

FIEBRE TIFOIDEA ATIPICA

(CASO CLINICO)

Dr. OSCAR HIDALGO

Identidad:

A. C. C. H., de 18 años, mestizo, soltero, jornalero, nació y reside en Puntarenas, ingresó al Hospital San Rafael, el 13 de enero de 1954, al Salón del Seguro Social.

Antecedentes heredo-familiares:

Padre sano de 70 años de edad, madre sana de 60 años; 4 hermanos sanos, 3 hermanas sanas; varios familiares con tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales:

Ambiente, habitación y todo el medio que lo rodea en deplorables condiciones de higiene, alimentación deficiente en calidad y cantidad, sólo ocasionalmente usa zapatos; tabaquismo intenso, alcoholismo discreto, niega antecedentes venéreos; ha padecido paludismo, parasitosis intestinales, sarampión y conjuntivitis. No está vacunado contra la fiebre tifoidea.

Enfermedad actual:

Calofríos diario desde hace una semana con predominio matutino, y fiebre continua pero con elevaciones notables durante la noche, lo que se acompaña de gran cefalea y postración. Rininitis catarral en los últimos tres días y tos quintosa con expectoraciones mucosas. No se obtienen por interrogatorio más datos sobre estado actual, excepto que lo "sobaron" y que le dieron una purga.

Exploración física:

Hombre joven que da impresión de padecimiento severo, con facies vultuosa, congestión nasofaríngea, lengua saburral, ruidos cardiacos normales en todos los focos auscultatorios, estertores húmedos de gruesas buías en ambos campos pulmonares, no hay hepato ni esplenomegalia, ni lesiones dermatológicas. La tensión arterial es de 100 por 60, el pulso de frecuencia de 105 y la temperatura de 40 grados.

Evolución:

Ante la posibilidad de malaria o estado gripal agudo y rino-bronquitis, se prescribieron penicilina, aralén, antigripales, béquicos y ácido ascórbico. El lunes 18 al hacer la visita de rutina, y estando en el quinto día de internamiento, dice el paciente que la noche anterior apareció dolor rápidamente progresivo en la región perionfálica para luego localizarse en la fosa ilíaca derecha. Esta vez lo encontramos con facies peritoneal, lengua seca, taquicardia, respiración anhelante, tensión arterial igual a la anotada, hipotermia anotada un día antes para reaparecer la fiebre; la exploración abdominal indicó hiporreflexia en el cuadrante inferior derecho, hiperbaralgesia e hiperestesia cutánea, signo de Von Blumberg muy exquisito, empastamiento y submacidez de la región, signos clínicos bien encajados para diagnosticar abdomen agudo y peritonitis, y por lo cual se dispuso efectuar una intervención quirúrgica de emergencia. No se hizo tacto rectal. Premedicación, nembutal y morfina con atropina, anestesia a éter de circuito abierto.

Historia operatoria:**Diagnóstico pre-operatorio:**

apendicitis aguda?
 úlcera perforada?
 tifoidea perforada?

Diagnóstico post-operatorio:

perforación intestinal por tifoidea y apendicitis aguda concomitante.

Operación: Laparotomía media sub-umbilical.

Lesiones encontradas: Dos perforaciones de 2 mm. de diámetro a 40 cm. de la válvula íleo-cecal; una perforación de 4 mm. de diámetro a 15 cm. de la válvula íleo-cecal; gran zona cianótica y lacerada en la raíz del mesenterio; apéndice con signos de inflamación aguda; peritonitis visceral y parietal; líquido libre opalescente intracavitario en el que se encontró un áscar.

Técnica empleada: Laparotomía, aplicación de compresas aisladoras, aspiración del líquido, extracción del áscarí, cierre de las tres perforaciones con doble jareta e invaginación, un punto en U en la zona de laceración mesentérica, apendectomía, exploración restante negativa.

Terapia post-operatoria:

500 mg. de cloromicetina cada 4 horas, un gramo de ácido ascórbico cada día, analgésicos y sueros hidratantes. Hubo cicatrización per primam, se quitaron suturas una semana después y se dió de alta a los 10 días.

Exámenes de Laboratorio:

- 14 de enero: Frotis para investigar Laverán negativo.
- 16 de enero: Leucocitos 8200, polinucleares 80, inmaduros 8, eosinófilos 3.
- 16 de enero: Hudlesson, Widal y Weil Félix negativas.
- 18 de enero: Leucocitos 13.040, polinucleares 85, inmaduros 3, eosinófilos 2.
- 21 de enero: Widal positiva, H1X160.
- 27 de enero: Widal positiva, H1X640, O 1X320.
- 8 de febrero: Widal positiva H1X160, O 1X160.
- 23 de febrero: Widal positiva H1X160, O 1X160.
- 23 de marzo: Leucocitos 11.500, polinucleares 68, eosinófilos 24, inmaduros 9.

Comentario:

Analizando los días previos al internamiento y los primeros de hospitalización, los datos clínicos dan lugar a establecer diagnóstico provisional de malaria o gripe, si bien es cierto que los síntomas de la fiebre tifoidea son en mucho similares a los de estas dos enfermedades en su comienzo. Cabe tener en cuenta que en los climas cálidos abundan las formas tifóideas del paludismo, o tifo-malaria, infecciones producidas por el bacilo de Eberth y que evolucionan en terreno impaludado, o bien que coinciden con la infección malárica, actuando una entidad como coadyuvante de la otra. A veces es imposible circunscribir las responsabilidades respectivas, y la primacía se pierde en la niebla de los síntomas comunes; hasta se ha llegado a pensar en formas especiales de asociación de ambos gérmenes bajo la citada denominación de tifo-malaria o de fiebre pseudo-palúdica a pesar de los frotis negativos por Laverán.

Por lo que se refiere a la perforación, dice el paciente una semana de enfermedad antes del ingreso al Hospital; más cinco días que transcurrieron antes de la complicación; no hay concordancia con la clásica idea de perforación en la tercera o

cuarta semana de enfermedad, de donde catalogamos este caso de perforación precoz, posibilidad ya mencionada en los tratados clásicos de Enriquez.

En este caso el laboratorio no fué de gran utilidad antes de la complicación; el Widal sólo fué positivo en el post-operatorio; por ello el problema es sumamente difícil cuando se trata de pacientes muy intoxicados pudiendo tener una perforación que pase desapercibida.

Encontrar tres perforaciones es excepcional; debe recordarse que aunque usualmente sólo hay una, puede ser doble o triple, y se cita un caso de Hoffmann con 25 perforaciones. En nuestro caso un áscarí escapó por alguna de las perforaciones, cosa que no encontramos descrita en ninguna referencia bibliográfica. En cuanto a la apendicitis aguda concomitante, el hecho ya ha sido descrito, constituyéndose la apendicitis perforada por tifoidea, pero como única complicación.

La perforación es la más temida de las complicaciones de la fiebre tifoidea, pero es notable la resistencia que estos pacientes tienen para la intervención, dando la impresión de que ella ejerce efecto curativo. La complicación es rara, y en los últimos 5 años no se ha presentado más que este caso en el Hospital de Puntarenas y ninguno en el de Alajuela. Se puede presentar en los casos graves o en los benignos, y puede desencadenarse por un purgante o una transgresión dietética.

Resalta la magnífica evolución actual de estos pacientes si se compara con la gravedad que tenían antiguamente; el retardo en la cicatrización era por avitaminosis por la inanición a que eran sometidos y lo que no se ve con las normas modernas.

La fiebre tifoidea afecta las placas de Peyer o folículos linfáticos del intestino, por lo que las lesiones aparecen principalmente en el íleon y en las vecindades de la válvula ileo-cecal; los folículos se hinchan, y se pueden reconocer en la intervención como placas elevadas e hiperémicas, elípticas, alargadas paralelamente al eje mayor del intestino y en su borde libre, caracteres que las distinguen de las lesiones tuberculosas. Atacada una de estas placas, sobreviene la ulceración y de aquí la perforación de dentro afuera, excepcionalmente en sentido inverso cuando el proceso ha llegado a la necrosis tisular.

Nuestro caso presenta una fórmula leucocitaria muy alterada cuando el paciente ha sido dado de alta y está en sus ocupaciones habituales, y pensamos si dicha alteración se puede explicar por alguna de las siguientes razones: 1—el empleo de graptasmoide trans-operatorio causando anafilaxia; 2—infección focal vesicular por bacilo de Eberth.

Abril de 1955.