

# ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA O TIFLITIS: CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE NEUTROPÉNICO.

NEUTROPENIC ENTEROCOLITIS OR TYPHLITIS: CAUSE OF ACUTE ABDOMEN IN NEUTROPENIC PATIENT.

E. Moya-Sánchez, L. Fernández-Navarro, V. Medina-Salas

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

## Resumen

La tiflitis es una enterocolitis característica de pacientes inmunodeprimidos y afecta al ciego e íleon terminal. Ocurre como resultado de una lesión en la mucosa de un huésped con deterioro del sistema inmune.

Presentamos un caso de enterocolitis neutropénica (EN) o tiflitis, su evolución y los hallazgos por imagen, resaltando la importancia de reconocerlos para realizar un diagnóstico diferencial adecuado y así aplicar el tratamiento más conveniente.

**Palabras clave:** neutropenia, enterocolitis, tiflitis, fiebre, quimioterapia.

## Abstract

Typhlitis is a characteristic enterocolitis of immunosuppressed patients and it affects the cecum and terminal

ileum. It occurs as a result of a injury in the mucosa in a patient with deterioration of the immune system.

We present a case of neutropenic enterocolitis (EN) or typhlitis, its evolution and the imaging findings, highlighting the importance of recognizing them to perform an adequate differential diagnosis and thus apply the most convenient treatment.

**Keywords:** neutropenia, enterocolitis, typhlitis, fever, chemotherapy.

## Descripción del caso

Paciente de 74 años con antecedentes personales de mieloma múltiple IgA kappa estadio IIIA-DS en tratamiento con lenalidomida, filgastrim, dexametasona, eritropoyetina y hierro oral, que se encuentra en respuesta completa y sin otros antecedentes de interés. Consultó por presentar cuadro progresivo de malestar general, sensación febril no termometrada, náuseas y dolor abdominal intermitente en hipogastrio, acompañado de algún episodio diarreico sin productos patológicos, con rectalgia y tenesmo.

A la exploración se encontró eupneica, con moderada palidez muco-cutánea y signos de candidiasis mucosa oral, abdomen doloroso en hipogastrio, donde presentó signos de

### CORRESPONDENCIA

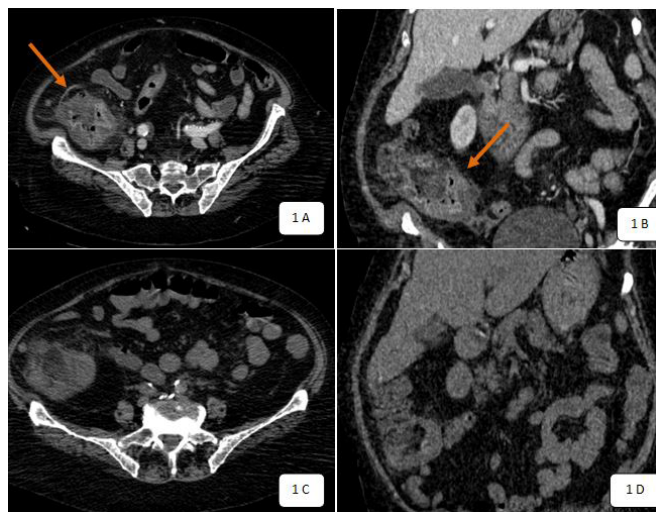
Elena Moya Sánchez  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.  
[elemoya89@gmail.com](mailto:elemoya89@gmail.com)

Fecha de envío: 30/03/2018  
Fecha de aceptación: 29/04/2018

peritonismo. Análiticamente destacó una pancitopenia con disminución de la hemoglobina en sucesivos controles analíticos (6,5 g/dL en el último control) y elevación de PCR (256 nmol/L).

Se realizó una TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso (iv) (**Figuras 1A y 1B**), donde se observó engrosamiento de la pared de ciego y colon ascendente proximal, con realce tras la administración de contraste iv, hipodensidad de la capa submucosa e hiperdensidad de la grasa adyacente, hallazgos compatibles con enterocolitis neutropénica o tiftitis en el contexto clínico y analítico de la paciente; por lo que se instauró tratamiento con antibiótico de amplio espectro y se realizó transfusión de dos concentrados de hemafíes y dos concentrados de plaquetas.

A los trece días se realizó un control analítico donde se observó un aumento de la hemoglobina hasta 9,2 g/dL y se solicitó una nueva prueba de imagen debido a que a pesar del tratamiento antibiótico, la paciente persistió con picos febriles. En esta TC sin contraste iv de control (**Figuras 1C y 1D**), se apreció una reducción marcada del engrosamiento de la pared cecal y una disminución de los cambios inflamatorios de la grasa adyacente, en relación con mejoría radiológica, sin evidencia de complicaciones.



**Figura 1**

1A: TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso (iv), en plano axial, donde se identifica un engrosamiento de la pared de ciego, con realce de la misma, hipodensidad de la submucosa (edema), e hiperdensidad de la grasa adyacente (flecha). Fig. 1B: TC de abdomen y pelvis con contraste iv, en plano coronal, donde se ve la extensión del engrosamiento parietal a colon ascendente proximal (flecha). Fig. 1C y 1 D: TC de abdomen y pelvis sin contraste iv de control a los 13 días tras tratamiento, en plano axial (C) y coronal (D), donde se observa la marcada reducción del engrosamiento de la pared de ciego y colon ascendente y de los cambios inflamatorios de la grasa adyacente con respecto a estudio previo (1A y 1B).

## Discusión

La EN o tiftitis es un proceso inflamatorio que afecta al colon derecho, especialmente al ciego y al íleon terminal en pacientes neutropénicos. Es el resultado de una lesión en la mucosa en un huésped con deterioro del sistema inmune<sup>1</sup>.

Inicialmente se describió en niños tras quimioterapia de inducción para el tratamiento de leucemia, pero posteriormente se ha documentado en adultos asociada a múltiples patologías: leucemia y linfoma, tumores sólidos (mama, pulmón, colon, ovario), tratamiento de artritis reumatoide con sulfasalazina, SIDA y tras trasplante de órganos sólidos y médula ósea<sup>1</sup>.

Los fármacos quimioterápicos implicados en la EN son: paclitaxel, docetaxel, gemcitabina, citosina, arabinosido, vincristina, doxorubicina, ciclofosfamida, 5-fluorouracilo, leucovorina y daunorrubicina<sup>2</sup>.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la EN son la aparición de dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, fiebre, distensión abdominal, diarrea y evidencia de inflamación peritoneal<sup>2,3</sup>.

Se ha postulado que la predilección del proceso por el íleon terminal y el ciego está relacionada con la distensibilidad del ciego y la limitación de aporte del flujo sanguíneo debido a la anatomía vascular<sup>2,4</sup>.

Los hallazgos histológicos consisten en la presencia de edema de la mucosa o de la totalidad de la pared intestinal, ulceración mucosa, hemorragia focal y necrosis mucosa o transmural.

Se han identificado varios microorganismos aislados o en combinación: bacilos gram negativos, cocos gram positivos, enterococos, *Clostridium septicum*, candida y citomegalovirus<sup>1</sup>. Estos sucesos patológicos se traducen en tomografía computarizada (TC) como engrosamiento de un segmento de la pared intestinal, colecciones líquidas pericólicas, estratificación e hiperdensidad de la grasa del meso adyacente, *Pneumosis coli* y regiones hipodensas intramurales debido a edema o necrosis<sup>5</sup>.

Normalmente, la longitud del ciego y del colon derecho afecta por la tiftitis es mucho mayor que en caso de apendicitis. Además, el engrosamiento intestinal en esta última es más asimétrico, mientras que en la tiftitis suele ser circunferencial<sup>3</sup>.

Estos hallazgos, en el contexto clínico adecuado (paciente inmunodeprimido) son muy útiles para realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías inflamatorias colónicas en fosa ilíaca derecha.

Algunas consideraciones básicas desde el punto de vista radiológico son<sup>3</sup>:

Un patrón de realce estratificado en un segmento intestinal con aumento del grosor parietal se utiliza para excluir patologías malignas y es un criterio muy importante para establecer el diagnóstico.

Aunque las condiciones neoplásicas o inflamatorias pueden solaparse en términos de la afectación de la longitud del intestino afecto, esto ayuda a estrechar el diagnóstico diferencial. Con pocas excepciones (linfoma), los segmentos largos patológicos indican una condición benigna.

La estratificación de la grasa desproporcionadamente más severa que el grado de engrosamiento parietal es uno de los hallazgos a favor de enfermedades inflamatorias.

Una gran proporción de casos se han manejado exitosamente con tratamiento médico utilizando soporte hemodinámico, descanso intestinal y antibioterapia de amplio espectro, quedando la cirugía reservada para casos más severos o aparición de complicaciones<sup>2,6</sup>.

## Conclusiones

La EN es una patología inflamatoria característica de pacientes inmunodeprimidos que afecta de forma característica al colon descendente pero también envuelve al íleon terminal y al apéndice.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico pero los hallazgos en técnicas de imagen (TC) son muy sugestivos de esta patología y ayudan a realizar un diagnóstico preciso en el contexto clínico adecuado, por lo que es importante reconocerlos.

## Bibliografía

1. Gluecker TM, Williamson EE, Fletcher JG, Hough DM, Huppert BJ, Carlson SK, Casey MB, Farrel MA. Diseases of the cecum: a CT pictorial review. *Eur Radiol* 2003;13:51-61.
2. Cloutier RL. Neutropenic enterocolitis. *Emerg Med Clin N Am* 2009;27:415-422.
3. Hoeffel C, Crema MD, Belkacem A, Azizi L, Lewin M, Arrivé L, Tubiana JM. *Radiographics* 2006;26:1373-1390.
4. Davila ML. Neutropenic enterocolitis. *Curr Opin Gastroenterol* 2006;22:44-47.
5. Baker ME. Acute infectious and inflammatory enterocolitides. *Radiol Clin N Am* 2013;53:1255-1271.
6. Gorschlüter M, Mey U, Strehl J, Ziske C, Schepke M, Schmidt-Wolf IG, Sauerbruch T, Glasmacher A. Neutropenic enterocolitis in adults: systematic analysis of evidence quality. *Eur J Haematol* 2005;75:1.13