



# CASO 4-2012: QUEMADURA ELÉCTRICA DE PARED ABDOMINAL COMO CAUSA DE PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO



*Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica. Fundado en 1845*

ISSN  
2215-2741

## Reporte de Caso

Recibido: 29/02/2012  
Aceptado: 14/03/2012

Eliécer Jiménez Pereira<sup>1</sup>  
Valeska Jiménez Montero<sup>2</sup>  
José Fco. Navarro Coto<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Médico Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital San Juan de Dios. Profesor Universidad de Costa Rica. [ejipe876@gmail.com](mailto:ejipe876@gmail.com)

<sup>2</sup> Médica Asistente Especialista en Anestesia y Recuperación, Hospital Max Peralta de Cartago

<sup>3</sup> Médico Asistente. Unidad Nacional de Quemados, Hospital San Juan de Dios. Profesor Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: [frannava@gmail.com](mailto:frannava@gmail.com)

### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 49 años, quien sufrió una quemadura eléctrica por contacto directo, al estar manipulando un objeto metálico. Presentó manifestaciones en piel menores a un 5% de superficie corporal quemada. En el séptimo día de internamiento presentó un abdomen agudo que ameritó laparotomía exploratoria, donde se documentó una perforación del yeyuno, la cual se resecó sin complicaciones.

### PALABRAS CLAVE

Quemadura eléctrica. Abdomen agudo. Perforación intestinal

### ABSTRACT

A 49 years old male patient who suffered an electric burn by direct contact with a current while manipulating a metallic object is presented. He showed minor dermal manifestations of 5% burnt body surface area and on the seventh day of hospitalization developed an acute abdomen which required an exploratory laparotomy that documented a perforation of the jejunum that was resected without complications.

### KEY WORDS

Electric burn. Acute abdomen. Intestinal perforation



## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 49 años, peón agrícola, con antecedente de amputación traumática de mano derecha en accidente laboral. Ingresó al servicio de emergencias del hospital San Juan de Dios con la historia de haber recibido una descarga eléctrica al estar instalando una antena de televisión. No sufrió precipitación. Ingresó consciente, orientado, Glasgow 15, hemodinámicamente estable. Al examen físico se documentó amputación antigua mano derecha y quemadura de III grado en región umbilical y periumbilical, además quemaduras de III grado a nivel del pie derecho (dorso y en la región del 1° y 2° artejo). En total las manifestaciones de la quemadura en piel son menores al 5% de área de superficie corporal.

El paciente fue trasladado a la Unidad Nacional de Quemados del HSJD, donde evolucionó de forma estable. La valoración por vascular periférico y ortopedia recomendó una amputación transmetatarsiana, la cual se realizó sin complicaciones.

En el séptimo día de estancia hospitalaria y primer día de posoperatorio de la amputación, inició con dolor súbito en región epigástrica, tipo cólico, de moderada intensidad. La radiografía de tórax y abdomen no documentaron aire subdiafragmático, solamente leve distensión de asas intestinales. Se catalogó el caso como íleo postquirúrgico.

Paciente continúa siendo valorado periódicamente y se documentó empeoramiento clínico, con taquicardia, distensión abdominal e hipoxemia, con resistencia muscular a la exploración abdominal. La amilaseemia se reportó en 1763 UI/l y las nuevas radiografías revelan aire subdiafragmático. El paciente es llevado a sala de operaciones con diagnóstico de perforación de víscera hueca y pancreatitis aguda. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose perforación del yeyuno por lo cual se realiza resección intestinal con anastomosis del mismo y lavado con revisión de cavidad abdominal.

Al décimo día posoperatorio, se realizó debridación y plastia de las quemaduras periumbilicales, las cuales evolucionaron satisfactoriamente. Se egresó 5 días después en el día N° 21 de internamiento.

El el reporte anatomopatológico de la pieza de yeyuno enviada demostró: *“intestino delgado con necrosis, vasos trombosados y hemorragia, con infiltrado inflamatorio mixto y una perforación de 1,5 x 1 cm”*.

## DISCUSIÓN

Diferentes eventos en el tracto gastrointestinal (TGI) pueden estar presentes en el paciente con trauma térmico, independientemente de la edad<sup>(1-2)</sup>. Las úlceras de *stress* del TGI superior con hemorragia son una entidad bien reconocida en estos pacientes. Con menor frecuencia se puede detectar ulceraciones no específicas del colon, e inclusive la perforación del ciego ha sido reportada por Still *et al* (2) y Ghoneim *et al* (3).

En la literatura se ha reportado diferentes casos de perforación intestinal (4), pero ninguno que haya ocurrido en el contexto de un paciente como el descrito anteriormente. Law *et al* (5) reportaron hemorragia masiva debido a úlceras recto-sigmoideas. Zhou *et al* reportaron 70 pacientes quemados con hemorragia gastrointestinal ocasionados por úlceras, principalmente de estómago y duodeno. Otros autores como Goldstein y Babu (6) y Lescher *et al* (7) han reportado el síndrome de pseudo-obstrucción colónica en pacientes quemados, también conocido como síndrome de Ogilvie descrito en 1948<sup>(8)</sup>.

No se logró documentar una perforación del yeyuno causada directamente por la acción del contacto del mismo con la pared abdominal, específicamente la región umbilical que sufrió una quemadura de III grado como consecuencia de la descarga eléctrica. Consideramos que un diagnóstico e intervención oportunos fueron la clave para que el paciente no evolucionara a la peritonitis las complicaciones evidentes.

## CONCLUSIONES

La perforación intestinal debe ser parte del diagnóstico diferencial en el contexto de un abdomen doloroso en un paciente con quemadura eléctrica por alto voltaje.

Es de vital importancia un examen físico completo diario que incluya la exploración abdominal en todo paciente con quemadura



eléctrica, independientemente del porcentaje de manifestaciones en piel.

El trabajo en equipo debe ser la base de todo centro que maneje quemados con el fin de brindar una mejor calidad de atención a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prasad JK Thomson PD Feller I. *Gastrointestinal hemorrhage in burn patients* Burns 1987;13:194-197
2. Still JM Scheirer RC Law EJ. *Cecal perforation due to colonic ulcer in a burn patient* Burns 1994;20:85-86
3. Ghoneim IE Bang RL. *Caecal perforation in a burn patient.* Burns 1995;21:619-621
4. Lyon DC Sheiner HJ. *Idiopathic rectosigmoid perforation.* Surg Gynecol Obstet 1969;128:991-1000
5. Law E Kanavage C Still JR. *Massive hemorrhage due to rectosigmoid ulcers in a patient with extensive burns* Burns 1992;18:167-169
6. Goldstein HM Babu SS. *Colonic ileus: an atypical form of adinamic ileus.* Jama 1974;230:1008-1009
7. Lescher TJ Teegerden DK Pruitt BA. *Acute pseudo-obstruction of the colon in thermally injured patients.* Dis Colon Rectum 1978;21:618-622
8. Valero J Vázquez A Pousa F Martelo F. *Acute colonic pseudo-obstruction in a burn patient.* Burns 1993;19:538-540

## AGRADECIMIENTOS

A todo el personal que participo directa e indirectamente en la buena evolución del paciente que hoy presentamos