; a média de idade encontrada foi de 38 anos, semelhante àquela de Fogaça e col.⁽⁵⁾.

Saczek e col.⁽²²⁾, na África do Sul, estudando crianças, publicaram um trabalho com 45 pacientes, com idade abaixo de 13 anos, média de três anos e quatro meses, sendo todos procedentes da área rural. Como o país referido pertence ao grupo subdesenvolvido, supõe-se que os pacientes sejam desnutridos, reconhecido fator predisponente para moléstias infecciosas, condições semelhantes às encontradas no nosso

país. Em contrapartida, Lenoir e col.⁽⁹⁾ relataram um caso na Bélgica, país reconhecidamente desenvolvido, de peritonite tuberculosa em uma adolescente de 14 anos sem nenhuma história epidemiológica, o que confirma a presença desta condição também em condições socioeconômicas privilegiadas.

O tempo de doença em nosso estudo, até a data de internação, variou de 20 dias a 18 meses, diferente de alguns estudos⁽⁶⁾, que demonstraram tempo mais elevado. Da mesma forma, não encontramos frequência elevada de tabagismo ou etilismo crônico nos pacientes com peritonite tuberculosa, contrariando outros estudos, como os de Lingenfelter e col.⁽¹⁰⁾. Outro aspecto importante em nossa casuística foi o fato de não haver história pregressa de tuberculose pulmonar, nem mesmo entre familiares. Apesar disso, foi encontrado um número significativo de exames radiológicos anormais, alguns com imagens sugestivas de seqüela de tuberculose pulmonar, outros, porém, com derrame pleural ou outras lesões típicas de doença em atividade, confirmando o caráter secundário da afecção. Esse comportamento também foi relatado por Garay e col.⁽⁶⁾, em estudo realizado com 46 pacientes. Em relação à presença de co-morbidades, vários autores descreveram a coexistência de peritonite tuberculosa com cirrose hepática^(1,4,15,21,25), diálise peritoneal, diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)⁽²⁴⁾ e síndrome de imunodeficiência adquirida^(19,27). Essas associações não foram observadas nesta casuística.

O quadro clínico foi semelhante àquele descrito nos vários estudos revisados, com predomínio de dor abdominal, emagrecimento, ascite, anorexia e febre^(6,10,15,17). Chama atenção, no entanto, o achado de um paciente sem ascite, fato pouco relatado na literatura. A avaliação hematológica demonstrou contagem normal de leucócitos na imensa maioria; apenas quatro pacientes apresentaram anormalidades: três com leucocitose e um com leucopenia, contrariando inúmeros trabalhos^(12,17,23), nos quais é descrito predomínio de leucocitose. Com relação às taxas de hematócrito e hemoglobina, os resultados não são concordantes com a literatura^(12,17,23), pois o predomínio foi de valores acima de 10g/dl. Outro parâmetro laboratorial quase unânime na literatura foi a hipoalbuminemia; em nosso estudo, entretanto, apenas 11 apresentavam albumina baixa, contrariando nossas expectativa por dois motivos: o primeiro, pelo próprio consumo da doença crônica e, o outro, pela desnutrição imposta pela condição socioeconômica da população em estudo.

O estudo do líquido ascítico é obrigatório e de fundamental importância como elemento coadjuvante no diagnóstico, toda vez que a ascite estiver presente. O gradiente de albumina soro-ascítico descrito pela literatura desde a década de 80 como "divisor de águas" para diagnóstico diferencial entre ascite da hipertensão portal e de outras etiologias^(14,18), realmente, em nossa casuística, foi de fundamental importância, sendo um dos parâmetros utilizados para indicação da lapa-

roscopia. Neste estudo, o gradiente de albumina soro-ascite, em todos os casos, foi inferior a 1,1, o que, aliado à ausência de dados característicos da história clínica e exame físico, tornava improvável a hipótese de ascite de hipertensão portal, ficando apenas a preocupação em distingui-las da carcinomatose peritoneal, o que era realizado com a indicação da laparoscopia para avaliação macroscópica do peritônio e colheita de material para histopatológico. A proteína do líquido ascítico costuma elevar-se nas ascites de causa peritoneal; nos nossos pacientes, os níveis acima de 2,5g/dl foram encontrados em todos.

A glicose diminuída é outro elemento descrito na literatura como presente nas ascites por peritonite tuberculosa ou carcinomatosa^(12,17,23), porém, encontramos apenas seis pacientes com glicose inferior à do soro, não se configurando, portanto, em um marcador sensível para o diagnóstico da TBP. Considera-se celularidade elevada no líquido ascítico quando superior a 250/dl^(12,17), orientando para etiologia inflamatória crônica ou neoplásica quando há predominância de linfócitos; e peritonite bacteriana espontânea ou secundária quando as células predominantes são polimorfonucleares^(12,17,23). Todos nossos pacientes com ascite apresentaram celularidade acima de 500/dl, com absoluto predomínio de linfócitos, e a maioria acusava também presença de hemácias, dados importantes para a hipótese de tuberculose peritoneal. A cultura do líquido realizada foi negativa em todos, atribuída talvez a algum erro possível na metodologia aplicada para cultura de BAAR. De qualquer modo, este exame não apresenta valores elevados de sensibilidade no diagnóstico desta afecção.

A US foi realizada em todos os pacientes, demonstrando ascite em 20, com outras alterações sugerindo processo inflamatório ou neoplásico. Apenas um não apresentava ascite, mas uma lesão hepática sugerindo hepatocarcinoma. Esses achados ultra-sonográficos não contribuíram para o diagnóstico, o que já era de esperar. Estudos de outros autores também não encontraram boa acurácia da ultra-sonografia no diagnóstico de TBP^(10,17), embora um grupo de autores tenha encontrado na US algum subsídio para o diagnóstico⁽²²⁾. A TC, igualmente realizada em todos os pacientes, contribuiu no diagnóstico detectando ascite em 20, espessamento peritoneal e aderência de alças, sempre sugerindo tuberculose peritoneal. Em um dos pacientes, aquele sem ascite, foi detectada massa aderida ao fígado e peritônio, espessamento deste sugerindo tuberculose ou carcinomatose. Na realidade, todas as publicações referentes ao tema em discussão mostram boa acurácia desse método para o diagnóstico da peritonite tuberculosa⁽¹⁷⁾. Em um estudo foi até possível estabelecer o diagnóstico diferencial entre carcinomatose peritoneal e a raríssima doença de Crohn peritoneal pela TC. Os nossos pacientes submeteram-se à videolaparoscopia, através da qual foram detectados sinais fortemente sugestivos de tuberculose perito-

neal, nódulos com aspectos granunomatosos, espessamento peritoneal e agrupamento de alças. Bhargava e col.^(2,3), estudando a acurácia do aspecto do peritônio no diagnóstico da TBP, utilizando como padrão ouro o estudo histopatológico, encontraram resultados de 95%, sugerindo que o tratamento seja iniciado logo após a laparoscopia se o aspecto for sugestivo. Essa conduta é adotada como rotina no nosso serviço e os resultados são concordantes com a literatura. A presença de granulomas caseosos na histopatologia foi demonstrada em 90% das amostras neste estudo, concordando com a suspeita feita durante a laparoscopia e confirmando o diagnóstico inicial de TBP. Dois pacientes apresentaram apenas processo inflamatório crônico sem a presença de granulomas ao estudo histológico, porém, os dados laparoscópicos associados à resposta terapêutica nos permitiram o diagnóstico final de tuberculose peritoneal.

Concluimos, então, que a tuberculose peritoneal é frequente em nosso meio e deve ser lembrada em todos os pacientes que se apresentarem com ascite acompanhada de dor abdominal com ou sem febre, devendo ser realizado o exame do líquido ascítico e, se este apresentar o gradiente de albumina soro-ascite menor que 1,1, deve ser realizada a laparoscopia diagnóstica com biópsia para estudo histopatológico; porém, quando o aspecto do peritônio for sugestivo de TBP, o tratamento pode ser iniciado, mesmo antes do resultado deste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUADO, J.M., PONS, F., CASAFONT, F., SAN MIGUEL, G. & VALLE, R. – Tuberculous peritonitis: a study comparing cirrhotic and noncirrhotic patients. *J Clin Gastroenterol* 12: 550-554, 1990.
- BHARGAVA, D.K. & SARASWAT, V.A. – Laparoscopy in patient with ascites. *J Assoc Physicians India* 36: 38, 1988.
- BHARGAVA, D.K., SHRINIWAS, C.P., NIJHAWAN, S., DASARATHY, S. & KUSHWAHA, A.K. – Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol* 87: 109-112, 1992.
- FERNANDEZ-RODRIGUEZ, C.M., BORDON, J., MORENO, J., PALLARES, A., RODRIGUEZ, D., PEREIRA, S. & MARTINEZ-VAZQUEZ, C. – Reduced inflammatory response to peritoneal infection by *Mycobacterium tuberculosis* in alcoholic cirrhosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 6: 433-436, 1994.
- FOGAÇA, H.S., ABRAHÃO JR., L.J., BORGES, E.J.S. & AZEVEDO ABRAHÃO, A.C. – Tuberculous peritonitis: analysis of 17 cases. *GED* 17: 163-166, 1998.
- BILBAO GARAY, J., DE LETONA, J.M., CARRENO, M.C. & PEREZ MAESTU, R. – Abdominal tuberculosis today. A review of 46 cases. *Rev Clin Esp* 191: 19-24, 1992.
- GUTH, A.A. & KIM, U. – The reappearance of abdominal tuberculosis. *Surg Gynecol Obstet* 172: 432-436, 1991.
- HAMANDI, W.J. & THAMER, M.A. – Tuberculosis of the bowel in Iraq: a study of 86 cases. *Dis Colon Rectum* 8: 158-164, 1965.
- LENOIR, P., GILBERT, L., VANDENPLAS, Y. & ALEXANDER, M. – Tuberculous peritonitis in an adolescent male. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 7: 447-480, 1995.
- LINGENFELSER, T., ZAK, J., STEIN, E. & PRICCE, S. – Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal disease. *Am J Gastroenterol* 88: 744-750, 1993.
- MANDAL, B.K. & SCHOFIELD, P.F. – Abdominal tuberculosis in Britain. *Practitioner* 216: 683-689, 1976.
- MARSHALL, J.B. – Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. 88: 989-999, 1993.
- MARTINEZ-VALLE, F., CAPDEVILA, J.A., RIBERA, E., PIGRAU, C. & PAHIS-SA, A. – A pancreatic pseudotumor of tuberculous etiology. *Med Clin (Barc)* 115: 460-462, 2000.
- MATTOS, A.A., LIMA, J.P. & BOTH, C.T. – O papel do gradiente de albumina soro-ascite na elucidação diagnóstica das ascites. *GED* 12: 27-31, 1993.
- MCMILLEN, M.A. & ARNOLD, S.D. – Tuberculosis peritonitis associated with alcoholic liver disease. *NY State J Med* 79: 922-924, 1979.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL TUBERCULOSIS AND CHEST DISEASE UNIT. – National survey of notification of tuberculosis in England and Wales in 1983. *Br Med J* 291: 659-661, 1985.
- MUNEEF, M.A., MEMISH, Z., MAHMOUD, S.A., SADOON, S.A., BAN-NATYNE, R. & KHAN, Y. – Tuberculosis in the belly: a review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. *Scand J Gastroenterol* 36: 528-532, 2001.
- PARE, P., TALBOT, J. & HOOFS, J.C. – Serum-ascites albumin concentration gradient: a physiologic approach to the differential diagnosis of ascites. *Gastroenterology* 85: 240-244, 1983.
- PITCHENIK, A.E., COLE, C., RUSSELL, B.W., FISCHL, M.A., SPIRA, T.J. & SNIDER, D.E. JR. – Tuberculosis, atypical mycobacteriosis, and the acquired immunodeficiency syndrome among Haitian and non-Haitian patients in south Florida. *Ann Intern Med* 101: 641-645, 1984.
- PROBERT, C.S., JAYANTHI, V., WICKS, A.C., CARR-LOCKE, D.L., GARNER, P. & MAYBERRY, J.F. – Epidemiological study of abdominal tuberculosis among Indian migrants and the indigenous population of Leicester, 1972-1989. *Gut* 33: 1085-1088, 1992.
- RUNYON, BA. – Management of adult patients with ascites caused by cirrhosis. *Hepatology* 27: 264-272, 1998.
- SACZEK, K.B., SCHAFF, H.S., VOSS, M., COTTON, M.F. & MOORE, S.W. – Diagnostic dilemmas in abdominal tuberculosis in children. *Pediatr Surg Int* 17: 111-115, 2001.
- SOCHOCKY, S. – Tuberculous peritonitis: a review of 100 cases. *Am Rev Respir Dis* 95: 398-401, 1997.
- TALWANI, R. & HORVATH, J.A. – Tuberculous peritonitis in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis: case report and review. *Clin Infect Dis* 31: 70-75, 2000.
- THIRUVENGADAM, K.V., ANGULI, V.C., NATARAJAN, K. & PRATHAP, C.C.R. – Tuberculous peritonitis complicating portal cirrhosis. *J Indian Med Assoc* 45: 180-190, 1965.
- TISON, C., DE KERVILER, B., KAHN, X., JOURBERT, M. & LE BORGNE, J. – Video-laparoscopic diagnosis and follow-up of a peritoneal tuberculosis. *Ann Chir* 125: 776-778, 2000.
- TURNER, L., DUPONT, C., LESUR, G., BARTHOD, F., MOREAU, D., ROUVEIX, E. & DORRA, M. – Unusual presentation of a tuberculous peritonitis in a patient with concomitant AIDS and liver cirrhosis. *Eur Gastroenterol Hepatol* 8: 1021-1022, 1996.

Tuberculous peritonitis: a study of 21 cases

SUMMARY

The authors performed a transversal study in the Gastroenterology Service of the Presidente Dutra University Hospital, going over hospitalized patients case histories with final diagnosis of peritoneal tuberculosis in the period of 1996 to 2002. Twenty-one patients were identified; 12 female and 9 male. The mean age was 38 in either gender. The predominant medical finding was abdominal volume increase in 100% of female patients, and 99% of male, followed by abdominal pain in 90.9% of the female patients, 71.42% of male patients. Other signs and symptoms reported were weight loss, fever, anorexia, coughing and diarrhea. Diagnosis was based on the clinical condition, ascitic fluids study with emphasis on protein content, cellularity, and ascites-serum albumin ratio. CT scan images played an important role in diagnosis. The videolaparoscopy performed in all patients showed evidence of peritoneal tuberculosis, and authorized beginning of treatment even before the histopathological study, which was equally performed for all patients to confirm the diagnosis. All subjects responded to the therapy instituted and there were no deaths in the series. The authors concluded that peritoneal tuberculosis is frequent in our midst and should come to mind in all cases of ascites followed associated with abdominal pain, whether or not in the presence of fever. If the ascites-serum albumin ratio is lower than 1.1, then one should perform laparoscopy and, upon finding characteristic signs of peritoneal tuberculosis, institute specific therapy even before the histopathological result. GED 22(3):89-94,2003

Recebido em: 11/7/2003 – Aprovado para publicação em: 29/7/2003