

PRESENTACIÓN DE CASO

Hiperplasia linfoide de íleon terminal, presentación de un caso **Lymphoid hyperplasia of the terminal ileum, a case report**

Autor: Dr. Arley Fajardo Ochoa*, Dra. Mariela González Acosta**, Dra. Migdalia Leyva Peña***.

* Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Mártires de Las Tunas, Las Tunas. Cuba.

** Especialista de I Grado de Pediatría. Profesor asistente. Hospital Pediátrico Provincial Mártires de Las Tunas, Las Tunas. Cuba.

*** Especialista de II Grado de Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Mártires de Las Tunas, Las Tunas. Cuba.

Correspondencia a:

Dr. Arley Fajardo Ochoa

Correo electrónico: afo@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de un adolescente masculino de 16 años de edad que acudió a la consulta por dolor abdominal recurrente, localizado en la fosa ilíaca derecha, el cual había recibido tratamiento sintomático con antiespasmódicos y antiparasitarios sin lograr mejoría del dolor, por lo que fue remitido a la consulta de Gastroenterología donde se le realizaron exámenes complementarios que evidenciaron la existencia de una patología en el íleon terminal, se remitió al Instituto de Gastroenterología, donde se le realizó una colonoscopia y se le diagnosticó una hiperplasia linfoide severa de Íleon terminal que con el tratamiento higiénico dietético, se logró disminuir la frecuencia y la intensidad del dolor, sin embargo en las colonoscopías evolutivas se observó un incremento en la intensidad y la extensión de la hiperplasia por lo que se le indicaron exámenes endoscópicos e histológicos cada seis meses, llama la atención que a pesar de la severidad del cuadro, nunca se ha observado ningún episodio de sangrado digestivo que es la forma de presentación más frecuente de esta entidad.

Palabras clave: HIPERPLASIA LINFOIDE; DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE; COLONOSCOPIA.

Descriptores: ENFERMEDADES DEL ÍLEON; COLONOSCOPIA; DOLOR ABDOMINAL.

ABSTRACT

A case of a 16-year-old male patient is presented, who came to the doctor's office with recurrent abdominal pain in the right iliac fossa. He had had a symptomatic treatment with antispasmodic and antiparasitic drugs without pain improvement, therefore he was referred to the Gastroenterology Department where investigations were performed making evident the existence of a disease in the terminal ileum. The patient was referred to the Institute of Gastroenterology where a colonoscopy was performed and a diagnosis of severe lymphoid hyperplasia of the terminal ileum was made. The hygienic and dietetic treatment diminished the pain frequency and intensity. However, follow-up colonoscopies showed an increase in the intensity and size of the hyperplasia and therefore endoscopic and histological exams every six months were ordered. It is important to point out that, in spite of the severity of the case, there has never been a digestive bleeding episode which is the most frequent presentation form of this condition.

Key words: LYMPHOID HYPERPLASIA; RECURRENT ABDOMINAL PAIN; COLONOSCOPY.

Descriptors: ILEAL DISEASES; COLONOSCOPY; ABDOMINAL PAIN.



INTRODUCCIÓN

Apley en 1958 definió el Dolor Abdominal Recurrente (DAR) como la existencia de, al menos, tres episodios de dolor abdominal durante un periodo no inferior a tres meses, de intensidad suficiente para interferir con las actividades normales diarias del niño.(1)

Avances científicos han permitido el desarrollo del diagnóstico y tratamiento del Dolor Abdominal Crónico (DAC). En un porcentaje elevado (90%) de los pacientes no existen anomalías demostrables, ni estructurales, ni bioquímicas y se considera dolor abdominal funcional; en el 10% aproximadamente, se puede demostrar algún tipo de alteración orgánica. (2)

El DAC persiste como una molestia frecuente en niños y adolescentes y explica gran número de visitas a pediatras y gastroenterólogos. Aproximadamente entre un cuatro y un 25% de los niños en edad escolar se quejan de DAC. El gran avance en el campo de la gastroenterología, proporcionado por el perfeccionamiento continuo de procedimientos endoscópicos, ha permitido la identificación precisa de muchos trastornos del tubo digestivo. Ahora puede utilizarse la endoscopia digestiva, junto con procedimientos radiográficos, para establecer de manera adecuada un diagnóstico en la mayoría de los pacientes con DAC. (3)

En la experiencia del servicio de pediatría del Instituto Nacional de Gastroenterología, en la realización de la colonoscopia, los diagnósticos más frecuentes fueron los pólipos, la hiperplasia linfoide del colon e íleon terminal, las colitis inespecíficas, las enfermedades inflamatorias del colon y las lesiones vasculares del colon, no obstante en un número importante de pacientes este proceder fue normal. Las causas más frecuentes de sangramiento rectal fueron los pólipos, la hiperplasia linfoide, la colitis ulcerativa y las lesiones vasculares, esto se comporta de manera similar en todos los servicios de colonoscopia pediátrica del país. (4)

En la provincia de Las Tunas, existe un servicio de Gastroenterología pediátrica y desde el año 2006 se inició el servicio de colonoscopia, lo que ha permitido realizar el proceder a pacientes que anteriormente tenían que ser remitidos a otras instituciones para llegar al diagnóstico definitivo de su enfermedad.

El comportamiento de los resultados de los estudios endoscópicos es similar al del resto del país, primando las inflamaciones crónicas inespecíficas o mucosas de aspecto normal para el caso del DAC y en relación al sangrado digestivo bajo, en primer lugar, los pólipos intestinales y en menor frecuencia la colitis ulcerativa, la hiperplasia linfoide y las hemorroides.

En el caso que nos ocupa de un paciente con DAC, al que se le diagnosticó una hiperplasia linfoide severa

de íleon terminal que, en algún momento se pensó en la posibilidad de un linfoma intestinal y motivó el seguimiento endoscópico e histológico cada seis meses, sin haber presentado nunca un episodio de sangrado rectal; porque no es común esa localización que se prolongue durante mucho tiempo sin extenderse al colon, es que nos motivamos a presentar este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente masculino, de 16 años de edad, raza blanca, procedencia urbana, con antecedentes de ser epiléptico y por ello lleva tratamiento regular con carbamazepina y seguimiento por neurología. Hace alrededor de dos años comenzó a presentar dolor abdominal que al inicio era difuso, pero posteriormente se localizaba en la fosa ilíaca derecha, que le aparecía esporádicamente, se acompañaba de distensión gaseosa ligera aliviándosele espontáneamente, todo esto aparecía de forma recurrente, pero como duraba poco y no interfería con las actividades del niño, solo acudían a los consultorios de su área donde le indicaban tratamientos con antiparasitarios, los cuales no modificaron la evolución de la enfermedad. Posteriormente el dolor aumentó en intensidad y frecuencia y comenzó a interferir con la asistencia a clases, fundamentalmente a las de educación física, por lo que fue remitido a la consulta de gastroenterología del Hospital Pediátrico "Mártires de Las Tunas", para continuar su estudio. Al realizarle un examen físico exhaustivo del abdomen, se encontró una masa de consistencia blanda, localizada en planos profundos de la fosa ilíaca derecha, muy dolorosa a la palpación, se le indicaron exámenes complementarios, entre ellos uno de rayos X de tránsito intestinal donde se observó rigidez marcada, de aproximadamente los últimos diez centímetros del íleon terminal, con estrechamiento de su luz. Fue remitido al Instituto Nacional de Gastroenterología para realizarle una colonoscopia y se diagnosticó una hiperplasia linfoide severa de íleon terminal, la cual fue confirmada mediante estudio histológico. La severidad del cuadro y la posible evolución del paciente a una lesión maligna preocuparon a los integrantes del equipo multidisciplinario que lo atendía y en la actualidad se le realiza seguimiento endoscópico e histológico cada seis meses. Ha presentado una evolución clínica favorable.

Datos de interés al examen físico

Mucosas: Húmedas y normo coloreadas.

Piel: De aspecto y textura normales.

Pelo: Abundante, con brillo adecuado.

Dientes sanos, sin pérdida del esmalte, no presencia de caries dentales.

Abdomen: Plano, que sigue los movimientos respiratorios, sin tumoraciones visibles ni cicatrices, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, de forma difusa, pero más acentuado en la fosa ilíaca derecha y región infra umbilical, donde se palpaba un empastamiento con discreto endurecimiento, que sin tener reacción peritoneal, era muy doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos normales.

Resultados de los exámenes complementarios

HB: 154 g/l.

Eritrosedimentación: 15 mm hg.

Glicemia: 5 mmol/l.

TGP: 21 U/I.

TGO: 16 U/I.

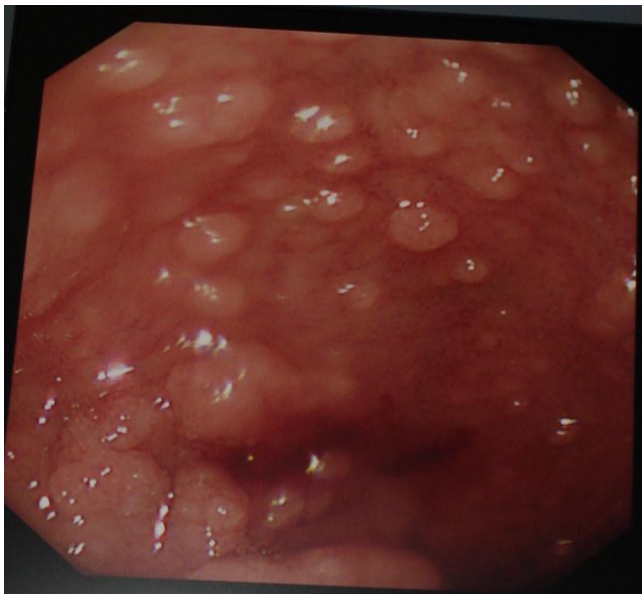
Creatinina: 68 mmol/l.

Ultrasonografía abdominal: Hígado, bazo, vesícula, área pancreática y ambos riñones de aspecto sonográfico normal, no líquido libre en cavidad abdominal.

Rx de tránsito intestinal: Signos de duodenitis post-bulbar, aceleración de la velocidad del tránsito, se observa rigidez del íleon terminal con un estrechamiento de la luz del órgano, de alrededor de cinco centímetros, cercano a la válvula íleo-cecal.

Colonoscopia: Hiperplasia linfoide severa del íleon terminal, mucosa del colon de aspecto normal en visión retrógrada, se observaron gran cantidad de oxiuros (**Figura 1**).

FIGURA 1:Hiperplasia linfoide severa de íleon terminal



Nótese la válvula íleo-cecal deformada por folículos de gran tamaño que imposibilitan observar el patrón vascular de la mucosa.

Biopsia de íleon: Hiperplasia linfoide severa de íleon terminal con lesión linfoepitelial focal.

Se sugiere dar seguimiento dentro de seis meses.

DISCUSIÓN

Es importante enfatizar en el hecho de que este paciente a pesar de ser un caso atípico, con una enfermedad poco frecuente, nunca dejó de presentar dolor y se puso en contacto con los servicios de atención primaria de salud en múltiples ocasiones, siendo tratado en todas como una parasitosis intestinal, sin profundizar en la aplicación de los recursos semiológicos y semiotécnicos que ofrece el método clínico; ya que el dolor originado por parásitos, debe desaparecer después del tratamiento antiparasitario y nunca genera una inflamación tal que pueda ser palpada a través de la pared intestinal, como ocurrió con este adolescente; a quien desde la primera vez que fue examinado en la consulta, se pudo ubicar con exactitud la localización de una zona de empastamiento rígido y doloroso en la fosa iliaca derecha, lo que hizo pensar en alguna patología del ciego o íleon terminal, que posteriormente fue confirmado por la radiografía y la colonoscopia. Cuando se llegó al ciego y se observó una mucosa normal, no se retiró el videoendoscopio hasta atravesar la válvula ileoceal y de esa manera acceder al íleon donde se encontraron los nódulos hiperplásicos que se observan en la **figura 1**, el paciente tenía una parasitosis concomitante, cuyas formas adultas fueron observadas durante el proceder y esto favorecía la perpetuidad del dolor, pero no era la principal causa del mismo.

La hiperplasia linfoide es un proceso benigno cuya única importancia es el diagnóstico diferencial con los pólipos epiteliales, los cuales a través de displasias (evolución nuclear hacia el carcinoma) cada vez más intensas pueden acabar en carcinoma, en tanto que los pólipos hiperplásicos como los inflamatorios no conllevan tal posibilidad. Sin embargo causan síntomas semejantes, ya que producen hemorragias cuando el epitelio de revestimiento se desprende, generalmente por roces ya que en el colon suelen localizarse, en su porción terminal o anorectal y causa hemorragias en la defecación. Si se sitúan en intestino delgado no es tan fácil esta posibilidad y generalmente sólo se descubren ocasionalmente, a través de una exploración por otros motivos. (5-8) En este paciente, como no fue en colon, esta puede ser la causa de que no haya tenido sangrado y lo que lo hace ser un caso interesante es el hecho de que el síntoma que lo caracterizó fue el dolor abdominal.

CONCLUSIONES

Este caso con diagnóstico oportuno y seguimiento clínico, endoscópico e histológico, demuestra la importancia de la aplicación del método clínico en la práctica diaria para el monitoreo y control de

enfermedades que, en algún momento, pueden evolucionar hacia la malignidad, lo que afortunadamente no ha ocurrido con el paciente en cuestión, quien se encuentra clínicamente bien e integrado a nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Riera CF, González FC, Vaca ZC, Marchant AP, Glenz AC, Harris RP, et al. Sedación, Seguridad y Utilidad de la Endoscopia Digestiva Alta en Pediatría. (Spanish). Revista Chilena De Pediatría [serial on the Internet]. (2010, Jan), [cited December 16, 2012]; 81(1): 37-45. Available from: MedicLatina.
2. de Oca Megías E, Pedroso G, García Jordá E, Seijas Cabrera O, Pérez Triana F, Brizuela Quintanilla R. La colonoscopia como prueba de oro para la pesquisa del cáncer colorrectal. (Spanish). Revista Cubana De Medicina [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited December 11, 2013]; 52(1): 60-71. Available from: MedicLatina.
3. Herrán G, Santos G. Hallazgos en ileoscopias realizadas en el servicio de endoscopia del Hospital Universitario de Neiva entre 1996 y 2009. (Spanish). Revista Colombiana De Gastroenterología [serial on the Internet]. (2010, June), [cited December 11, 2013]; 25(2): 112-117. Available from: MedicLatina.
4. García E, Jiménez G, Paniagua M, Fragoso T, Borbolla E, Cruz N. Colonoscopy in Pediatrics. Our experience. Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition (JPGN) 2000; 31(S2): S104
5. Baños F, Vélez M, Arango J, Gómez J, Zuluaga J, Velayos F, et al. Fenotipo e historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia en Medellín-Colombia. (Spanish). Revista Colombiana De Gastroenterología [serial on the Internet]. (2010, July), [cited December 11, 2013]; 25(3): 240-251. Available from: MedicLatina.
6. Nieto J, Suárez J. Enteroscopia de un balón. Una nueva herramienta para la evaluación gastrointestinal. (Spanish). Revista Colombiana De Gastroenterología [serial on the Internet]. (2009, July), [cited December 16, 2013]; 24(3): 241-247. Available from: MedicLatina.
7. Hipolito-Cifuentes R, Waller-González L, Espinoza-Flores P. Experiencia con la cápsula endoscópica en niños con sangrado de tubo digestivo de origen desconocido. (Spanish). Revista Mexicana De Cirugía Pediátrica [serial on the Internet]. (2009, July), [cited December 16, 2013]; 16(3): 114-118. Available from: MedicLatina.
8. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Chronic Abdominal Pain in Children. Pediatrics 2005;115(3):370-38.