**TUBERCULOSE PERITONEAL: RELATO DE CASO**

FRANCIELLEN NEVES FLAVIO1; LILIAN YATIYO NAKAGAWA DITTMAR2; BEATRIZ LONGO BORTOLETTO3; PEDRO PEREIRA TROIAN4; GIL GOUVEIA HANS CARVALHO5; CYNTHIA MITIE NAKAGAWA TSUKAHARA6

1Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS, franciellen\_16@hotmail.com; 2Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS, lilaynd@hotmail.com; 3Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS, beatrizlongob@gmail.com; 4Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS, pedrotroian@yahoo.com.br; 5Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS, gil\_gouveia91@hotmail.com; 6Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU/ UEL, cynthianakagawa@yahoo.com.br.

**INTRODUÇÃO:** No Brasil a tuberculose (TB) é um problema saúde pública. Acometimento peritoneal é raro, com alta morbimortalidade e prognóstico dependendo de conduta precoce. TB peritoneal tem sinais e sintomas inespecíficos: dor abdominal, febre, perda de peso, fraqueza, alteração de hábito intestinal, além de ascite. A maioria dos pacientes evoluem com sintomas quatro meses antes de o diagnóstico ser estabelecido devido ao caráter insidioso da doença e demora na suspeita. Cultura de *M. tuberculosis* em líquido ascítico ou biópsia peritoneal são padrão-ouro do diagnóstico. Biópsia pode revelar granulomas caseosos em 100% dos pacientes e é positiva para bacilos álcool-ácidos resistentes em até 74%. **OBJETIVOS:** Relatar caso de paciente com tuberculose peritoneal. **MÉTODOS:** Revisão de prontuário de paciente atendido em Hospital Universitário pelo serviço de Clínica Médica. **RELATO DE CASO**: Homem, 53 anos, pardo, procedente de zona rural, tabagista, ex-etilista, com perda de 20kg há 1 ano, astenia, adnamia. Há 2 meses com edema de evolução para anasarca. Encaminhado ao serviço para investigação. Realizado ultrassom de abdome esteatose hepática moderada, ascite moderada, sem sinais de hipertensão portal. Paracentese com gene Expert negativo, culturas para bactérias e fungos negativo, citologia oncótica negativo e GASA 0,52. Realizado biópsia peritoneal com inflamatório crônico granulomatoso com necrose e células gigantes multinucleadas do tipo Langherhans com hipótese diagnóstica de infecção por fungos, tuberculose e sarcoidose. Optou-se por prova terapêutica com prednisona (pela sarcoidose), tendo boa resposta clínica. Após 2 meses, evoluiu com choque séptico de foco urinário, necessidade de antibioticoterapia de amplo espectro e drogas vasoativas e retorno da ascite. Realizada nova tomografia com persistência de espessamento do omento sugerindo peritoneopatia difusa e interrogado tuberculose peritoneal e carcinomatose. Nova análise anatomopatológica do peritônio com pesquisa de BAAR positiva e sem critérios de malignidade. Iniciado tratamento de TB com melhora clínico-laboratorial. **CONCLUSÕES:** O diagnóstico de TB peritoneal ainda é difícil devido o quadro clínico inespecífico, porém deve-se suspeitar em casos de ascite refratária de difícil manejo. **Palavras-chave**: Tuberculose peritoneal; Granulomatose; Tuberculose.