

Manifestación atípica de infección por «*Salmonella enteritidis*»

M. Centeno Jiménez, S. Fernández Fernández, A. González Vergaz
Servicio de Pediatría. Hospital «Severo Ochoa». Leganés (Madrid)

Resumen

Es ampliamente conocido que la manifestación clínica más común de la infección por *Salmonella enteritidis* es la diarrea enteroinvasiva. Sin embargo, deberíamos tener presentes otras formas de presentación gastrointestinal menos frecuentes, en las que el dolor abdominal es selectivo y no siempre la diarrea es el síntoma principal. Éste es el caso de la ileítis terminal de causa infecciosa.

La ileítis infecciosa es la infección del íleon terminal y ciego causada fundamentalmente por *S. enteritidis*, *Yersinia enterocolitica* y *Campylobacter jejuni*. Clínicamente, se presenta como dolor selectivo en el cuadrante inferior derecho, habitualmente con diarrea escasa o ausente, síntomas que pueden simular una apendicitis aguda. La ecografía abdominal es una técnica inocua y que suele ser válida para la discriminación entre ambas entidades a fin de evitar cirugías innecesarias¹. Presentamos un caso de ileítis infecciosa por *S. enteritidis*, destacando los hallazgos ecográficos sobre los que se estableció dicho diagnóstico.

Palabras clave

Salmonella enteritidis, ileítis infecciosa

Abstract

Title: Atypical presentation of infection by *Salmonella enteritidis*

It is widely known that the commonest clinical manifestation of infection by *Salmonella enteritidis* is diarrhea produced by this enteroinvasive pathogen. Nevertheless, we should not forget other less frequent forms of gastrointestinal presentation, such as terminal ileitis due to infection, in which abdominal pain rather than diarrhea can be the major symptom.

One of these is bacterial ileocectitis. *S. enteritidis*, *Yersinia enterocolitica* and *Campylobacter jejuni* may specifically infect the ileocecal area. In these patients, right lower abdominal pain is the predominant symptom and diarrhea is frequently absent or only mild, symptoms that can mimic appendicitis. Ultrasound is a noninvasive technique that usually helps to distinguish between these two entities and, thus, to prevent an unnecessary laparotomy. We report the case of a child with bacterial ileitis caused by *S. enteritidis*, with special attention to the ultrasound findings that led to the definitive diagnosis.

Keywords

Salmonella enteritidis, bacterial ileitis

Introducción

Una de las causas más frecuentes de diarrea enteroinvasiva en la población infantil es la infección por *Salmonella enteritidis*. Sin embargo, es menos conocido que ese mismo patógeno puede producir inflamación del área ileocecal o de los ganglios linfáticos de la zona y generar un cuadro clínico de dolor en la fosa iliaca derecha que puede simular una apendicitis aguda. En muchas ocasiones, la historia clínica, la exploración física y los tests de laboratorio son semejantes en ambas patologías, siendo la ecografía abdominal una técnica útil e inocua para poder discriminar entre ambas entidades y evitar así apendicectomías innecesarias.

Caso clínico

Niña de 11 años que acude al servicio de urgencias pediátricas por un cuadro de 3 días de evolución de deposiciones blandas sin productos patológicos, vómitos esporádicos, dolor abdominal

periumbilical de tipo cólico y fiebre de hasta 38,5 °C. En las últimas horas refiere intensificación del dolor abdominal, vómitos biliosos y empeoramiento del estado general.

Entre los antecedentes personales, destaca la presencia de episodios recurrentes de abdominalgia sin alteración del ritmo intestinal, pérdida de peso ni otros signos de organicidad, con estudio analítico y ecográfico previo normal.

La paciente no presenta antecedentes familiares de enfermedades gastrointestinales.

En la exploración física se evidencia afectación del estado general, con intensa palidez cutánea, aunque buena hidratación y perfusión periférica. En la exploración abdominal, se aprecia dolor ante la palpación selectiva en la fosa iliaca derecha, sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal y con aumento de los ruidos hidroaéreos. No se palpan masas ni megalias y el tacto rectal no es doloroso. El resto de la exploración física por aparatos resulta normal.

A su llegada, se le realizan las siguientes pruebas complementarias: hematimetría, en la que se observa neutrofilia del 84% sin leucocitosis, aunque con importante aumento de los reactantes de fase aguda (PCR: 174 mg/L, VSG: 42 mm/1.^a hora) y 3% cayados en el frotis; bioquímica y gasometría venosa normales. Se recoge asimismo hemocultivo, coprocultivo, estudio de parásitos en heces y serología a *Yersinia enterocolitica*.

Ante la clínica persistente de dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, se realiza como prueba de imagen una ecografía abdominal, que revela engrosamiento simétrico de la mucosa del íleon terminal, con falta del peristaltismo y aumento de la vascularización. La grasa periférica es normal y existe inflamación de los ganglios mesentéricos. Los pliegues cecales aparecen asimismo ligeramente prominentes, sin que se pueda visualizar el apéndice. Estos hallazgos fueron diagnósticos de ileítis o ce-coileítis (figura 1). El estudio se completa con un Mantoux.

Ante la afectación del estado general de la paciente, se decide su ingreso con sueroterapia intravenosa y dieta absoluta, iniciando tolerancia oral pocas horas después. Al cabo de 48 horas, se recibe el resultado de coprocultivo positivo a *S. enteritidis*, confirmando la sospecha diagnóstica inicial de ileítis infecciosa.

La evolución clínica fue satisfactoria, cesando el dolor abdominal y la fiebre y normalizándose las deposiciones con el paso de los días, tanto en número como en consistencia. Los controles analíticos realizados durante el ingreso mostraron mejoría progresiva de los reactantes de fase aguda, y el hemocultivo, los parásitos en heces y la serología a *Yersinia* fueron negativos. El Mantoux fue asimismo negativo.

Tras el alta, se realiza seguimiento de la paciente en consultas de gastroenterología infantil, con control ecográfico normal 3 semanas después del ingreso, evidenciándose únicamente pequeñas adenopatías mesentéricas.

Durante su seguimiento, la paciente ha permanecido asintomática, sin nuevos episodios de dolor abdominal y con ritmo intestinal normal.

Discusión

Salmonella es un bacilo gramnegativo no encapsulado perteneciente a la familia *Enterobacteriaceae*. La infección por *Salmonella* no tifoidea se contrae habitualmente con la ingestión de agua o alimentos contaminados o por el contacto con animales o humanos infectados. Una vez contraída la infección, puede ocasionar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde portador asintomático hasta bacteriemia o infecciones focales (como meningitis y osteomielitis), siendo sin duda la gastroenteritis aguda la forma clínica más habitual¹.

La ileítis infecciosa es la inflamación selectiva del área ileocecal producida sobre todo por *S. enteritidis*, *Y. enterocolitica*² y *Campylobacter jejuni*. Una vez instaurada la infección por estos gérmenes, se suele producir una migración de neutrófilos a la mucosa intestinal de manera difusa, aunque en la ileítis se afecta selectivamente el área ileocecal.

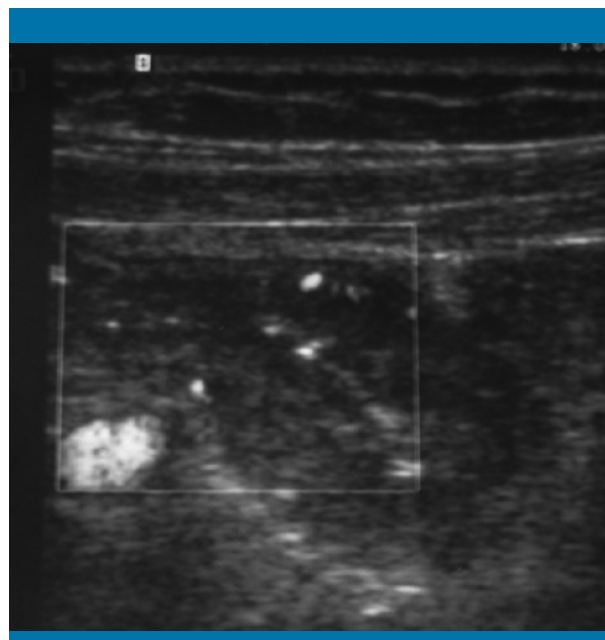


Figura 1.

La importancia de esta entidad radica en el solapamiento clínico con la apendicitis aguda, siendo el síntoma principal de ambas patologías el dolor abdominal irradiado a la fosa iliaca derecha, con diarrea escasa o ausente. Por este motivo, y aunque no se conoce con exactitud la frecuencia de la ileítis infecciosa, se sabe que es una entidad infradiagnosticada, debido fundamentalmente a la realización de apendicectomías innecesarias. La dificultad diagnóstica radica, como hemos indicado, en el solapamiento de síntomas entre ambas patologías y, aunque pueden existir algunas diferencias clínicas o analíticas, la prueba idónea para establecer el diagnóstico diferencial es la ecografía abdominal. Las diferencias clínicas son las siguientes: el dolor abdominal en la ileítis tiene características cólicas, frente al dolor continuo de la apendicitis evolucionada; la diarrea suele ser leve o estar ausente, aunque es posible la presencia de diarrea profusa en algunos casos de ileítis infecciosa, y la sensibilidad ante la palpación en la fosa iliaca derecha es menor que en la apendicitis aguda. Las diferencias analíticas son leucocitosis menos intensa que en la apendicitis aguda y mayor elevación de la velocidad de sedimentación³.

La imagen ecográfica típica de la ileítis terminal es la de un aumento simétrico de la pared intestinal en el área ileocecal a expensas de la mucosa, sin afectación de la capa muscular ni de la grasa periférica. Es asimismo frecuente el hallazgo de inflamación de los ganglios mesentéricos perileales⁴.

Aun siendo la ecografía la prueba idónea para establecer el diagnóstico, la diferenciación con la apendicitis aguda no siempre es tarea sencilla. Así, en los casos de no visualización del apéndice y ante la posibilidad de hallarse ante una apendicitis aguda evolucionada con inflamación del área ileocecal, la ausencia de

afectación de la grasa perileal y la inflamación de los ganglios mesentéricos de la zona permitirán el diagnóstico de ileítis.

La ausencia de afectación de la capa muscular, así como de la grasa periférica, y la visión de la válvula ileocecal en corte axial establecen el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn.

Existen en la bibliografía múltiples referencias a la ileítis producida por *Salmonella*, *Campylobacter* y, sobre todo, *Y. enterocolitica*, aunque la mayoría de los estudios son retrospectivos tras apendicectomías⁵ debido a la escasa sospecha en el momento del diagnóstico inicial, fundamentalmente por ausencia de diarrea. No obstante, mencionaremos un interesante estudio prospectivo⁶ en el que se examinan 533 pacientes con sospecha de apendicitis aguda, el 11,4% de los cuales presentaba características de infección ileocecal con diagnóstico ecográfico, por lo que no se realizó la laparotomía programada.

En cuanto al tratamiento, sólo es preciso el mantenimiento sintomático, ya que la infección es autolimitada. Al igual que en la gastroenteritis aguda, únicamente será necesario administrar antimicrobianos en personas con mayor peligro de mostrar enfermedad invasiva (lactantes menores de 3 meses, niños con enfermedad crónica gastrointestinal, cánceres, hemoglobinopatías, infección por VIH y otros cuadros o tratamientos inmunosupresores). Los antibióticos recomendados para estos casos son: ampicilina, amoxicilina, trimetoprim-sulfametoxazol, cefotaxima o ceftriaxona.

En resumen, queremos señalar que, aunque infrecuente, la ileítis terminal es una manifestación de la infección por *Salmonella* que puede ser indistinguible de una apendicitis aguda desde el punto de vista clínico. La ausencia de diarrea en momentos iniciales hace difícil su diagnóstico, pudiéndose realizar apendicectomías innecesarias. La ecografía abdominal es una técnica inocua que puede ayudarnos a discriminar ambas entidades, así como otras causas de ileítis, como la enfermedad de Crohn. ■

Bibliografía

1. Pickening LK, Baker CJ, Overturf GD, Prober CG. Salmonella infección. Red Book. 2003: Enfermedades infecciosas en pediatría, 26.ª ed. Médica Panamericana; 593-599.
2. Sojo Aguirre A, Álvarez Pitti J, Morteruel Arizkuren E, García González S, Ruiz Manzanal I, Arginzoniz Marzana JM, et al. Ileítis terminal por Yersinia enterocolitica en lactantes. An Pediatr (Barc). 2005; 63: 555-557.
3. Puylaert JBCM, Van der Zant FM, Mutsaers JAEM. Infectious ileocecalitis caused by Yersinia, Campylobacter and Salmonella: clinical, radiological and US findings. Eur Radiol. 1999; 7: 3-9.
4. Puylaert JBCM. Ultrasound of acute GI tract conditions. Eur Radiol. 2001; 11: 1.867-1.877.
5. Van Noyen R, Sciderslaghs R, Bekaert J, Wauters G, Vandepitte J. Causative role of Yersinia and other enteric pathogens in the appendicular syndrome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1991; 10: 735-741.
6. Puylaert Reinoud JBCM, Vermeijden Sjoerd J, Van der Werf DJ, Doornbos L, Koumans RKJ. Incidence and sonographic diagnosis of bacterial ileocaecitis masquerading as apendicitis. Lancet. 1998; 8: 84-88.