



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/4324 - ILEÍTIS INFECCIOSA

P. de Marcos López^a, A. García Antuña^b, C. Rodríguez Valles^a y D. Palma^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. Asturias.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Felguera. Langreo.

^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 54 años con los siguientes antecedentes: fumadora 6 cig/día. Hipotiroidismo. Tratamiento: Eutirox 50 µg 1-0-0. Acude a su MAP por malestar general, sensación nauseosa y dolor abdominal generalizado de 1 mes de evolución, en ésta última semana se ha hecho más intenso, acompañado de poliuria y una molestia continua en hipogastrio y FID, con exacerbaciones tipo cólico y deposiciones más blandas. Ante la sospecha de ITU se realiza tira de orina en AP con leucocitos y nitritos +, pautando tratamiento antibiótico con Monurol 3 g 2 sobres. A la semana, acude de nuevo con empeoramiento de la clínica por lo que se decide su derivación a Urgencias. En Urgencias se realiza eco abdominal, dónde se observa una ileítis, por lo que se decide su ingreso en Digestivo. Tras la realización de más pruebas, entre ellos los del TC y ileocolonoscopia se diagnostica de ileítis de etiología probablemente infecciosa. Se le pautó tratamiento antibiótico con ciprofloxacino + metronidazol con muy buena evolución.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,9 °C. TA: 94/61. FC: 62 lpm. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en FID, sin palpar masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Peristalsis aumentada. Bioquímica, hemograma y coagulación normal. PCR 174. Eco abdominal: engrosamiento de la mucosa tanto del ciego como del íleon terminal, con válvula ileocecal edematosa, a valorar proceso inflamatorio local inespecífico. TC abdominal: adenopatías y proceso inflamatorio en la región ileocecal a descartar proceso infeccioso vs EII. Ileocolonoscopia: se observa una mucosa edematosa eritematosa y úlceras grandes cubiertas de fibrina, tomándose biopsia. Válvula ileocecal edematosa, eritematosa y con fibrina.

Orientación diagnóstica: Ileítis de origen infeccioso.

Diagnóstico diferencial: Ileítis. Enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: Existen diferentes causas de ileítis aguda, las más frecuentes son las infecciones y la enfermedad de Crohn. Las ileítis infecciosas suelen estar provocadas por la Yersinia, la Salmonella y el Campylobacter; también por el Anisakis. Un posible agente productor de ileítis son los fármacos tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Bibliografía

1. Bernstein CN, Fried M, Krabshuis JH, et al. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010.

Palabras clave: Ileítis. ITU. Enfermedad inflamatoria intestinal.