

PERFORACION COLONICA DE ETIOLOGIA BALANTIDIANA REPORTE DE UN CASO

Saúl Dorfman*, Rubén Campos**, Francisco López*,
Bernardina Sumoza*, Luis Guillermo Bravo*

* Servicio de Cirugía General y ** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General del Sur, Maracaibo, Venezuela.

RESUMEN

Se presenta un caso de infección por *Balantidium coli*, que produjo perforación colónica y peritonitis, con muerte del paciente. Se demuestra la presencia del parásito por los estudios de anatomía patológica. Se hace una revisión bibliográfica a propósito del tema, haciendo consideraciones sobre la epidemiología, clínica y hallazgos anatomopatológicos.

INTRODUCCION

La balantidiasis, infección producida por el *Balantidium coli*, es una de las protozoosis mas raras en la actualidad, conociéndose casos aislados en toda América, Nueva Guinea, Persia y Oceanía (4, 5, 14). la mayoría de los casos reportados proceden del trópico (3).

Constituye una zoonosis, es decir, una parasitosis de animales, que eventualmente invade al hombre (5); se conocen cerca de 50 huéspedes diferentes, que en su mayoría son mamíferos capaces de albergar al *Balantidium coli* y entre los mas frecuentemente infectados encontramos el

cerdo, la rata, el cobayo y el mono (8, 11). El contacto con los quistes viables contenidos en las heces, permite la adquisición de la infección y eventualmente la enfermedad, creando problemas incluso hasta la muerte (1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 15, 17, 19).

RESUMEN DEL CASO

Paciente masculino, 25 años de edad, raza indígena, obrero de hacienda, que ingresa al Hospital General del Sur, Maracaibo-Venezuela, el 27 de agosto de 1980, con cuadro clínico de dolor abdominal, fiebre y enterorragia. Refiere el paciente que desde hace tres días presenta la sintomatología antes mencionada, por lo que consultó a la medicatura rural de la localidad, donde le fué indicado tratamiento a base de antibióticos y analgésicos, sin mejoría.

Ingresa en malas condiciones generales, deshidratado, palidez cutáneo-mucosa, déficit motor y sensitivo. No es posible efectuar un buen interrogatorio por problemas idiomáticos. El abdomen del paciente presentaba dolor acentuado en forma difusa, con signos de irritación peritoneal y sin ruidos hidroaéreos; al momento del examen el paciente presentó enterorragia. Los estudios complementarios practicados revelaron leucocitosis y neutrofilia; el estudio radiológico del abdomen reveló gran dilatación colónica. No se practicó examen de heces. Se practicó laparotomía exploradora, cuyos hallazgos fueron gran dilatación y necrosis de ciego, colon ascendente, colon transversal y colon descendente en su unión con el recto sigmoideos. Se realizó colectomía total, ileostomía y fístula mucosa del sigmoideos, con lavado de la cavidad peritoneal con abundante solución salina. El paciente egresó de la sala de pabellón en malas condiciones generales, falleciendo horas después en la sala de recuperación.

ANATOMIA PATOLOGICA

Examen macroscópico: La muestra de colon, con una longitud de 93 cm y 7 cm de ancho, muestra la superficie externa irregular, con áreas de color rojizo y rojo oscuro, observándose a 30 cm de su extremo distal, solución de continuidad de 2 cm de diámetro mayor, cuyos bordes son friables y del cual escapa material grumoso, fétido y de color oscuro. La mucosa se muestra de color rojo oscuro, con numerosas ulceraciones, la mayor con diámetro de 6 cm, de fondo sucio, de color rojo oscuro, con bordes irregulares; dicha mucosa se desprende con mucha facilidad con olor sumamente fétido.

El apéndice con una longitud de 6 cm, superficie externa lisa, con escasa cantidad de grasa en su meso, con la luz ocupada por material grueso y fétido; la pared se encontró friable de color oscuro.

El segmento de íleo terminal con una longitud de 6 cm y 3 cm de diámetro, se presenta con su superficie externa lisa, y que al abrirlo muestra mucosa con numerosos pliegues bien distribuidos, de consistencia firme y elástica.

Examen microscópico: Colon con extensas y numerosas pérdidas de mucosa y submucosa, constituyendo ulceraciones cuyos bordes y fondos se presentan necrosados, ocupados por detritus celulares y abundantes formas vegetativas del *Balantidium coli*, las cuales son grandes, de forma redondeada u ovoidea, con citoplasma granuloso rosado-pálido, donde además se visualiza la vacuola digestiva; en algunos se observan dos núcleos, los cuales varían de tamaño, mientras que en otros solo se evidencia un núcleo (Fig. 1).

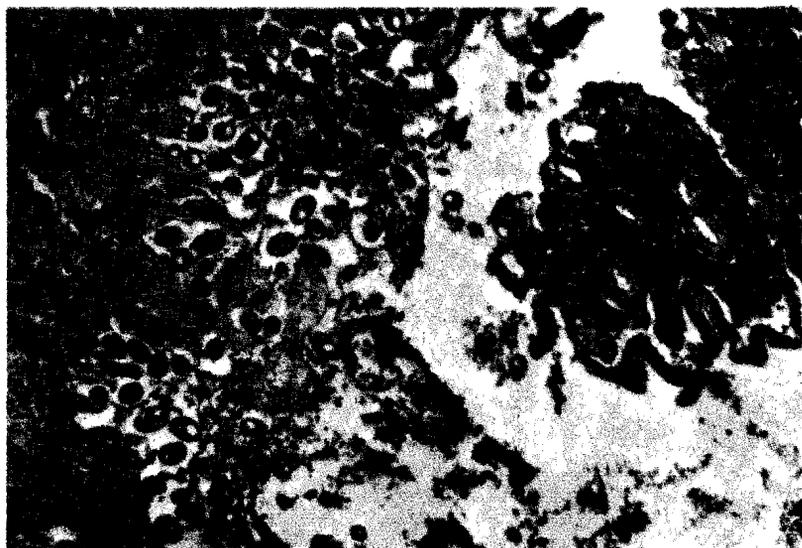


Fig. 1.— Necrosis de la mucosa y submucosa del colon, con numerosas formas vegetativas del *Balantidium coli* (hematoxilina-eosina 40 X).

Se observó necrosis total de la pared y presencia de formas vegetativas del parásito (Figs. 2, 3). Otras zonas del colon conservan su epitelio cilíndrico muco-secretor al igual que sus glándulas, pero se advierte densa infiltración inflamatoria polimorfonuclear neutrófila y eosinófila y abundantes focos de extravasación eritrocitaria. Dicha infiltración inflamatoria se extiende en el resto de las capas, acentuándose de nuevo en la serosa, donde

además se advierten discretos acúmulos de fibrina. Los vasos sanguíneos subserosos, se encuentran dilatados y congestivos.

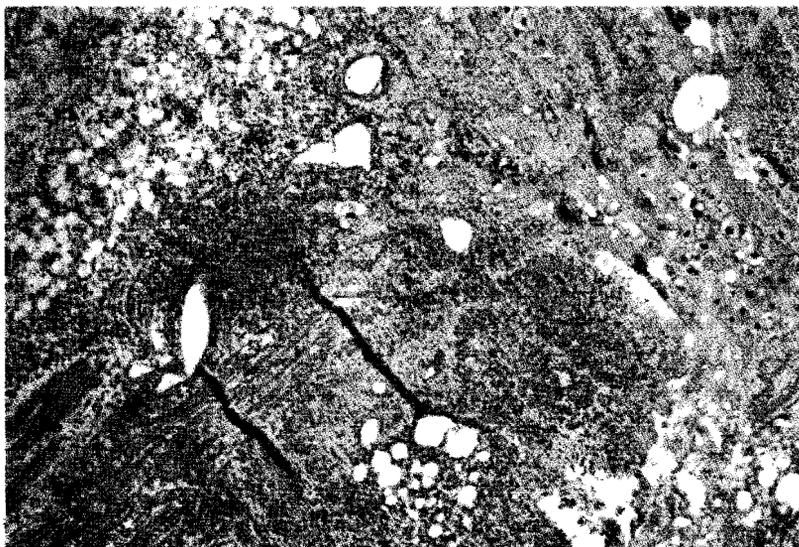


Fig. 2.— Necrosis transmural de la pared colónica, con la lesión de las fibras musculares. Se observan numerosas formas vegetativas del *Balantidium coli* (Hematoxilina-eosina 100X).

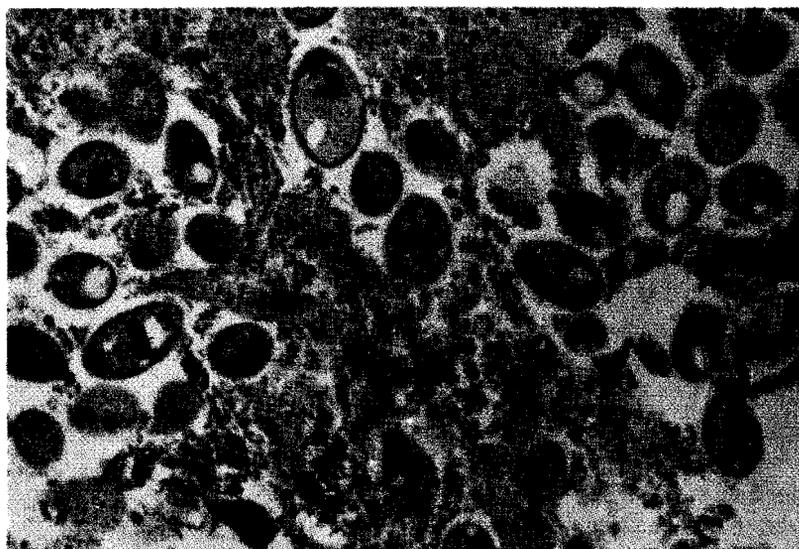


Fig. 3.— *Balantidium coli* (Hematoxilina-eosina 400X).

Otros hallazgos: Encontramos atelectasia y congestión pulmonar, y peritonitis generalizada, como causa de muerte.

DISCUSION

La enfermedad, tal como ha sido reportada por diferentes autores (1, 3, 4, 7, 19) la padecen pacientes de bajo nivel higiénico, que por alguna u otra razón, tienen contactos frecuentes con cualquiera de los huéspedes mencionados anteriormente o sus deyecciones. Es importante señalar que un gran número de casos publicados (1, 3, 4) corresponden a pacientes enfermos mentales que poseen las características antes mencionadas.

Según Lara-Aguilera (9), la frecuencia de la enfermedad debería ser mayor, dada las condiciones ecológicas y epidemiológicas de nuestros países. De Jongh (4) y Villar-Ponce (15) afirman, que si bien es cierto que la enfermedad es rara, quizás lo sería menos, si se le buscara o se pensara en ella, y si en su investigación se procediera correctamente desde el punto de vista parasitológico.

El *Balantidium coli*, en su forma trofozoítica, es el único parásito ciliado de importancia patogénica en el hombre (12, 16). La forma trofozoítica mide de 60 a 100 micras de longitud aproximadamente por 50 a 70 micras de ancho aproximadamente, con una variedad de formas, ya sea de huevo o pera (13). Todo el cuerpo está rodeado de una membrana donde se implantan los cilios; en el citoplasma se encuentran el macronúcleo y el micronúcleo (12).

El cuadro clínico de la enfermedad es variado, y se presenta en forma de diarreas, síndrome disentérico y disenteriforme, que son las formas más frecuentes (5); se describen casos de apendicitis aguda, abdomen agudo quirúrgico por perforaciones intestinales y localizaciones extraintestinales (2, 7, 17, 19).

La enfermedad según Swartzwelder (13) se presenta en tres formas a saber: portador asintomático, de importancia epidemiológica; forma sintomática crónica, caracterizada por cuadros de diarrea alternando con cuadros de constipación y por último, la forma disentérica o aguda, la cual varía en intensidad entre la forma suave y la fulminante que puede provocar la muerte.

El diagnóstico positivo de la enfermedad se realiza mediante la demostración del parásito en las heces (11); las formas trofozoíticas son encontradas en heces frescas líquidas o pastosas, mientras que la forma quística se observa en heces sólidas (6). Debe pensarse en la enfermedad en todo

paciente que tenga cuadro clínico de síndrome disentérico o disenteriforme (7). Además de los métodos diagnósticos descritos, Lahiri (8) preconiza el estudio citológico del líquido ascítico peritoneal y la demostración del parásito en el mismo.

El tratamiento de la balantidiasis es variado (3, 6, 11, 12, 13, 18) habiendo sido utilizados diferentes medicamentos a saber: oxitetraciclinas, metronidazole, derivados arsenicales como el carbasone y la ampicilina.

Desde el punto de vista anatomopatológico, el *Balantidium coli* produce ulceraciones que comprometen la mucosa y la submucosa, sin lesionar la capa muscular (3, 10). Las úlceras son superficiales, semejantes a las observadas en la colitis amibiana (3, 7, 12); la perforación es rara. En nuestro caso se evidenció perforación y peritonitis que constituyó la causa de muerte.

ABSTRACT

Balantidial colitis with perforation of the colon. Report of a case. Dorfman S., Campos R., López F., Sumoza B., Bravo L. (Hospital General del Sur, Maracaibo, Venezuela). *Invest Clín* 22(3): 127-133, 1981.— A case of balantidial colitis with perforation of the colon was described. The diagnosis was established after necropsy and the histological finding of *Balantidium coli*. Some pertinent features of the clinical, epidemiologic and anatomopathologic of this disease were analyzed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1— ALVAREZ-VALVERDE R, GARCIA R: Estudio de un caso mortal de Balantidiosis humana. *Rev Invest Salud Pública (Mex)* 27: 217-224, 1967.
- 2— BADELL A, WENGER F, BOLAÑOS H, BAEZ N: Absceso hepático, balantidiano y ascaridiano. *Rev Acad Med Zulia* 23: 47-81, 1977.
- 3— BASKERVILLE L, AHMED Y, RAMCHAND S: *Balantidium colitis*. Report of a case. *Am J Dig Dis* 15: 727-731, 1970.
- 4— DE JONGH RT, LAARMAN JJ: Two cases of *Balantidium coli* infection in Liberia. *Trop Geogr Med* 13: 203-206, 1961.
- 5— DELGADO GARNICA R, BRITO-LUGO P, CLARK R, LEAL R: Balantidiasis en la ciudad de Mexico. *Rev Invest Salud Pública* 31: 106-112, 1972.

- 6- GARCIA-PONT PH, RAMIREZ DE ARELLANO G: Fatal balantidial colitis. Bol Asoc Med P Rico 58: 195-199, 1966.
 - 7- JAPP HH, MORAES WC, FILHO MR, MIZIARA HL: Balantidiasis: report of a case with intestinal perforation. Rev Asoc Med Bras 18: 129-132, 1972.
 - 8- LAHIRI VL, ELHENCE BR, AGARWAL BM: Balantidium peritonitis diagnosed on cytologic material. Acta Cytol (Baltimore) 21: 123-124, 1977.
 - 9- LARA-AGUILERA R, BERNAL RM: Síndrome disintérico por *Balantidium coli* en niños. Bol Med Hosp Inf 31: 779-784, 1974.
 - 10- MILLER AA, PECK CR: Balantidial dysentery. Report of a fatal case in Assam. Brit Med J 1: 448-449, 1948.
 - 11- NICHOLSON MW: Case report of *Balantidium coli* infection. E Afr Med J 55: 133, 1978.
 - 12- RADFORD AJ: Balantidiasis in Papua New Guinea. Med J Australia 1: 238-241, 1973.
 - 13- SWARTZWELDER JC: Balantidiasis. Am J Dig Dis 17: 173-179, 1950.
 - 14- TSUCHIVA H, KENAMORE B: Report of a case of balantidiasis. Am J Trop Med 25: 513-514, 1945.
 - 15- VILLAR-PONCE JP, STABINSKY G, ALVAREZ R, TOLEDO I, VEGA C, ABARCA J: Balantidiasis en niños. Bol Med Hosp Inf 31: 1195-1200, 1974.
 - 16- WALZER PD, JUDSON FN, MURPHY KB, HEALY GR, ENGLISH DK: Balantidiasis outbreak in Truk. Am J Trop Med Hyg 22: 33-41, 1973.
 - 17- WENGER F: Absceso hepático producido por *Balantidium coli*. Kasmera 2: 433-441, 1967.
 - 18- WOODY NC, WOODY HB: Balantidiasis in infancy. Review of the literature and report of a case. J Pediatrics 56: 485-489, 1960.
 - 19- XIMENES-NETO M, DA COSTA VM, FERREIRA D, AVELINO MG: Perforacao colonica por *Balantidium coli*. Rev. Goiana Med 17: 65-73, 1971.
-