

Perforación intestinal múltiple secundaria a fiebre tifoidea. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Drs. Alvaro A Montilla H, Carlos A Hernández H, Blas Bruni Celli

Hospital Médico Quirúrgico "Dr. Ricardo Baquero González". Caracas, Venezuela

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que consultó por fiebre, malestar general y antecedentes de ingesta de ostras en diferentes playas del país, con posterior diagnóstico de fiebre tifoidea. A la intervención quirúrgica se encontró perforación intestinal múltiple, la cual representa del 1 al 3% de las complicaciones y formas de presentación de la enfermedad. Se realiza una revisión de la literatura y se describe el tratamiento y seguimiento en un paciente con síndrome de intestino corto, secundario a intervención quirúrgica.

Palabras claves: Fiebre tifoidea. Perforación intestinal. Intestino corto.

SUMMARY

We present the case of a patient that consulted for fever, general malaise and history of ingestion of oysters from different beaches of the country, with posterior diagnosis of typhoid fever. During surgery, multiple intestinal perforations were found, which represent 1 to 3% of complications and forms of presentation of the disease. A review of the literature is performed and we describe the treatment and follow up of a patient with short intestine syndrome, secondary to surgical intervention.

Key words: Typhoid fever. Intestinal perforation. Short intestine.

INTRODUCCION

La fiebre tifoidea, ha constituido para muchos países un problema de salud pública sobre todo en el área de Latino América como: Colombia, Perú, México, Ecuador, Brasil, Venezuela, etc. y, en otros continentes como Africa y Asia, que con el paso del tiempo se han hecho menos evidentes y, sin em-

bargo, se siguen presentando aún en la actualidad (1).

En nuestro caso, documentamos cómo la perforación múltiple, representa una complicación poco habitual que representa el 1 al 3% de las que en esta enfermedad se presentan (2,3). En la mayoría de los casos es única (4,5) ocupando hasta el 9 %.

Presentación del caso clínico

Se trata de una paciente de 21 años de edad, que consultó en un centro médico privado, por presentar desde una semana antes, malestar general, mialgias, náuseas, cefaleas, temblor y fiebre de 39°-40°C, la cual a pesar de antipiréticos, se mantenía alrededor de 38° C, por lo cual se le diagnostica posible fiebre reumática.

Esta paciente refirió como antecedentes importantes la ingesta de ostras en varias de nuestras playas como: Cumaná, Carenero, Cata, etc., desde el Oriente hasta el Occidente del país.

Se le practican exámenes de laboratorio que incluían un coprocultivo, determinándose la presencia de un cuadro de fiebre tifoidea, y es a partir de ese momento, cuando se inicia tratamiento con cloranfenicol. Posteriormente refiere presentar: dolor abdominal difuso, distensión y signos de irritación peritoneal; también señaló la ausencia de evacuaciones desde hacía ocho días; por tales motivos se llevó a quirófano con el diagnóstico de: abdomen agudo por perforación intestinal, la cual se demostró con una placa de abdomen simple, en la cual se vió imagen de neumoperitoneo.

Se le realiza laparotomía exploratoria con resección intestinal de aproximadamente 120 cm de íleon terminal y todo el colon derecho, con anastomosis ileo-transversa (Figura 1 y 2) con el siguiente reporte de Anatomía Patológica (Dr. B. Bruni Celli).

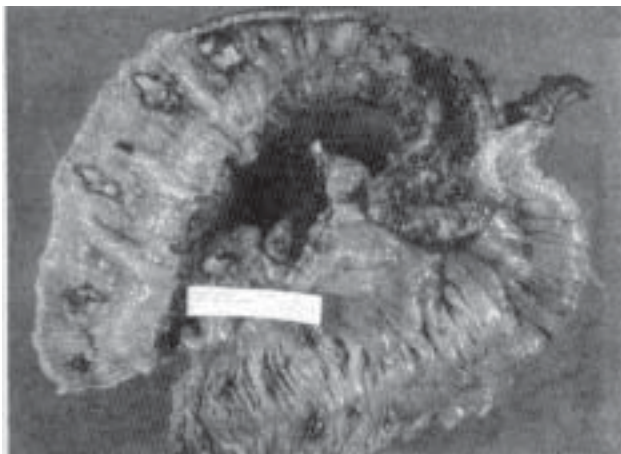


Figura 1

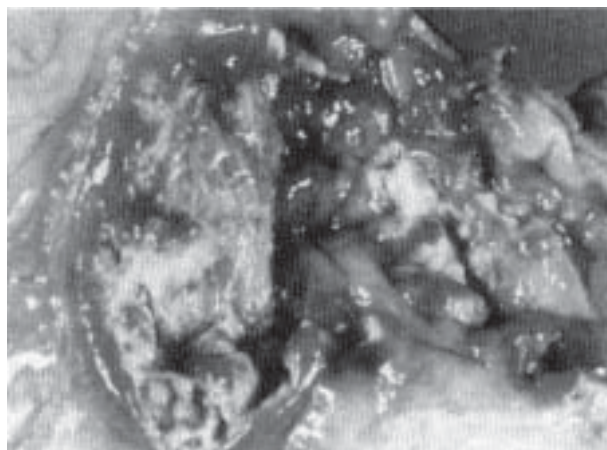


Figura 3

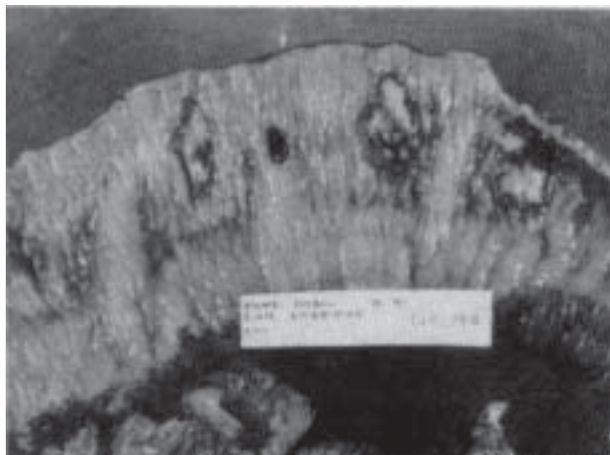


Figura 2

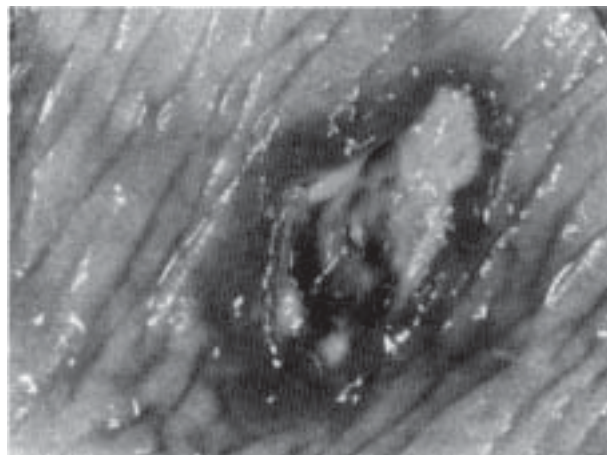


Figura 4

“El material recibido consiste en un segmento de intestino delgado (íleon) de aproximadamente 90 cm (después de fijado en formol), válvula ileo cecal, ciego, apéndice y 21 cm de colon ascendente; el íleon presenta la serosa con punteado hemorrágico difuso; en dos puntos diferentes se aprecian perforaciones puntiformes que comunican con el exterior (Figura 3).

Abierto el segmento intestinal se aprecia en el íleon terminal, siete áreas con extensa pérdida de sustancia, dos de ellas presentan en el fondo perforación a nivel de la válvula íleo cecal, y en los diez últimos centímetros de íleon las úlceras son

confluentes (Figura 4).

A nivel del colon ascendente se aprecian lesiones similares a las vistas en el intestino delgado; el apéndice sin lesiones (Figura 5).

El estudio microscópico mostró pérdida de sustancia en los cortes del íleon y colon ascendente, especialmente sobre las zonas de tejido linfático (placas de Peyer) y en el fondo extensas necrosis (Figura 6)

El aspecto corresponde a úlceras intestinales (íleon) sobre placas de Peyer, correspondientes a salmonelosis tífica, peritonitis difusa y perforación de varias úlceras”.



Figura 5

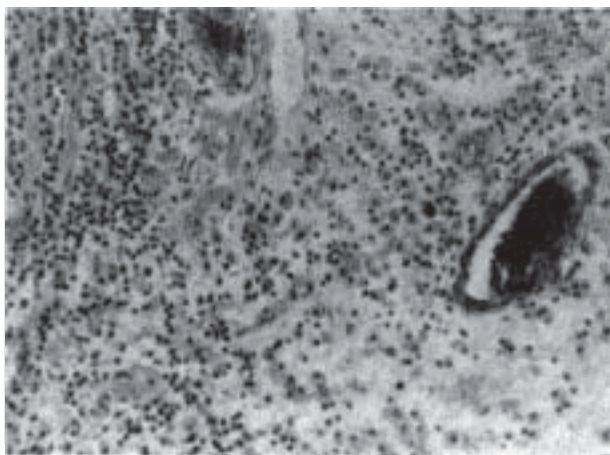


Figura 6

Durante el post-operatorio presentó como complicación: fístula intestinal, la cual se detectó por salida de material fecaloideo a través del drenaje que al principio se comportó de alto gasto y posteriormente de bajo gasto. Fue tratada con hiperalimentación. También presentó absceso de pared abdominal, lo que era de esperarse.

Se hicieron cultivos y antibiograma que reportaron *Pseudomonas aeruginosa*. Se le instaura tratamiento médico y permanece hospitalizada durante cuarenta y cinco días, siendo dada de alta en buenas condiciones, con cambio de hábito intestinal (15-20 evacuaciones por día, por intestino corto) y con tratamiento a base de tres etapas.

Primera etapa: es igual a la de cualquier post-operatorio, es necesaria una buena hidratación, balance de electrolitos, combatir los procesos infecciosos si los hubiera y todas las medidas necesarias para asegurar un buen funcionamiento renal y cardiopulmonar.

Segunda etapa: empieza cuando ya superados los problemas del post-operatorio inmediato, empiezan los pacientes a ingerir alimentos y comienza a presentarse el cuadro diarreico que condiciona pérdida de peso y balance nutricional negativo. Es en esta fase cuando es importante para nuestro paciente el empleo de la hiperalimentación, ya que con ella, conseguimos que aumente de peso, mientras se adaptan a la alimentación oral y se combate el cuadro diarreico.

Cuando la hiperalimentación se hace prolongada, el problema que se presenta, está dado por la consecución de venas adecuadas para su administración con la consiguiente posibilidad de infección. Pero el problema más importante a solucionar, es el cuadro diarreico, principalmente por la esteatorrea, empleándose para ello, medicamentos que disminuyen el tránsito intestinal. Se deben emplear medicamentos contra la hipersecreción gástrica como anti-ácidos y beta bloqueadores como la cimetidina.

Se debe restringir la ingestión de grasas. Se le administrarán vitaminas y se podrán emplear dietas especiales que no dejen residuos como las que emplean con los astronautas.

Así mismo, es necesario emplear vitamina B₁₂ y vitamina K para combatir sus deficiencias.

Tercera etapa: se presenta después de unos tres meses y es cuando ya el individuo se ha adaptado a la alimentación oral; se ha implantado un tránsito

intestinal más lento y existe una hipertrofia en todas las capas del intestino, empieza a ganar peso y se adapta a una alimentación más normal y es el paciente el mejor indicador para establecer los cambios necesarios en su alimentación (6). Luego disminuyen las evacuaciones a 2-3-4 veces al día, previos cólicos intestinales. Actualmente refiere incontinencia rectal ocasional a líquidos.

DISCUSION

En la fiebre tifoidea, el hombre es el único huésped y ésta se perpetúa en la naturaleza por la transmisión a personas sanas por pacientes portadores. El agua, la leche, los alimentos, son contaminados por las heces infectadas, los contactos homosexuales también han demostrado transmitir la enfermedad y sobre todo las moscas son consideradas agentes activos de su propagación.

Lois, en 1829, describió los hallazgos clínicos en 158 casos entre los años 1856 y 1870 (2). Budd, médico inglés, sugirió que la infección era contagiosa y de diseminación por las heces. En 1885 Pfeifer, aisló por primera vez el germen de las heces y se le acredita el hallazgo del bacilo de Eberth en 1880, aislado en extendidos de ganglios mesentéricos y en el bazo (2).

Se ha precisado como período de incubación un promedio de 8-14 días. Se ingieren por la boca los bacilos y al llegar al intestino delgado atraviesan los linfáticos y ganglios para pasar al torrente circulatorio con predominio en hígado, vesícula biliar, bazo, médula ósea y placas de Peyer (intestino delgado); en dichas placas produce ulceraciones con necrosis y posterior perforación y a su vez pueden haber sitios ulcerados que luego cicatrizan sin dejar huellas (5,7).

Los pacientes al inicio suelen presentar fiebre, cefalea, malestar general, artralgias, faringitis, constipación, anorexia y dolor abdominal (5).

Sin tratamiento, la fiebre puede durar 10-14 días y al final de la tercera semana empieza a descender progresivamente; puede presentar síntomas graves de ataque al sistema nervioso central como: delirio, estupor y coma; en un 10% de los pacientes aparecen lesiones cutáneas discretas de color rosado pálido (2).

Puede presentar esplenomegalia, hepatomegalia, leucopenia, alteraciones de pruebas hepáticas y

coagulopatía de consumo (5,8). En la literatura se describe un caso raro; el de una paciente embarazada con diagnóstico de fiebre tifoidea con alteraciones de las pruebas hepáticas, resultando por laboratorio: una hepatitis viral y a su vez perforación intestinal (9). En la esfera gastro intestinal se presenta diarrea que puede acompañarse de rectorragias (10).

Es durante la tercera semana cuando se presenta la perforación intestinal y puede verse exacerbación del cuadro clínico (2,3,5).

Las ulceraciones se pueden conseguir a su vez en los folículos linfáticos de ciego y colon (2), como en nuestro caso.

Se han observado recaídas graves en pacientes que han sido intervenidos por perforación intestinal y, durante la convalecencia, presentan nuevamente aumento de temperatura y perforación intestinal como lo han expuesto González y col. (11).

Otras complicaciones que pueden aparecer son: neumonía, colecistitis aguda, parotiditis, meningitis, artritis mono o poliarticular, sinusitis.

Entre los métodos diagnósticos el hemocultivo y el coprocultivo son los más determinantes, aunque también se puede ubicar la *Salmonella typhimurium* en la orina, en punciones de médula ósea, en biopsia hepática. Se han medido títulos de proteína C reactiva en predicción temprana de perforación intestinal (12).

El tratamiento de elección es el crotanfenicol, introducido desde 1945(13). En pacientes intoxicados pueden usarse los esteroides; otros medicamentos como el trimetoprim sulfamexazol y la combinación de trimetoprim sulfametopirazina han sido usados (14,2).

Al presentarse la perforación se han hecho estudios comparativos de las diferentes alternativas quirúrgicas como son: rafia simple, el debridamiento de los bordes y rafia simple, resección y anastomosis del segmento perforado o el segmento del íleon terminal extenso; si hay múltiples perforaciones la hemicolectomía derecha más el íleon terminal como en nuestro paciente (1,6,15,16).

Se han realizado trabajos donde se demuestra la morbi-mortalidad entre rafia simple o resección de bordes y rafia de la perforación siendo controversial las ventajas de una sobre la otra (4,15,16).

Durante el post-operatorio la complicación más frecuente es la infección de la herida que llega en algunas series hasta el 60%.

Fue demostrado que antes de la introducción de los antibióticos el índice de mortalidad en pacientes con fiebre tifoidea era de aproximadamente el 12% por hemorragia intestinal o perforación. En la actualidad con un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato, podemos disminuirla por debajo del 1%. Las muertes se presentan en pacientes mal nutridos, lactantes y ancianos.

Es motivo para llamarnos a reflexión que aún en nuestro tiempo se sigan encontrando casos como éste en nuestro país.

En la revisión bibliográfica encontramos el trabajo de Curiel y col. citado en (17) quienes hacen una amplia revisión de la morbi-mortalidad desde el año 1941 a 1978, donde se demuestra que de 262 muertes, éstas se reducen a 8 para 1978; así mismo, señala la ausencia de epidemias desde el año 1975 por las mejoras de las medidas sanitarias.

Revisando los datos del Anuario de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, encontramos para los últimos seis años (1987-1992) los siguientes datos:

Año	Nº de Casos	Mortalidad
87	17	2
88	19	1
89	16	0
90	15	0
91	9	0
92	25	0

Hay por supuesto sub-registro como el que ocurre en los centros penitenciarios de la capital, producto del hacinamiento y poca salubridad existente en estos sitios.

Hemos visto que es una enfermedad a tener en cuenta cuando tengamos casos con clínica de fiebre prolongada de etiología a precisar.

REFERENCIAS

- Ribault L, Vellard IM, Sarre B, et al. Right ileo colonic intubation after resection of the terminal ileum for generalized peritonitis caused by ileal perforation. An African experience with 33 cases. *Rev Infect Dis* 1987;9:225-229.

- Woodijard T, Hornick R. Fiebre tifoidea. En: Harrison TR. *Medicina Interna*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1973:936-942.
- Berkow R, Fletcher A. *Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. Barcelona, España: Ediciones Doxma 1989; 93-96.
- Bravo Flores N, Berlioz R, Membreno A. Tratamiento quirúrgico de las perforaciones tifoideas. *Rev Gastroenterol Mex* 1984;49:19-23.
- Rojas B, Florima F, Montero R. Perforación tífica en el Hospital Nacional Eduardo Reblaghiat. *Rev Soc Cir Perú* 1986;3:91-100.
- Hernández C, Peralta J. Resecciones y exclusiones intestinales amplias. *Gac Méd Caracas* 1987;95:536-542.
- Escarcegas F, Landa S. Perforación intestinal por fiebre tifoidea en niños. *Bol Méd Hosp Infan Mex* 1988;45:523-528.
- OH Nish K, Murata M. Typhoid fever with intestinal hemorrhage, drug induced fever and psychiatric disorder (a case report). *Kansenshoga Ku- Zasshi* 1990; 64:1 361-5.
- Vantman D, Herrera M, Bórquez H. Perforación intestinal tífica y embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1981;46:315-319.
- Ajao OG. Typhoid perforation: factors affecting mortality and morbidity. *Int Surg* 1982;63:317-319.
- González C, Alvarez M, Guiscafre H, et al. Fiebre tifoidea. Recaída grave con perforación intestinal recurrente. Informe de un caso. *Rev Méd IMSS* 1983;21:241-244.
- Oluboyide IQ, Brownnm, Higginson J. The value of reactive protein in the diagnosis of intestinal perforation in typhoid fever. *Ann Clin Biochem* 1989;26:246-248.
- Bitar R, Tarpley J. Intestinal perforation in typhoid fever: a historical and state of the art review. *Rev Infect Dis* 1985;7:257-271.
- Schirald O, Sforza E, Piaia F. Effect of sulfa trimethoprin combination (trimetroprin sulfamethopyrazine) in typhoid fever. A double blind study on adult patients. *Chemotherapy* 1985;31:68-73.
- Sitaran V, Moses BV, et al. Typhoid ileal perforations: a retrospective study. *Ann R Coll Surg* 1990;72:347-349.
- Eustache IM, Kreis DJ. Typhoid perforation of the intestine. *Arch Surg*, 1983;118:1 269-1 271.
- Halbrohr JG. Situación epidemiológica actual de la fiebre tifoidea en Venezuela. *Bol Salud Pub* 1980; 13(40):3-16.