

PERFORACIONES INTESTINALES POR PARÁSITOS

DOCTOR R. GUTIÉRREZ LÓPEZ

Del Servicio de Cirugía de Urgencia del
Hospital General San Felipe

Baso la presente comunicación, en el estudio de seis pacientes con perforaciones por parásitos intestinales, que nos tocó atender en el servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital General San Felipe, en el período comprendido de julio de 1954 a febrero de 1955.

Expondré a continuación los historiales de los enfermos estudiados, con hallazgos quirúrgicos, curso, etc., haciendo al final el comentario de los puntos de mayor interés.

FICHA N° 6.077.—Isidoro Alonso Vargas, de 40 años, labrador, soltero, nacido y residente en Comayagüela, D. C. Ingresó a la sala de Medicina de hombres el 12 de julio de 1954.

S. P.—Dolor en el hipocondrio derecho.

HISTORIA.—Refiere que hace doce días, principió su enfermedad, con dolor por debajo de las últimas costillas del lado derecho, sin irradiaciones y que se le acentuaba al respirar. Al día siguiente de su inicio, y después de una calma nocturna reaparece el dolor, ya más violento, y dándole sensación de una estocada irradiándose hacia la región lumbar y fosa ilíaca derecha, siendo continuo, se ve obligado a guardar cama y tres días después aparece diarrea con cólicos y fiebre, en vista de lo cual decide consultar un médico, quien le administra inyecciones y pastillas cuya naturaleza ignora sin producirle mejoría. Poco a poco se debilita, aparece anorexia, el dolor aumenta y se difunde y en vista de esto decide internarse en este hospital.

SÍNTOMAS Y EXAMEN FÍSICO

Anorexia, debilidad, diarrea con cólicos, dolor en el hipocondrio derecho que le aumenta al respirar.

Nutrición escasa. Temperatura 37°, Pulso 90 por minuto. Presión Arterial: Mx. 90, Mn. 80. Caries dentaria. Lengua: saburral. Tórax: dolor a la percusión en el hipocondrio derecho. Abdomen: Resistencia en el lado derecho, más marcada en la zona superior, fosa ilíaca y epigastrio. Bazo: Percutible. Microadenopatía inguinal bilateral.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: G. R: 4.000.000. G. B.: 16.500. Hgb.: 60%.

Fórmula leucocitaria: N: 72%. L: 22%. E: 6%.

Orina: sin particularidades.

Heces: Huevos de Ascárides y de Tricocéfalos.

Rayos X: Ligera elevación de la cúpula diafragmática derecha

Pulmones: Normales.

1°.—Colecistitis Aguda (Empiema).

2°.—Absceso Subfrénico.

Se le trata con antibióticos, depropanex, bolsa de hielo en el hipocondrio derecho y antianémicos, sin lograr mejoría. La fiebre continúa con grandes oscilaciones y el día 6 de julio, al ser llamados en consulta vemos con el Dr. Virgilio Banegas al paciente, y le encontramos marcada resistencia en la pared abdominal, tacto recial doloroso, etc.; es decir, un abdomen agudo típico que atribuimos a la ruptura de un probable empiema vesicular.

HALLAZGO QUIZBURGICO

Al abrir la cavidad abdominal hay salida de gas fétido y presencia de líquido sero-purulento, todo el peritoneo está congestionado. Explorando, encontramos en el ciego, una tumoración que avanza hasta la mitad del colon ascendente, dura, irregular, pared nodulosa con dehiscencias en algunos sitios que sólo los cubría la serosa. Habían también ganglios mesentéricos hipertrofiados. En el colon transversal y cerca del ángulo hepático encontramos otra tumoración con las mismas características que la anteriormente descrita, cubierta en parte por el epiplon, en la que, al liberar encontramos una perforación como de un centímetro de diámetro.

De inmediato nos parece encontrarnos con un carcinoma avanzado de colon y tomamos biopsia cerrando la perforación.

En el post-operatorio sigue la fiebre y a los dos días aparece diarrea que luego se torna sanguinolenta falleciendo el paciente a los seis días de operado.

INFORME ANATOMOPATÓLOGO© N* 1.641

Colitis amibiana. Ulceras y perforación de pared.

FICHA N° 4,855.—María Josefa Girón, de 45 años, oficios domésticos, nacida y residente en Talanga, Departamento de Francisco Morazán.

Ingresa el 3 de enero de 1-954 a la sala 1? de Medicina de mujeres.

S. P.—Diarrea y Edemas.

Desde hace 15 días, asientos frecuentes, líquidos, con muco-

sidades y a veces con sangre, acompañándose de cólicos y con una frecuencia de 15 a 20 en las 24 horas. Desde la misma fecha, vómitos biliosos y anorexia. A los dos días después de haberse declarado su enfermedad, notó edemas en los miembros inferiores que fueron ascendiendo progresivamente hasta generalizarse.

SÍNTOMAS

Debilidad, cefalea, anorexia, vómitos biliosos (pocos), diarrea con cólicos y edemas generalizados.

Estado general decaer. Temperatura; 38°. Pulso: 100 por minuto, Presión Arterial: Mx. 60, Mn. 30. Conjuntivas: pálidas, edema palpebral; lengua: saburral un poco lisa; faltan piezas dentarias, y las que existen están en mal estado. Abdomen: distendido (no exageradamente), dolor a la presión, más marcado en la fosa ilíaca izquierda, peristaltismo abolido, macicez hepática borrada, hay edema marcado en la pared abdominal, ginecológico: dolor marcado al presionar fondos de saco, tacto rectal muy doloroso, miembros inferiores: marcado edema.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Heces: Tricomonas Activas, Huevos de Ascárides, Uncinaria.

Orina: Sin particularidades.

Sangre: Reacción de Kahn: Negativa.

Recuento Globular: G. R.: 4.520.000. G. B.: 14.750.

Fórmula Leucocitaria: N: 84%. L: 8%. E: 8%.

Rayos X: Signos de Peritonitis. Líquido libre. Probable perforación.

Se le traía durante doce días con soluciones salinas y glucosadas isotónicas, plasma, vitaminas, medicación antidiarreica y cloroestrep. Al duodécimo día se inicia un cuadro abdominal agudo por lo que somos llamados de la sala de Medicina donde encontramos la paciente con un cuadro franco de peritonitis, hacemos diagnóstico de ruptura intraabdominal de víscera hueca, trasladándola inmediatamente a la Sala de Operaciones; ya entonces no pudo medirse la Presión Arterial por no percibirse.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

Al abrir cavidad abdominal, hay salida de gas fétido y líquido sero-purulento libre. Explorando encontramos una perforación en el colon Sigmoide, tomamos biopsia de los bordes de la úlcera que luego suturamos y se practica después Colostomía en el transverso.

INFORME ANATOMAPATOLOGICO N°

Úlcera Sigmoidea amibiana perforada.

La paciente fallece a los dos días después de operada.

FICHA N° 1.496. —Emilio Fermín Cruz, de 27 años, alfarero, hondureño, nacido en Santa Ana y vecino de San José ambos en el Departamento de Francisco Morazán.

Ingresó el 22 de febrero de 1955 a la sala 1^ª de Cirugía de hombres.

S. P.—Dolor abdominal y vómitos.

HISTORIA.—Desde hace cuatro meses nota que al ingerir bebidas alcohólicas se le presentan cólicos y diarreas. Estos accesos dolorosos se han repetido con intervalos de aparente calma. Hace dos meses, nuevo y fuerte ataque doloroso con diarrea que desapareció con unas inyecciones de emetina que le pusieron en la Sanidad. Al mes reaparecen los trastornos y hace dos días aparece violento dolor en todo el abdomen, continuo, con algunas exacerbaciones, acompañado de diarrea muco-sanguinolenta, durando esta última sólo algunas horas, pero el dolor aumenta por lo que decide internarse en este Hospital.

SÍNTOMAS

Debilidad, cefalalgia, anorexia, náuseas, vómitos, disnea, dolor agudo generalizado en el abdomen continuo y con algunas exacerbaciones, retención de materias fecales y gases desde hace 40 horas.

SIGNOS

Estado general decaer. Temperatura: 38°. Pulso: 100 por minuto, débil. Presión Arterial: Mx. 50. Facies peritonítica, piel untuosa, mucosas secas dentadura incompleta y con caries, ruidos cardíacos: débiles. Abdomen distendido, doloroso aún a la palpación superficial, peristaltismo abolido, la macidez hepática ha desaparecido totalmente, tacto rectal sumamente doloroso.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Recuento Globular. G. R.: 3.720.000. G. B.: 7.700.

T. de C: 3 minutos.

Fórmula Leucocitaria: N: 69%. L: 22%. E: 9%.

Heces: Colibacilos, Células de Pus.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

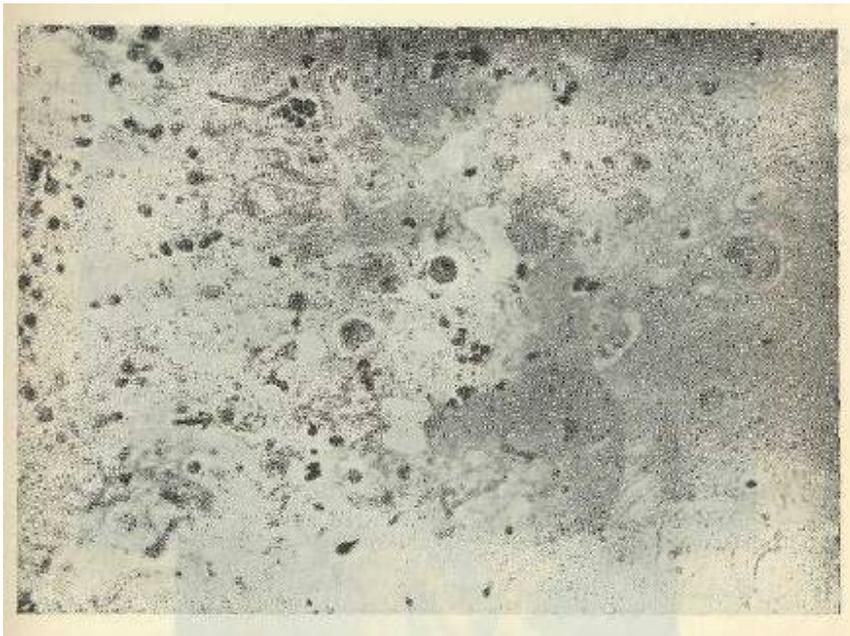
Al abrir cavidad abdominal hay salida de gas fétido y líquido sero-purulento. Al hacer limpieza y explorar, encontramos una perforación en el colon Sigmoide de un centímetro de diámetro.

alrededor de esta úlcera el colon está sumamente friable se toma biopsia del borde de la úlcera y se sutura practicando después una colostomía en el transverso.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO N* 2.191

Úlcera amibiana del Sigmoides perforada.

Al segundo día del post-operatorio funciona su intestino pero el estado general del paciente no mejora y muere al cuarto día.



Corte de Colon de una de nuestras pacientes. Véase las amibas en gran abundancia en las paredes de este

FICHA N° 7.684.—Pablo Moneada Hernández, de 35 años, albañil, soltero, nacido en Guatemala y residente en Comayagüela, D. C, Barrio «La Chivera».

Ingresa el 12 de septiembre de 1954.

S. P.—Dolor Abdominal.

HISTORIA.—Hace 46 horas después de la comida de la tarde, sintió fuerte dolor en la región umbilical, que luego se generalizó en todo el abdomen; poco después aparecieron vómitos, los que, al igual que el dolor, persistieron aumentando en intensidad y en vista de ello disponen darle en su hogar un brevaje que le prepararon en Teupasenti (un curandero), después de lo cual el paciente se siente desmayado y pierde el conocimiento; en esas condiciones es traído a este Hospital.

EXAMEN FÍSICO

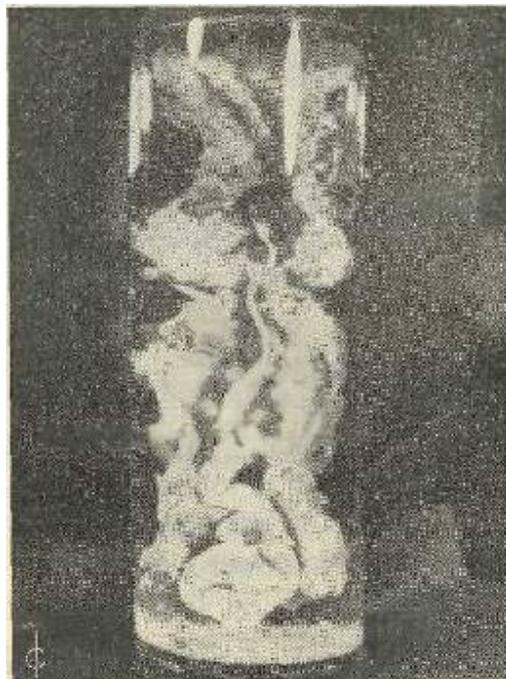
Al ingresar el paciente presenta un estado general precario, facies peritonítica, marcada polipnea, pulso 130 por minuto filiforme, temperatura: 36.8°, no e-s posible medir la tensión arterial.

Al examen local encontramos: ligera distensión y rigidez de madera en el abdomen, silencio a la auscultación del mismo, desaparición de la macidez hepática a la percusión y tacto rectal sumamente doloroso.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Sólo se practica recuento globular que nos da: G. R. 4,830.000, G. B. 6.650 y T. de C: 2 minutos.

Con el vago diagnóstico de Abdomen Agudo, se traslada a la Sala de Operaciones, donde se le administran 500 c. c. de sangre que se complementan durante la operación con 1.000 c. c. de cloruro de sodio.



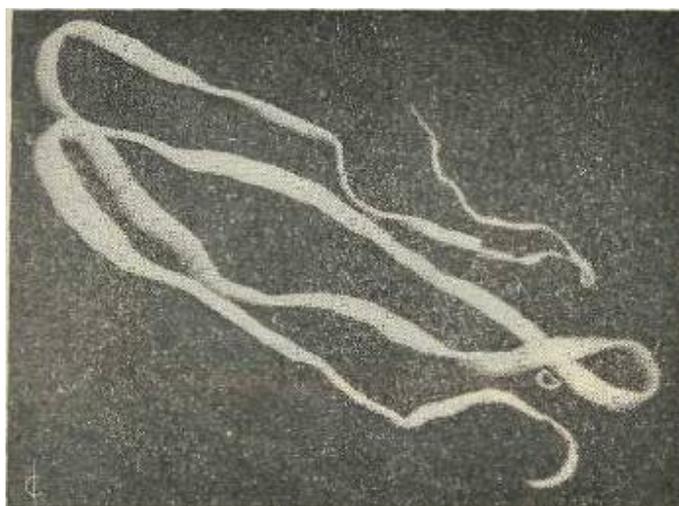
Tenia que causó perforación y oclusión intestinal. (Pieza del museo Anatómo-Patológico de Tegucigalpa)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

Al practicar celiotomía, hay salida de gas fétido y gran cantidad de líquido sero-purulento, el cual retiramos en parte por as-

piración. Las asas intestinales están cubiertas de membranas blanquecinas friables. Explorando encontramos en el íleon a unos 90 centímetros de su porción terminal, una masa formada por invaginación **íleo-ileal** y por encima de ésta una perforación. Reducimos **con** facilidad la intususcección y suturamos la perforación. Al proceder **a** la completa limpieza del líquido libre de la cavidad abdominal, encontramos en el fondo de la pelvis una tenia, la que extraemos comprobando que se encuentra completa.

El paciente fallece el día 13 de septiembre de 1954.



Tenia encontrada en la pelvis, después de haber perforado **el Íleon Terminal**

FICHA N° S.353. —Rosa Romero Núñez, de 16 años, soltera, nacida y residente en **Talanga, Departamento** de Francisco Morazan, ingresa el 18 de noviembre de 1954.

S. P. —Dolor abdominal agudo.

HISTORIA.—Refiere que hace tres días después de la comida del mediodía, sintió moderado dolor en la fosa Iliaca y flanco izquierdo que fue aumentando en intensidad hasta hacerla guardar cama; ese mismo día, tuvo vómitos alimenticios y por la noche le administraron un purgante de aceite de ricino. El siguiente día, los vómitos se tornaron porraceos y el dolor se acentuó, dándole nuevamente otro purgante de la misma naturaleza. Su estado fue cada vez más delicado y por la madrugada del siguiente día le administran un tercer purgante de sulfato de magnesia, pero siguiendo cada vez peor, deciden traerla a este Hospital al tercer día de haberle empezado su enfermedad.

SINTOMAS Y SIGNOS

Sed intensa, retención de materias fecales y gases desde hace tres días, el dolor abdominal y vómitos antes mencionados.

Constitución general precaria, marcada palidez, facies peritonítica, piel untuosa, mucosas secas, pulso filiforme y ruidos cardíacos débiles. Abdomen: Distensión, rigidez de la pared, dolor a la palpación, más marcado en la fosa ilíaca y flanco del mismo lado, a pesar de la rigidez se percibe vagamente una masa móvil en el lado izquierdo, silencio abdominal a la auscultación. Por el tacto rectal, el cual es doloroso, se palpa una masa en el hipogastrio hacia el lado izquierdo que al moverla exacerba el dolor.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Recuento globular. G. R.: 2.900.000. G. B.: 28.050. T. de C.: 1 minuto 10 segundos.

Rayos X: Flat de Abdomen: Evidencia de masa abdominal en el lado izquierdo. íleo paralítico reflejo.

Con diagnóstico de oclusión intestinal es trasladada a la Sala de Operaciones.

HALLAZGOS QUIRÚRGICO?

Al practicar celiotomía hay salida de gas fétido y encontramos la cavidad llena de trasudados sero-sanguinolentos. Explorando encontramos un asa del íleon distal, retorcida y necrótica y comprobamos en ella la presencia de tres ascárides que habían perforado la pared a nivel de su borde libre, presentado más de la mitad de su cuerpo fuera del intestino. En la parte inferior del asa necrosada encontramos una intususcección. Se reseca el asa y se practica entero-anastomosis. Cuando abrimos la pieza operatoria comprobamos en ella la presencia de ascárides.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Ascariasis intestinal. Perforación, gangrena, vólulus e intususcección intestinal. La paciente fallece el 17 de noviembre a las 2 a. m.

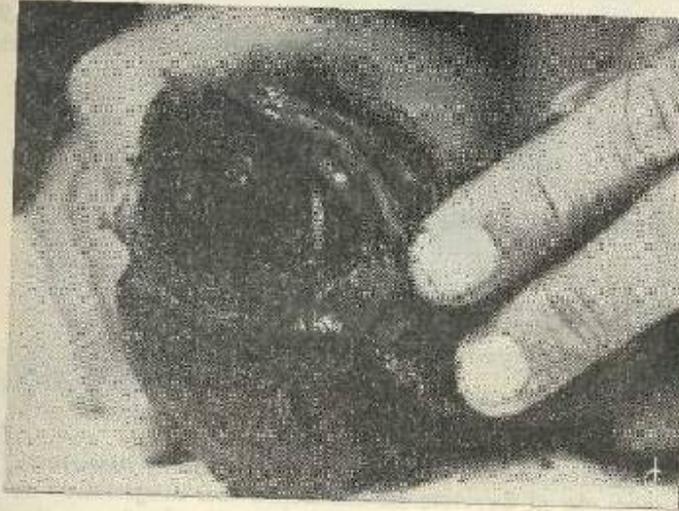
FICHA N° 10.062.—Ventura Anariba Hernández, de 54 años, labrador, casado, nacido y residente en Comayagüela, D. C.

Ingresa el 19 de noviembre de 1954.

S. P.—Diarrea, Hemorroides y dolor en el Abdomen.

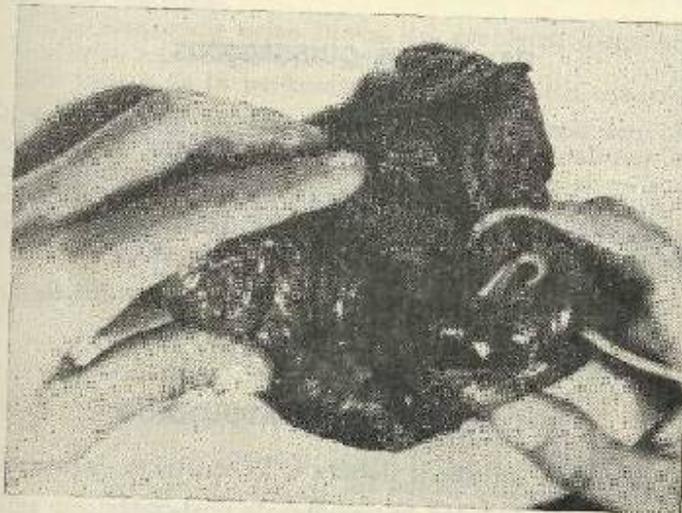
HISTORIA.—Refiere que hace 15 días principió su enfermedad con diarrea acompañada de retortijones y tenesmo; tomó varias medicinas caseras y bismuto, sin lograr mejoría; poco antes de ingresar a este centro defecó negro y un poco de sangre fina, por lo

que dispuso tomar un purgante, y después de ósto sintió aumentar sus molestias y decidió ingresar en este Centro. También nos dice que desde hace 12 años viene padeciendo de cuadros similares de



Ileon mostrando invaginación y ascaride intraluminal

manera periódica y hasta fue operado (apendicectomía) en uno de estos ataques dolorosos, recayendo al poco tiempo (15 días después).



Ileon mostrando 3 ascarides que tenían más de la mitad de su cuerpo fuera del intestino

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Debilidad, anorexia y diarrea que antes mencionamos.

Paciente adinámico, desnutrido, temperatura: 37.5°. Pulso: 100 por minuto a la palpación dolor en el epigastrio y punto cístico, moderado dolor en el cuadro cólico, hemorroides externos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Reacción de Welch Stuart: Negativo.
G. R.: 4.000.000. G. B.: 12.050.
Fórmula Leucocitaria: N: 68%. L: 30%. E: 2%.
Heces: Huevos de Ascárides y de Tricocéfalos.
Orina: Sin particularidades.
Impresión diagnóstica: Hemorroides.

El enfermo permanece en la Sala 1° de Cirugía de Hombres cinco días, se le practican exámenes complementarios y se le da tratamiento sintomático para la diarrea. El 23 de noviembre los trastornos aumenta, hay fuerte dolor abdominal y disenteria; por lo cual se traslada al Servicio de Medicina con diagnóstico de Disentería Amibiana. Al día siguiente (24 de noviembre), nos llaman del Servicio de Medicina y le encontramos un abdomen agudo típico que atribuimos a perforación de viscera hueca intra-abdominal e inmediatamente se traslada a la Sala de Operaciones.

HALLAZGOS QUIRURGICOS

Al practicar celiotomía hay salida de gas fétido y líquido sanguino-purulento que extraemos por aspiración. Explorando encontramos en la parte distal del íleon, una masa necrótica formada por intususcección íleo-ileal e inmediatamente por encima de ella una perforación como de un centímetro de diámetro aproximadamente. Se extirpa el asa y se practica entero-anastomosis.

Al abrir la pieza operatoria encontramos, ovillos de Tricocéfalos que obstruían prácticamente la luz intestinal.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Perforación Intestinal debida a Tricocéfalos. Intususcección.

El paciente después de tres días de post-operatorio satisfactorio, presenta diarrea rebelde a todo tratamiento y fallece a los 15 días (11 de diciembre de 1954).



Las flechas señalan el lugar de la perforación y un ovillo de Tricocéfalos en La Luz Intestinal

COMENTARIOS

Como puntos de interés en el presente estudio se destacan:

- 1°—La frecuencia de la perforación como complicación del parasitismo intestinal.
- 2°.—Dicha frecuencia como índice del problema social que el parasitismo representa en nuestro país.
- 3°—Mecanismo de la perforación e intususcección concomitante
- 4°.—La Letalidad. 5°.—Su frecuencia en adultos. 6°.—Terapéutica a seguir.

PRIMERO: Con solo los casos presentados, se prueba de manera categórica que nuestro pueblo masivamente parasitado, es frecuente la más rara y más peligrosa complicación del parasitismo intestinal. «LA PERFORACIÓN», y que debemos pensar en ella y tenerla en mente, siempre que se nos presenten cuadros abdominales agudos de obscura etiología.

Vale la pena apuntar que se han presentado otros casos, que aunque no los incluyo de manera formal en este estudio por falta de datos estadísticos, sí dejaré constancia de algunos de ellos, entre otros: una perforación y oclusión intestinal por Tenia encontrada por el Dr. Virgilio Banegas, (cuya pieza se encuentra en nuestro museo de Anatomía Patológica) las encontradas por él Dr. José Ramón Durón, Lázarus, Gómez-Márquez Girones y otros que por el momento a nuestra mente escapan; y finalmente mencionaré el caso de un cadáver destinado a la enseñanza de técnica quirúrgica, que,

al abrir la cavidad abdominal encontraron perforaciones y varias ascárides nadando por decirlo así en el líquido sero-purulento libre que llenaba dicha cavidad (caso narrado por el Dr. Hernán Corrales Padilla).

Esto nos demuestra aún más que en nuestro medio *T-S* frecuente la perforación como complicación del parasitismo intestinal.

SEGUNDO: Basándonos en la alta incidencia de esta complicación podemos asegurar que el problema del parasitismo intestinal en nuestro país está insoluble; ya que siendo las complicaciones quirúrgicas las más raras en esta enfermedad suponemos que son enormes las víctimas que causa por otras complicaciones de orden médico.

TERCERO: El mecanismo de las perforaciones estudiadas, no ofrece duda en las de origen amibiano, ya que es sabido que sus lesiones predominantes son de tipo ulceroso y profundas, haciéndolas ésto aptas para perforarse.

No sucede lo mismo con las producidas por helmintos, los que, aunque producen lesiones de tipo ulceroso', estas son más la excepción, más que la regla. En nuestros casos, es de sumo interés la presencia constante de intususcepción intestinal en las perforaciones por helminto y a la cual hay que buscarle explicación lógica, asignarle el papel que desempeña en el mecanismo de la perforación o tomarla únicamente como fenómeno coincidente.

Por nuestra parte, encadenamos los hechos de la manera siguiente: Suponemos como principio lesiones intestinales, ya sea de tipo ulceroso, erosivo o simplemente irritativo, que generan movimientos y cambios de calibre intestinal aptos para producir invaginación; y por encima de ésta, en los lugares lesionados por el Helminto u otros parásitos asociados, lo que es aceptable dado el tipo de parasitismo masivo y pluralizado que reina en nuestro medio; estas lesiones antes mencionadas fácilmente se necrosan y luego se perforan por la misma cinética intestinal anormal que produce toda oclusión, la hiperactividad del parásito producida por el encarcelamiento y por la fiebre y finalmente, como un factor principalísimo se destaca, la administración sistemática y repetida de purgantes a que se someten nuestros pacientes; esta práctica deplorable, tan generalizada en nuestros enfermos, es debida a su cultura rudimentaria y a la saturación del ambiente popular por curanderos ayunos de responsabilidad.

CUARTO: La letalidad de cien por ciento en nuestros casos, me parece explicable por múltiples motivos. Eran enfermos que por su mala alimentación y por la misma parasitosis, llegaban en condiciones precarias, los traían generalmente después de dos o tres días durante los cuales eran sometidos en su casa a tratamientos perjudiciales, como los antes mencionados purgantes.

QUINTO: Al contrario de lo que sería lógico suponer, todos nuestros pacientes y los citados, fueron adultos cuya edad oscilaba entre 16 y 54 años siendo realmente curioso el hecho que, en nuestras salas' de Pediatría no se presenten casos de esta naturaleza, y

sería de suponer que por la alta incidencia del parasitismo infantil, debería ser en ellos más frecuente la Perforación.

SEXTO: En cuanto a la conducta terapéutica a seguir en el post-operatorio y refiriéndose exclusivamente a la encaminada a combatir los Helmintos poco o nada nos dicen nuestros libros, de ahí, nuestra indecisión de aplicar terapéutica antihelmíntica al presentarse estos casos.

En uno de estos pacientes discutimos con el Jefe del Servicio de Cirugía acerca de si sería o no beneficioso, administrarle preparados á base de Papaína, pero la inseguridad tardo nuestra decisión y vimos morir el enfermo 15 días después de operado, sin haber probado un medicamento que tal vez hubiera podido evitarlo.

BIBLIOGRAFIA

- Koury y Basnuevo'--Helmintología, Tomo 2.
F. H. Manson-Bahr.—Parasitología, F.
Christopher.—Patología Quirúrgica.
N. Héning. —Nociones de Gastroenterología.
Kantor. —Sinopsis de las Enfermedades del Tubo Digestivo.
Berman.—Sinopsis de Cirugía. .< || .
P. Krause.—Diagnóstico Clínico de las Enfermedades Internas.
Hardy.—Sinopsis de Diagnóstico Quirúrgico de las enfermedades agudas del abdomen.
. Compendio Médico N" -53 de Julio y septiembre de 1949, Página 6.