

# Balantidiasis con perforación de colón

## (INFORME DEL PRIMER CASO EN HONDURAS)

R. A. DURON M<sub>e</sub>

*Por considerarlo de interés, tanto para el Pediatra como para el internista, pasamos a referirnos a un caso de balantidiasis severa que provocó la muerte del paciente por perforación del colón con peritonitis consecutiva. Clínicamente no se hizo el diagnóstico, ya que priva la creencia entre nosotros, que la balantidiasis es una infección protozoaria benigna y que no amerita tratamiento. El diagnóstico en este caso, fue hecho mediante biopsia de las lesiones ulcerogranulomatosas en el rectosigmoide, las cuales fueron consideradas como de tipo carcinomatoso por el explorador,*

**TNUS**, sexo masculino, 24 años de edad, labrador, vecino del departamento de Yoro, recluso en la Penitenciaría Central. Ingresó al Hospital el 5 de enero de 1967.

Síntoma principal: "**Disentería** de sangre".

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:** Refería inicio de su enfermedad desde dos semanas antes, con leve dolor abdominal en el epigastrio. Dos días después comenzó cuadro diarreico con heces blandas y manchas de sangre. Después se transformó en enterorragia completa con deposiciones líquidas y mucosas, rojas y ardor en el recto antes de defecar. Estas deposiciones eran bastante frecuentes, incontables, permaneciendo hasta 5 **minutas** en el servicio. Al mismo tiempo había dolor abdominal permanente, localizado en el hipogastrio, de tipo retortijón, el que se exacerbaba momentos antes de las evacuaciones y se acompañaba de tenesmo y pujo. Insomnio debido al malestar abdominal y anorexia. Permanecía en reposo (en cama) desde el inicio de este cuadro. No había historia de fiebre. Fue tratado en la Penitenciaría por una enfermera quien le suministraba tabletas y un líquido amargo con lo cual sentía más bien que se "empeoraba". No refería síntomas cardiorespiratorios. Había abundante sialorrea. No refería sintomatología en otros sistemas.

**ANTECEDENTES:** Enfermedades propias de la infancia y paludismo. No refería hospitalizaciones anteriores. Herida por arma cortante en el brazo izquierdo 3 años antes. Recluso en la P. C. desde 3 meses antes del ingreso al Hospital por presunto homicidio, compartiendo la misma celda con otros reos en condiciones infrahumanas.

**EXAMEN FÍSICO:** P. A. 105/80, P. 110, T. 38°C.

Paciente postrado en cama en mal estado general, quejumbroso, Se sentía olor fecaloide a su alrededor debido a que hacía las deposiciones descritas, bastante frecuentes, en la misma cama. Mala higiene general y oral. Labios secos, moderada descamación de orofaringe. Examen de pulmones no revelaba anormalidades al examen físico le mismo que el corazón a excepción de taquicardia. El abdomen plano con incursiones

pararespiratorias normales. Muy sensible a la palpación, especialmente en hipogastrio. No se palpaban masas. Hígado y bazo dentro de sus límites normales. Los ruidos intestinales aumentados en intensidad y frecuencia. La región anal con manchas de sangre. El esfínter anal relajado, lo que permitía ver las paredes del recto enrojecidas, hiperémicas, con aparentes nodulaciones interiores.

**EVOLUCIÓN:** Según nota del 7 de enero el paciente continuaba deshidratado y en las mismas condiciones de su ingreso. Al día siguiente continuaba la diarrea sanguinolenta aunque más escasa, acompañada de hipo y vómitos líquidos escasos. Ya deseaba alimentarse. El 9 de enero acusaba dolor abdominal e insomnio. Continuaba el hipo y los vómitos. Se quejaba constantemente. Cerca del mediodía la presión arterial no era audible, el pulso bastante débil y los ruidos cardíacos apagados. El dolor abdominal se había recrudecido localizado en epigastrio. El abdomen era blando, depresible, sin resistencia muscular. La presión arterial era de 60/30. Debido al bajo hematocrito se practicó venodisección para transfundirle sangre. Según nota del 10 de enero el abdomen comenzó a distenderse, con timbre metálico a la percusión y con aumento de frecuencia de los ruidos intestinales. No se podía precisar claramente si existía o no signo de rebote. Los ruidos peristálticos aumentados en su frecuencia y tono. Al día siguiente (enero 11) continuaba el dolor abdominal y las enterorragias aunque disminuidas. No había fiebre. El abdomen duro y doloroso. Persistía el hipo. En el transcurso del día fue aumentando el dolor haciéndose más continuo. El informe radiológico en un flat de abdomen sugería la existencia de una peritonitis. Se sospechaba una perforación intestinal desde el punto de vista clínico. Sin embargo a las 6 p. m. el cirujano de emergencia notó que el paciente expulsaba gases por el recto y continuaban las evacuaciones diarreicas. Debido a esto y a que el paciente estuvo sometido, según antecedentes, a tratamiento con antibióticos de amplio espectro (teraciclina) indicó la posibilidad de una enterocolitis pseudomembranosa. La leve pérdida de la macizas hepática se podría explicar por la abundancia de asas meteorizadas bien visibles en Rayos X. A pesar de la opinión del Cirujano, el internista seguía sospechando una perforación intestinal. La enterorragia era tan intensa que a pesar de haberse transfundido varias pintas de sangre, el hematocrito, que inicialmente era de 42 vol/100 ce, se mantenía en los últimos días alrededor de 23 vols/100 ce. El 13 de enero se practicó un examen proctológico, el cual resultó muy laborioso debido al mal estado general del paciente. Se observaron formaciones granulomatosas y de falsas membranas en la ampolla rectal, tomándose biopsia para descartar la posibilidad de un carcinoma del recto. Ese día tuvo el paciente una hematemesis profusa, bajando el hematocrito al 27 vols/100 ce. Persistieron las enterorragias falleciendo el 14 de enero a las 3 de la tarde. Durante su estancia en el Hospital solamente hubo una elevación térmica de 38°C al día siguiente del ingreso. En los últimos 3 días se mantuvo alrededor de 36°C. El pulso se mantuvo entre 70 y 110. Se le administraron un poco más de 3 litros de sangre. Además se hizo sueroterapia y se administró carbarzone y plaquinol.

**LABORATORIO:** GB 9.500 mm<sup>3</sup>; Hg. 14 grs./100 ce; Ht 50 vols/100 ce; N-34% (5/1/67). GB 21.800 mm<sup>3</sup>; HG 13.5 grs./100 ce; HT 42/vols ce; N-34% (5/1/67). GB 21.800 mm<sup>3</sup>; HG 13.5 grs./100 ce; HT 42 vols/100 ce; N-75% ; L. 25% (7/1/67). Ht: 20-25-18-30-24 vols/100 ce (10-11-

12-13 y 14/1/67) Heces con trofozoitos de *Ballantidium Coli* y quistes de *G. lamblia* (5 y 7) V. D. R. L.: Negativo. NPN: 22.5 mg/100 ce; glucosa 130 mg/100 ce; creatinina 2.05 mg/100 ce (7/1/67) Cl: **99 mEq/L**; Na: 132 mEq/L (7/1/67). NPN: 106 mm/100 ce; creatinina 3.2 mg/100 ce; Cl: 94 mEq/L; CO<sup>2</sup> 22 mEq/L; K: 4.4 mEq/L (13/1/67). Orina positiva por albúmina. Presencia de cilindros **granulosas** en sedimento (7/1/67).

INFORME RADIOLÓGICO: (Enero 11) "Se ven asas delgadas meteorizadas entre las cuales notamos la presencia de líquido. La distribución de gases y heces en el colon es normal. No se incluyeron las cúpulas diafragmáticas para investigar la posibilidad de gas libre. Impresión diagnóstica: Los cambios sugieren la existencia de una peritonitis".

INFORME PATOLÓGICO: "Se reciben 3 fragmentos de tejido blando, gris rojizo, midiendo en conjunto 1 cm. Los cortes muestran proceso necrotizante de la mucosa colónica con la presencia de múltiples estructuras parasitarias que se identifican como *Ballantidium Coli*, bastante semejantes a trofozoitos de amibas pero obviamente diferentes, de gran tamaño, mostrando claramente un macronúcleo arriñonado y un micronúcleo. Los parásitos aparecen por todos lados, muchos de ellos dentro de espacios linfáticos y vasculares de la mucosa".

#### COMENTARIOS

Brown (1) menciona que en la balantidiasis puede ocurrir perforación intestinal, refiriéndose a los datos de Strong quien encontró una mortalidad de 29% en casos severos. En Centroamérica, Céspedes (2) al referirse a un caso masivo de balantidiasis colónica con presencia del parásito además del intestino grueso, en el delgado y pleura, menciona que en Costa Rica ven en la actualidad de 3 a 4 casos por año de balantidiasis en autopsias.

Tal como indicáramos al comienzo, en nuestro medio existe el erróneo concepto de que la balantidiasis es siempre una enfermedad benigna y no se le da mayor importancia al hallazgo de trofozoitos y quistes de *Ballantidium Coli* en las materias fecales. La gráfica siguiente indica los hallazgos de este parásito en materias fecales durante 5 años en un laboratorio hospitalario de Tegucigalpa.

296 R. A. DURON M. REV. MED. HONDUR. VOL. 37—1969

Año	Quistes de B. Coli	Trofozoitos de B. Coli	Total
1963	97	9	106
1964	42	50	92
1965	38	119	157
1966	57	29	86
1967	5	41	46
Total	239	248	487

Promedio anual de exámenes positivos = 97  
 Quistes = 47.8%  
 Trofozoitos = 49.6%

El paciente falleció y las autoridades de la Penitenciaría Central no permitieron se le practicara autopsia.

## R E S U M E N

Se presenta el informe de un caso de balantidiasis en un paciente de 24 años de edad, diagnosticado mediante examen rutinario de heces y biopsia de lesiones necrotizantes en la ampolla rectal. Clínica y radiológicamente había evidencia de perforación de viscera hueca. El paciente falleció a consecuencia de peritonitis y desequilibrio hidroelectrolítico. Cínicamente se sospechó la existencia de carcinoma del colon.

## S U M M A R Y

A fatal case of balantidiasis is reported in a 24 years old male. The ulcero-granulomatous lesions in rectum, that led to perforation, were taken as carcinomatous and the exact nature of the same were elucidated by biopsy.

Fig. 1.—Aspecto panorámico de ballantidium colí en la mucosa colónica.

Fig. 2.—Parásito fuera de la mucosa. Estos son excretados con las heces apareciendo en los exámenes coproparasitológicos rutinarios.

Fig. 3 \_ Detalle de la morfología parasitaria a mayor aumento.

Fig. 4.—Núcleo y vacuolas intracitoplasmáticas.

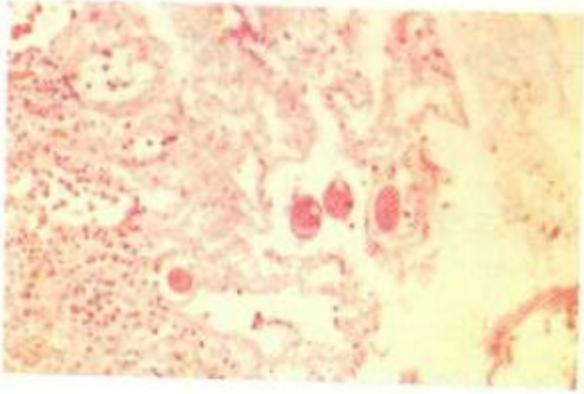


Fig. 1

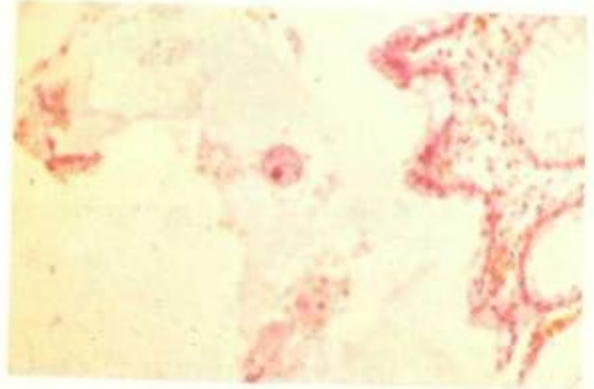


Fig. 2

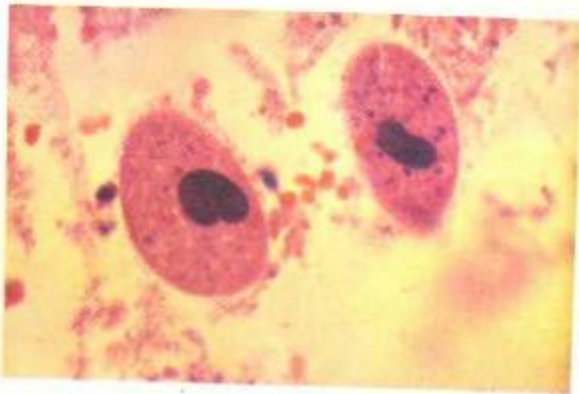


Fig. 3

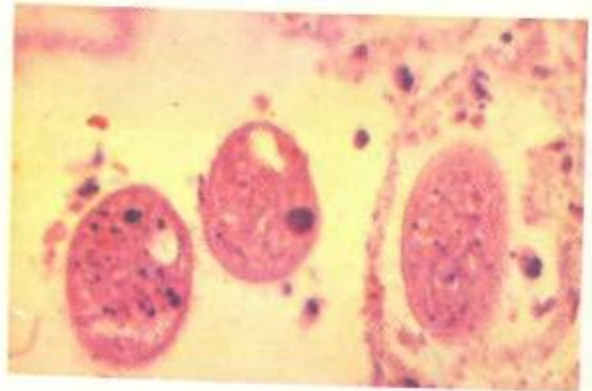


Fig. 4

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BROWN, HAROLD W.: Balantidiasis. In Cecil & Loeb "A Textbook of Medicine". W. B. Saunders Co. Philadelphia, **10th** Edition. 373, 1961.
  
- 2.—CÉSPEDES, R.; RODRÍGUEZ y Col.: Balantidiosis. Estudio de un caso anatomoclínico masivo con lesiones y presencia del parásito en el intestino delgado y pleura. Acta Médica Costarricense. 10: 135, 1967.