

Abdomen agudo en mujer joven con leucemia aguda no linfoblástica

M. Rodríguez-Calvillo, C. Panizo, J. Rifón, B. Cuesta y E. Rocha

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Clínica Universitaria de Navarra. Universidad de Navarra. Pamplona.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años, diagnosticada de leucemia mieloblástica aguda (M2, FAB), que en el contexto de una situación de aplasia, tras haber recibido tratamiento quimioterápico de inducción a la remisión con daunorrubicina y citarabina, desarrolla un cuadro de mal estado general, fiebre de hasta 39,5° C, deposiciones diarreicas e intenso dolor y distensión abdominal. En la exploración física destacaba la presencia de un signo de Blumberg positivo. Los análisis bioquímicos, así como los coprocultivos realizados, no mostraban anormalidad. En el hemograma destacaba la existencia de 250 leucocitos/mm³, 10,6 g/dl de hemoglobina y 36.000 plaquetas/mm³. Se realizó ecografía abdominal, que no mostraba alteración, y se inició tratamiento con reposo intestinal, analgesia y antibióticos intravenosos de amplio espectro ante la sospecha de que se tratara de un cuadro infeccioso abdominal, dada su situación. En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal realizada al día siguiente del comienzo de los síntomas se demostró la existencia de marcado engrosamiento de la pared del ciego y colon ascendente con signos de edema parietal con morfología «en diana» (figs. 1 y 2).

EVOLUCIÓN

El dolor abdominal fue incrementándose, requiriendo la administración continua de cloruro mórfico, y su situación clínica se deterioró hasta presentar parada cardiorrespiratoria de la que fue recuperada, quedando ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Con el paso de los días y paralelamente al incremento de los leucocitos, su situación mejoró. A los treinta días del comienzo de los síntomas se realizó nueva TAC abdominal, mostrando desaparición de las lesiones y pudo ser dada de alta. Un nuevo ciclo de quimioterapia, de las mismas características que el previo, administrado al cabo de los días, no produjo recurrencia del cuadro intestinal.

DIAGNÓSTICO

Enterocolitis neutropénica.

COMENTARIO

La enterocolitis neutropénica o tiflitis, descrita por primera vez por Wagner en 1970¹, es una colitis aguda necrotizante que se desarrolla principalmente en el ciego en pacientes inmunosuprimidos por tratamientos quimioterápicos, trasplantes o enfermedades como la anemia aplásica o el SIDA²⁻⁴. La incidencia, en series de autopsias de niños con leucemia aguda, varía entre el 10% y el 24%, aunque en la actualidad existe un aumento de la misma debido al uso de quimioterapias más agresivas^{3,5}. Entre los pacientes que han desarrollado un cuadro de tiflitis, la administración de un nuevo ciclo de quimioterapia suele provocar una recidiva del proceso con una frecuencia del 67% al 99% según las series^{3,5}. El mecanismo patogénico sería debido al daño de la barrera epitelial intestinal, inducido por la propia neutropenia, y a su colonización por bacterias que proliferarían intramuralmente. El ciego es la porción intestinal que más se afecta debido a su pobre vascularización y a su gran abundancia en bacterias.

El cuadro clínico varía desde la inflamación focal autolimitada hasta la necrosis y perforación y los síntomas y signos que aparecen son dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal y diarrea. El diagnóstico se basa en los síntomas y hallazgos radiológicos en el contexto de un paciente con neutropenia grave.

El diagnóstico diferencial incluye: colitis pseudomembranosa por *C. difficile* y otras colitis infecciosas, apendicitis, diverticulitis, colitis isquémica, intususpección, enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragia intramural e infiltrado leucémico^{6,7}. Su tratamiento es conservador: sonda nasogástrica para reposo intestinal, antibioterapia de amplio espectro y analgesia, pero a pesar de ello tiene una alta tasa de mortalidad, que oscila entre el 40% y el 50%⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wagner ML, Rosenberg HS, Fernbach DJ, Singleton EB. Typhlitis: a complication of leukemia in childhood. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1970; 109 (2):341-350.
2. Monteiro JA, Martins TV, Morgado A, et al. Typhlitis. *Acta Med Port* 1994; 7 (1):39-41.
3. Ettinghausen SE. Collagenous colitis, eosinophilic colitis and neutropenic colitis. *Surg Clin North Am* 1993; 73 (5):993-1.016.
4. Gavan DR, Hendry GM. Colonic complication of acute lymphoblastic leukaemia. *Br J Radiol* 1994; 67 (797):449-452.
5. Artal A, Espinosa E, García de Paredes ML. Urgencias gastrointestinales en oncología. En: González-Barón M, eds. *Oncología clínica*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1992; 207-209.
6. Ángel CA, Rao BN, Wremm JR, et al. Acute appendicitis in children with leukaemia and other malignancies: still a diagnostic dilemma. *J Pediatr Surg* 1992; 27 (4):476-479.
7. Jones B, Wall SD. Gastrointestinal disease in the immunocompromised host. *Radiol Clin North Am* 1992; 30 (3):555-557.

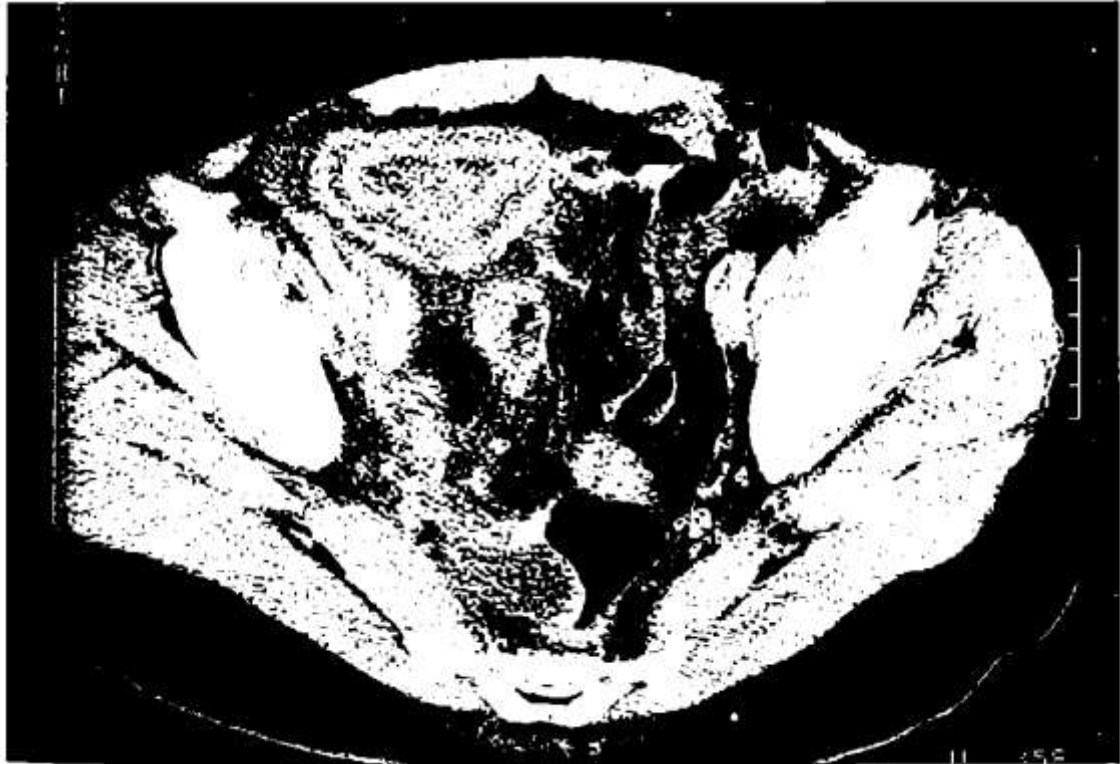


Figura 1. Imagen “en diana” en colon ascendente ocasionada por edema parietal y engrosamiento de las capas de la pared intestinal.



Figura 2. La misma imagen persiste a un nivel abdominal más inferior.