

## Tiflitis en paciente inmunocompetente: diagnóstico radiológico en ausencia de neutropenia y factores clásicos de inmunosupresión

Eva Lumbrera Moreno\*, Esther No Vaquero\*, Víctor Manuel Vega Mateos\*, Marina Ruiz Perona\*.

\* LES. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Eva Lumbrera Moreno. [elumbrera@saludcastillayleon.es](mailto:elumbrera@saludcastillayleon.es)

### RESUMEN

**Introducción y objetivos:** La tiflitis o enterocolitis neutropénica es una inflamación necrotizante del ciego caracterizada por la tríada clásica de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, fiebre y neutropenia. Aunque tradicionalmente se asocia con pacientes inmunocomprometidos, particularmente aquellos con neoplasias hematológicas o en quimioterapia, se han reportado casos excepcionales en pacientes inmunocompetentes.

**Exposición del caso:** Se presenta el caso de una mujer de 47 años, inmunocompetente, que acudió a urgencias por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio irradiado a fosa ilíaca derecha y fiebre. La analítica mostró leucocitosis (12,790/ $\mu$ L) con neutrofilia (7,460/ $\mu$ L) y PCR elevada (10.8 mg/dL). Ante la persistencia del dolor pese al tratamiento analgésico, se realizó tomografía computarizada abdominal que evidenció engrosamiento mural cecal en las inmediaciones de la válvula ileocecal a expensas de edema de submucosa e hiperrealce mucoso, compatible con tiflitis de escasa extensión.

**Diagnóstico y discusión:** Se estableció el diagnóstico de tiflitis en paciente no neutropénica, entidad infrecuente que desafía el paradigma clásico. La paciente fue ingresada para tratamiento conservador con antibioterapia, sueroterapia y analgesia, con evolución favorable. Este caso ilustra la importancia de considerar la tiflitis en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa ilíaca derecha, incluso en ausencia de neutropenia o inmunosupresión.

### PALABRAS CLAVE

Tiflitis, enterocolitis neutropénica, paciente inmunocompetente.

### CASO CLÍNICO

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tiflitis, también conocida como enterocolitis neutropénica, es una entidad clínica caracterizada por inflamación transmural del ciego y colon ascendente [1,2]. Clásicamente se define por la tríada de neutropenia, dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y fiebre [1-5]. La fisiopatología involucra daño mucoso agudo seguido de infección secundaria de la pared intestinal en pacientes inmunosuprimidos, pudiendo progresar a necrosis, perforación y sepsis [6].

La incidencia reportada varía entre 2.6% y 11.6% en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. [4-5] Los factores de riesgo incluyen neutropenia profunda, quimioterapia reciente, mucositis y trasplante de células madre [4-7]. La afectación preferencial del ciego se atribuye a su pobre vascularización y naturaleza distensible [6].

El diagnóstico se establece mediante hallazgos clínicos y radiológicos. [4-5] La tomografía computarizada abdominal es el estudio de elección, mostrando engrosamiento mural colónico, inflamación pericolónica, neumatosis intestinal y ascitis. [4-6-8] Aunque tradicionalmente asociada con inmunosupresión, se han descrito casos excepcionales en pacientes inmunocompetentes, ampliando el espectro clínico de esta entidad.[3]

El tratamiento es predominantemente conservador, basado en antibioterapia de amplio espectro, sueroterapia y reposo intestinal. [5-9] La cirugía se reserva para complicaciones como perforación o necrosis intestinal extensa.[5] La mortalidad puede alcanzar hasta 5% en series pediátricas, relacionándose con la duración de la neutropenia y la severidad del cuadro.[1]

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 47 años que acudió al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal. Entre sus antecedentes personales destacaban dislipemia, déficit de vitamina D, tabaquismo activo, pielonefritis aguda previa y antecedente quirúrgico de cesárea. No refería antecedentes de neoplasias, inmunosupresión ni tratamiento con quimioterapia.

El cuadro clínico se caracterizó por dolor tipo cólico localizado inicialmente en epigastrio con irradiación a fosa ilíaca derecha, acompañado de fiebre termometrada de 38.5°C. La paciente refirió deposición del mismo día de características normales, negando sangrado digestivo, flujo vaginal patológico u otros síntomas acompañantes.

A su llegada a urgencias, los signos vitales mostraron tensión arterial de 122/69 mmHg, frecuencia cardíaca de 86 latidos por minuto y saturación de oxígeno del 96%. La paciente presentaba buen estado general, eupneica en reposo, normocoloreada, bien hidratada y perfundida.

La auscultación cardíaca reveló ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. La auscultación pulmonar evidenció murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. La exploración abdominal mostró peristaltismo conservado, abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca derecha. Se objetivó signo de Blumberg dudoso y puñopercusión renal bilateral negativa. Las extremidades inferiores no presentaban edema ni signos de trombosis venosa profunda.

La analítica sanguínea reveló leucocitos 12,790/ $\mu$ L con neutrófilos 7,460/ $\mu$ L, glucosa 87 mg/dL, creatinina 0.52 mg/dL, sodio 136 mEq/L, potasio 3.7 mEq/L, cloro 101 mEq/L y proteína C reactiva 10.8 mg/dL.

La radiografía de tórax no mostró cardiomegalia, condensaciones ni pinzamiento de senos costofrénicos. La radiografía abdominal no evidenció niveles hidroaéreos, observándose aumento de heces en marco cólico.

Ante la persistencia del dolor en fosa ilíaca derecha a pesar del tratamiento analgésico intravenoso administrado durante su estancia en urgencias, se decidió completar el estudio con pruebas de imagen. Inicialmente se solicitó ecografía abdominal para descartar apendicitis aguda, pero estando la paciente en el servicio de radiología, se procedió a realizar tomografía computarizada abdominal.

El informe tomográfico describió engrosamiento mural cecal en las inmediaciones de la válvula

ileocecal a expensas de edema de la submucosa e hiperrealce mucoso, hallazgos compatibles con tiftitis de escasa extensión. No se evidenció afectación de la grasa locorregional. El apéndice cecal presentaba amplia longitud con características normales, descartándose apendicitis aguda. Otros hallazgos incluían sigma redundante, abundante cantidad de heces en marco colónico, esteatosis hepática moderada e hiperplasia suprarrenal bilateral. El resto del estudio no mostró hallazgos de interés diagnóstico [imagen 1 y 2].

Tras los hallazgos obtenidos en la tomografía computarizada, se estableció el diagnóstico de tiftitis y se decidió el ingreso hospitalario en el servicio de digestivo para manejo conservador. El tratamiento instaurado consistió en piperacilina-tazobactam, sueroterapia y tratamiento analgésico.

## DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El presente caso ilustra una presentación atípica de tiftitis en una paciente inmunocompetente sin neutropenia, desafiando el paradigma clásico de esta entidad [3]. Tradicionalmente, la tiftitis se ha considerado una complicación exclusiva de pacientes inmunocomprometidos, particularmente aquellos con neoplasias hematológicas sometidos a quimioterapia intensiva [1-2-6]. Sin embargo, estudios recientes han documentado casos excepcionales en pacientes sin inmunosupresión evidente [3].

McCarville et al. reportaron que el 12% de los pacientes con tiftitis en su serie no presentaban neutropenia, sugiriendo que la ausencia de neutropenia no excluye el diagnóstico [4]. Abu-Hilal y Jones describieron el primer caso documentado de tiftitis en un paciente de 72 años no inmunocomprometido, estableciendo un precedente importante [3]. Nuestro caso se suma a esta evidencia emergente, ampliando el espectro clínico de la tiftitis hacia poblaciones previamente no consideradas en riesgo.

La presentación clínica de nuestra paciente fue consistente con la literatura, manifestando la tríada parcial de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y fiebre [1-4]. Los síntomas más frecuentemente reportados incluyen dolor abdominal (91%), fiebre (84%), sensibilidad abdominal (82%) y diarrea (72%) [4]. Aunque nuestra paciente no presentó diarrea, el dolor localizado en fosa ilíaca derecha y la fiebre inicial orientaron hacia patología del cuadrante inferior derecho, siendo la apendicitis aguda el principal diagnóstico diferencial [6].

Los hallazgos tomográficos fueron determinantes para el diagnóstico. El engrosamiento mural cecal con edema de submucosa e hiperrealce mucoso son hallazgos característicos de tiflitis [4-6-8]. La tomografía computarizada es el estudio de elección, con hallazgos típicos que incluyen engrosamiento mural colónico ( $\geq 3$  mm), inflamación pericolónica, neumatosis intestinalis y ascitis.[4-6-8] En nuestro caso, la ausencia de afectación de grasa locorregional y la extensión limitada del proceso sugieren un estadio temprano de la enfermedad, lo que podría explicar la evolución favorable con tratamiento conservador.

La decisión terapéutica de manejo conservador con antibioticoterapia de amplio espectro se fundamenta en la evidencia que demuestra que la mayoría de los pacientes (93%) responden favorablemente sin necesidad de intervención quirúrgica [5]. La elección de piperacilina-tazobactam como antibiótico empírico es apropiada, dado su amplio espectro que incluye cobertura contra bacterias gram-negativas y anaerobios, microorganismos frecuentemente implicados en la patogénesis de la tiflitis [10]. Este antibiótico está específicamente indicado para infecciones intraabdominales, incluyendo apendicitis complicada y peritonitis [10].

La fisiopatología de la tiflitis en pacientes no neutropénicos permanece incompletamente comprendida. Se postula que el daño mucoso inicial, seguido de infección bacteriana secundaria en un contexto de alteración de la barrera mucosa del colon derecho, podría ser suficiente para desencadenar el proceso inflamatorio, incluso en ausencia de neutropenia profunda [6-9]. Factores locales como la pobre vascularización del ciego y su naturaleza distensible podrían contribuir a su vulnerabilidad [6].

Los factores de riesgo identificados en la literatura incluyen mucositis, trasplante de células madre, quimioterapia reciente, neutropenia prolongada y presencia de infecciones adicionales [7-11]. Aunque nuestra paciente no presentaba estos factores de riesgo clásicos, es importante considerar que el tabaquismo activo podría haber contribuido a alteraciones en la microcirculación intestinal, aunque esta asociación requiere mayor investigación.

El pronóstico de la tiflitis depende fundamentalmente de la duración de la neutropenia, la presencia de fiebre, la sensibilidad abdominal y el grosor de la pared intestinal [1-4]. La mortalidad reportada varía entre 0% y 5% en series pediátricas, con mayor riesgo en pacientes con neutropenia prolongada y complicaciones como perforación intestinal [1-5]. En pacientes no neutropénicos

tratados conservadoramente, el pronóstico tiende a ser favorable, como se evidenció en el caso reportado por Abu-Hilal y Jones [3].

Las complicaciones potenciales incluyen perforación intestinal, necrosis colónica extensa, sepsis por gram-negativos y sangrado digestivo [1-5]. La intervención quirúrgica debe reservarse para casos con complicaciones específicas o cuando no se puede excluir razonablemente otra patología quirúrgica [5]. En nuestro caso, la ausencia de signos de perforación, peritonitis difusa o deterioro clínico justificó el manejo conservador.

Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha para tiflitis en pacientes con dolor en fosa ilíaca derecha y fiebre, incluso en ausencia de neutropenia o inmunosupresión evidente [3-9]. La tomografía computarizada abdominal debe considerarse en pacientes con dolor persistente a pesar del tratamiento analgésico, permitiendo un diagnóstico preciso y la exclusión de otras patologías quirúrgicas como apendicitis aguda [4-8].

Las limitaciones de este reporte incluyen la ausencia de seguimiento a largo plazo y la falta de estudios microbiológicos específicos que pudieran haber identificado el agente etiológico. Estudios prospectivos son necesarios para caracterizar mejor la tiflitis en pacientes no neutropénicos y establecer guías de manejo específicas para esta población [11].

## BIBLIOGRAFIA

- 1.Koca Yozgat A, Kilçik RD, Çetin S, et al. Critical complication in childhood leukemia: neutropenic enterocolitis, risk factors, and outcomes. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2025.
- 2.Ufuk F, Bulgurcu E, Sari T. COVID-19-associated pancytopenia and typhlitis. *Am J Emerg Med*. 2021.
- 3.Abu-Hilal MA, Jones JM. Typhlitis: is it just in immunocompromised patients? *Med Sci Monit*. 2008.
- 4.McCarville MB, Adelman CS, Li C, et al. Typhlitis in childhood cancer. *Cancer*. 2005.
- 5.Mullassery D, Bader A, Battersby AJ, et al. Diagnosis, incidence, and outcomes of suspected typhlitis in oncology patients: experience in a tertiary pediatric surgical center in the United Kingdom. *J Pediatr Surg*. 2009.

6.Morgan C, Tillett T, Braybrooke J, Ajithkumar T. Management of uncommon chemotherapy-induced emergencies. *Lancet Oncol.* 2011.

7.Moran H, Yaniv I, Ashkenazi S, et al. Risk factors for typhlitis in pediatric patients with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2009.

8.Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. *Radiology.* 2006.

9.Urbach DR, Rotstein OD. Typhlitis. *Can J Surg.* 1999.

10.Food and Drug Administration. Piperacillin and tazobactam [Internet]. FDA; 2024 Aug 23.

11.Deveci B, Kublashvili G, Yilmaz S, et al. Investigation of typhlitis in bone marrow transplant patients in a stem cell transplant unit. *Medicine (Baltimore).* 2022.

## TABLAS Y FIGURAS



**Imagen 1 y 2.** Engrosamiento mural cecal en las inmediaciones de la válvula ileocecal a expensas de edema de la submucosa e hiperrealce mucoso.