Complicaciones digestivas de la Fiebre Tifoidea

Drs. Teresa Alarcón D., Eric Saelzer W.

ABSTRACT

The incidence of digestive complications in 311 children aged two to thirteen years with typhoid fever was found to be 13,18%. The most frequent complication was hepatitis (6,11%) followed by digestive hemorrhage (5,15%).

Colecistitis and intestinal perforation were estimated each one in less than 1%.

Lethality was 0,68%. Two patients died; one of them because of colecistitis and the other one due to intestinal perforation, in addition both had other clinical disorders.

The features of digestive complications of typhoid fever are briefly analyzed.

La Fiebre Tifoidea, entidad de alta prevalencia en la población infantil de nuestro país, habitualmente evoluciona como un cuadro séptico sin signos destacados de compromiso específico orgánico.

En algunas ocasiones, sin embargo, la *Salmonella Typhi* invade en forma preferencial algunos parénquimas alterando la fisonomía clásica de la enfermedad. Es lo que se conoce como

complicación de la enfermedad tífica, la que pasa a constituir en estos casos el hecho más relevante del cuadro clínico.

MATERIAL Y METODO

Interesados en conocer la magnitud de las complicaciones digestivas de la Fiebre Tifoidea, hemos revisado retrospectivamente 374 casos de niños entre 2 y 14 años hospitalizados por esta enfermedad en el Servicio de Niños Mayores entre los años 1969 y 1979, de los cuales selecciona-

Servicio y Departamento de Pediatría. Hospital San Juan de Dios.

RESULTADOS

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DIGESTIVAS EN 311 CASOS DE FIEBRE TIFOIDEA

Complicación	N.º	%
Hepatitis	19	6,11
Hem. Digest.	16	5,15
Colecistitis	3	0,96
Perforación Intest.	3	0,96
Total	41	13,18

Comparativamente las complicaciones extra digestivas fueron menos frecuentes.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EXTRA DIGESTIVAS MAS FRECUENTES EN 311 CASOS DE FIEBRE TIFOIDEA

Complicación E-D	N.º	%
Complicación (Miocarditis) Cardiovascular	18	5,78
Complicación (Púrpura) Hematológica	4	1,28
Total	22	7,08

mos 311 con hemocultivos y/o serología a niveles significativos.

La mortalidad en el grupo de los 311 pacientes analizados fue 0,64%; dos niños fallecieron a raíz de colecistitis y perforación intestinal respectivamente.

Analizaremos el comportamiento de cada complicación.

HEPATITIS

Fue la complicación más frecuente observada. 19 niños del total presentaron en el curso de su enfermedad coluria fugaz, ictericia y hepatomegalia. En dos de ellos que se encontraban hospitalizados al momento de aparecer la hepatitis, el aumento de volumen hepático fue evidente y rápido, se hizo presente a los 12 y 20 días de evolución de la tifoidea.

En relación a los exámenes de laboratorio se observaron bilirrubinemias que fluctuaron entre 0,3 y 9,2 mg%; transaminasas pirúvicas entre 45 y 350 U. por 100 ml; fosfatasas alcalinas entre 4,8 y

48 U.B. El tiempo de protrombina no se alteró salvo un caso cuyo valor descendió a 40%.

En general los síntomas de hepatitis además de ser leves fueron de corta duración. La ictericia nunca se prolongó más allá de 11 días. En dos casos se realizó biopsia percutánea, demostrando el estudio histológico alteraciones inespecíficas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Presentaron sangramiento intestinal bajo un total de 16 niños (5,15%), cuyas edades fluctuaron entre 4 años 8 meses y 13 años; diez eran de sexo femenino. En todos ellos la enfermedad tífica evolucionó la mayor parte del tiempo en el hogar ingresando el paciente al hospital en el momento de presentar la complicación. La hemorragia surgió entre segunda a tercera semana de evolución caracterizándose por la presencia de dolor abdominal de tipo cólico, seguido de emisión por vía rectal de melena o bien sangre roja con coágulos, de mediana a escasa cantidad y en dos a tres ocasiones durante un tiempo máximo de 3 días. De los 16 niños, 9 habían tenido diarrea previamente y 7 habían recibido CAF durante dos a ocho días.

La conducta terapéutica fue en todos los casos de tipo médico, se indicó transfusión excepcionalmente; el valor más bajo de hemoglobina observado fue 9,22%. La evolución de todos los pacientes fue favorable con rápida mejoría de su estado general y cese de la hemorragia.

COLECISTITIS TIFICA

Se observó en tres escolares de 7, 12 y 13 años de edad, respectivamente. La complicación se presentó entre la primera y segunda semana de evolución, a los 5, 8 y 13 días. Clínicamente se tradujo en dolor intenso en hipocondrio derecho con defensa muscular y vesícula palpable; ninguno de los tres pacientes tuvo antecedentes de dispepsia. Uno de los pacientes había recibido CAF durante siete días.

Dos de los niños respondieron bien al tratamiento médico y superaron su tifoidea y complicación al cabo de 15 días de tratamiento, siendo dados de alta sanos. Uno de los escolares fue sometido a colecistografía luego del alta, la cual demostró exclusión vesicular, ignorándose su evolución ulterior.

El tercer caso, una niña, difirió en su evolución. La enfermedad fue grave desde su inicio,

siendo intervenida quirúrgicamente por sospecha de perforación de viscera comprobándose la existencia de hidrops vesicular. El examen bacteriológico de su contenido fue negativo. Se le trató con altas dosis de Quemicetina, corticoides y Gentamicina; a pesar de ello fallece a los 20 días de hospitalización. La necropsia demostró la existencia tanto en el intestino como en los pulmones de lesiones difusas que al patólogo impresionaron como debidas más bien a gérmenes anaerobios o estafilococos que a Salmonella.

El estudio de laboratorio demostró en dos oportunidades cierto grado de hipoglobulinemia (Alb:3.2 Glob.:1.8 A:G,1.7). No se cuantificó las inmunoglobulinas.

PERFORACION INTESTINAL

Se observó en tres casos: Niña de 8 años, cuya evolución fue grave desde el comienzo y que ingresó con el diagnóstico de neumonía siendo tratada como tal; al día 14 de evolución intrahospitalaria ya con diagnóstico de F. Tifoidea y en tratamiento con Quemicetina, aparece dolor abdominal difuso, resistencia muscular de la pared abdominal difusa y signos de íleo paralítico, junto con aumento de la toxemia. Se intervino de urgencia encontrándose dos perforaciones en íleon terminal y peritonitis. El estudio anátomo-patológico confirmó la etiología tífica. Tuvo una evolución postoperatoria bastante tórpida por complicaciones que fueron superadas, siendo dada de alta en relativas buenas condiciones generales.

El segundo paciente fue un varón de 5 años y 5 meses de edad, tratado con CAF durante 14 días, el que a los 21 días de enfermedad presenta signos de abdomen agudo. Es operado encontrándose perforaciones en íleon distal y peritonitis, lo que obligó a resear el segmento intestinal afectado.

Nuestro tercer paciente, niña de 4 años de edad, portadora de Nefropatía crónica, recibió CAF durante seis días. Estando ya afebril presentó signos de abdomen agudo con palpación de masa abdominal tipo plastrón, falleciendo antes de ingresar al pabellón quirúrgico.

COMENTARIO

La Fiebre Tifoidea por su carácter séptico puede en el curso de su evolución dar lugar a diferentes tipos de complicaciones según sean los órganos afectados.

En los 311 pacientes estudiados la mayor incidencia de complicación estuvo dada por aquellas relacionadas con el aparato digestivo, 13.18%, en tanto que las extra digestivas para el mismo grupo ascendieron a 7.06%. La cifra observada duplica aquellas obtenidas en adultos;^{7,8} este mayor valor se debió fundamentalmente a una mayor incidencia de hepatitis tífica. Sin embargo, la letalidad por complicación digestiva fue menor;⁸ en nuestro grupo sólo 0.64%;

La mayor incidencia de complicaciones digestivas se explica por la localización primaria de la infección en intestino delgado, desde donde fácilmente alcanza órganos contiguos como hígado y vesícula biliar; si el daño a la mucosa intestinal es severo, lleva a hemorragia y/o perforación del intestino.

Hemos querido distinguir complicación de lo que se considera manifestación propia inherente al cuadro clínico, como son la presencia de hepatoesplenomegalia, (+ en el 100% de los casos) y cambios en el tránsito intestinal, ya sea en el sentido de constipación o diarrea. Esta última la observamos en 53% de los casos, cifra más alta que 30% que señalan otras casuísticas.

La complicación más frecuente fue la hepatitis, con un cuadro clínico siempre leve. El estudio histológico mostró signos discretos de inflamación hepatocitaria y tumefacción turbia, alteraciones que señalan más bien una lesión de tipo tóxico que necrótica. Esto explica la escasa respuesta de la actividad de las transaminasas en el suero de estos pacientes. Los tifomas, lesiones granulomatosas descritas en casos de grave daño hepático, no se encontraron en el tejido biopsiado.

La hemorragia digestiva apareció tardíamente en la evolución de la tifoidea. La encontramos en niños que recibieron tratamiento antibiótico oportuno, a la vez que hubo predilección por el sexo femenino, 10 a 16 casos. Su pronóstico parece ser mejor que en adultos, en los que la letalidad supera el 5%.⁴

Tanto la colecistitis como la perforación intestinal tuvieron una incidencia menor que 1% entre ambas complicaciones, significaron un 0,64% de letalidad para el grupo estudiado. Referente a la paciente fallecida por colecistitis, la causa del fracaso del tratamiento bien pudo deberse a déficit inmunitario, expresado en una baja tasa de globulinas, condición que no alcanzó a ser estudiada, y en la presencia de lesiones aparen-

temente producidas por anaerobios tanto en intestino como pulmones.

La niña fallecida por perforación intestinal era portadora de nefropatía crónica, con deterioro general que ocultó en parte la complicación y aceleró el deceso.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Estudiados 311 casos de Fiebre Tifoidea se observaron complicaciones digestivas en 13.18% de ellos, siendo la más frecuente, la Hepatitis (6.11%), seguida de la Hemorragia digestiva (5.15%).

Tanto la Colecistitis como la Perforación se observaron en menos del 1% de los casos, adquiriendo importancia por constituir causa de letalidad.

La gran mayoría de los pacientes evolucionaron favorablemente con tratamiento médico sin requerir cirugía.

REFERENCIAS

¹ Fanta, E.; Lobos, H., y Hurtado, R. Algunos conceptos moder-

- nos sobre etiopatogenia e inmunología de Fiebre Tifoidea. *Pediatría*. 15: 259-261, 1972.
- ² Parrochia, E.; Rojas, R., y Pinto, M. E. Tratamiento de la Fiebre Tifoidea. *Boletín del Hospital San Juan de Dios*. 22: 71-77, 1975.
- ³ Olavarría, F.; Fadic, R., y Tezanos P., S. Ictericia en Fiebre Tifoidea durante la epidemia del año 1968. *Rev. Méd. Valparaíso*. 22: 211-215, 1969.
- ⁴ Pincheira V., W. y Lazo I., M. Complicaciones quirúrgicas de la Fiebre Tifoidea. *Arch. Soc. Cir. Chile*. 23(2): 382-387, 1971.
- ⁵ Goic, A y Hurtado, R. Colecistitis aguda en la Fiebre Tifoidea. *Rev. Méd. Chile* 94: 610-615, 1966.
- ⁶ Donoso, P.; Kraljevic, R.; Bocal, H.; Mendoza, A.; Laval, E., Muñoz, N. El compromiso cardíaco en el curso de la Fiebre Tifoidea. *Rev. Méd. Chile* 93: 131-157, 1955.
- ⁷ Borgoño, J. M. y Pearson, E. Fiebre Tifoidea y Paratifoidea. Análisis clínico y de laboratorio de un brote estacional. *Rev. Méd. Chile* 93: 145-151, 1965.
- ⁸ Salcedo, M.; Laval, E.; Hashán, M.; Borgoño, J. M., y Weitzman, J. Complicaciones y letalidad de la Fiebre Tifoidea y de los Paratífus A y B. *Rev. Méd. Chile* 95: 744, 1967.
- ⁹ Borgoño D., J. M. Nuevos aportes a la Epidemiología de la Fiebre Tifoidea en la Provincia de Santiago con especial referencia al brote epidémico estacional 1956-1957. *Rev. Méd. Chile* 86: 413, 1958.
- ¹⁰ Sprinz, MD.; Horuck, B B., MD, and Woodward, T. E., MD. Histopatología of the Upper Small Intestine in Typhoid Fever. Biopsy Study of Experimental Disease in man. *Am. J. Dig. Dis.* 11 (8): 615-624, 1969.