



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Enteritis por *Clostridium difficile*

Antonio Ramos Martínez^{a,*}, Yolanda Romero Pizarro^b, Félix Martínez Arrieta^c,
Bárbara Balandín Moreno^d, Elena Muñoz Rubio^a, Karina Cuiñas León^b,
Isabel Sánchez Romero^e, Blanca Cantos López de Ibargüen^f y Ángel Asensio Vegas^g

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^c Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^d Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^e Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^f Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^g Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

Recibido el 17 de enero de 2011; aceptado el 1 de marzo de 2011

Disponible en Internet el 14 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Clostridium difficile;
Enteritis;
Enfermedad
inflamatoria
intestinal;
Fallo multiorgánico

Resumen

Introducción: La afectación del intestino delgado por *Clostridium difficile* constituye una entidad clínica infrecuente.

Método: Se presenta el primer caso de enteritis por *C. difficile* diagnosticado en España y se realiza una revisión de la literatura médica.

Resultados: Varón de 30 años de edad intervenido por recidiva de un tumor germinal retroperitoneal. Siete días después presentó vómitos, diarrea y, finalmente, obstrucción intestinal por pseudomembranas originadas por enteritis por *C. difficile*. En la literatura médica han sido descritos otros 57 casos de enteritis por *C. difficile*. La edad media era de 52 ± 17 años con un rango desde 18 a 86 años. Veintinueve pacientes (50%) presentaban enfermedad inflamatoria intestinal. Cuarenta y siete (81%) tenían antecedentes de cirugía de colon o intestino delgado. La mortalidad fue más acusada en pacientes de mayor edad y en los que no presentaban enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusión: La enteritis por *C. difficile* se caracteriza por su elevada gravedad y mortalidad.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Clostridium difficile;
Enteritis;
Inflammatory bowel
disease;
Multiorgan failure

Clostridium difficile enteritis

Abstract

Introduction: *Clostridium difficile* infection of the small intestine is infrequent.

Method: We present the first case of *C. difficile* enteritis (CDE) diagnosed in Spain and provide a review of the literature.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aramos220@gmail.com (A. Ramos Martínez).

Results: A 30-year-old man underwent surgery for recurrence of a retroperitoneal germ cell tumor. Seven days later the patient developed vomiting, diarrhea and, finally, intestinal obstruction due to pseudomembranes caused by CDE. Only 57 cases of CDE have been reported in the literature. The mean age was 52 ± 17 years with a range of 18 to 86 years. Twenty-nine patients (50%) had inflammatory bowel disease. Forty-seven (81%) had a history of colon or small intestine surgery. Mortality was higher in older patients and in those without inflammatory bowel disease.

Conclusion: CDE is characterized by high severity and mortality.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La colitis por *Clostridium difficile* (*C. difficile*) es la causa más frecuente de diarrea de adquisición hospitalaria y presenta una acusada variabilidad en cuanto a su gravedad¹. La enteritis por *C. difficile* constituye una causa infrecuente de diarrea nosocomial caracterizada por una gran afectación sistémica y que requiere un elevado grado de sospecha¹⁻⁵. La mayoría de casos de enteritis por *C. difficile* descritos en los últimos años se ha producido en pacientes con antecedentes de colectomía, lo que se ha relacionado con cambios en la flora entérica, que habían recibido tratamiento antibiótico^{1,5}. La edad avanzada y la inmunodepresión se vislumbran como factores de riesgo adicionales para esta infección⁶. La extensa superficie del intestino delgado y su acusada permeabilidad podrían justificar la importante pérdida de líquido, la tendencia a presentar fallo multiorgánico y la elevada mortalidad que diferencia a esta entidad de la colitis^{7,8}.

El objetivo de este trabajo fue describir el primer caso de enteritis por *C. difficile* observado en nuestro país y realizar una revisión de la literatura médica para profundizar en el conocimiento de esta infección intestinal.

Observación clínica

Varón de 30 años de edad con antecedentes de tumor germinal no seminomatoso con metástasis hepáticas y retroperitoneales que fue tratado con orquiectomía izquierda, resección de masa retroperitoneal y quimioterapia (bleomicina, etopósido y cisplatino). Diez años después el paciente ingresó para la resección de una recidiva en región paraaórtica izquierda con nefrectomía ipsolateral que se realizó sin complicaciones quirúrgicas. El paciente recibió 2 dosis de cefazolina (2 g) como profilaxis quirúrgica. La anatomía patológica confirmó la recaída por tumor germinal de tipo carcinoma embrionario. Tras la intervención fue trasladado a una sala de hospitalización donde inicialmente fue tratado con nutrición parenteral y morfina para controlar el dolor post-operatorio. Siete días después presentó empeoramiento clínico con vómitos alimentarios, diarrea líquida sin productos patológicos e insuficiencia renal prerrenal (creatinina 2,4 mg/dl). Por ello, se incrementó el aporte de fluidos y se añadió metronidazol 500 mg/8 h por vía intravenosa ante la detección en heces de toxina de *C. difficile* (detección de toxina A mediante técnica de ELISA). Durante los días siguientes se añadió fiebre elevada, hipotensión arterial

resistente a reposición de volumen, distensión abdominal con dilatación y edema de pared de asas de intestino delgado, por lo que fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos. En la analítica destacaba urea 109 mg/dl, creatinina 3,1 mg/dl, bilirrubina total 1,63 mg/dl, CPK 531 U/l, pH 7,29, bicarbonato 17,4 mmol/l, lactato 5,40 mmol/l, leucocitos 6.600 (75% de neutrófilos), hemoglobina 8,20 g/dl, plaquetas 392.000, actividad de protrombina 51%, INR 1,6. En una tomografía computarizada (TC) abdominal se observaba dilatación de asas de intestino delgado (fig. 1). El cuadro evolucionó desfavorablemente a pesar de la adición de vancomicina por sonda nasogástrica y rectal por lo que se realizó una laparotomía. Las asas de intestino estaban dilatadas pero sin signos de isquemia, existía una zona de angulación de las mismas donde se realizó una incisión obteniéndose abundantes pseudomembranas que estaban ocasionando oclusión de la luz intestinal (figs. 2 y 3). Se realizó gastrostomía con finalidad descompresiva e ileostomía terminal. La anatomía patológica demostró necrosis de la mucosa con inflamación aguda transmural. La determinación de toxina de *C. difficile* en las pseudomembranas también fue positiva. En el post-operatorio se evidenció dificultad respiratoria aguda y progresión de la insuficiencia renal, lo cual requirió hemodiafiltración venovenosa, persistencia de la inestabilidad hemodinámica y, finalmente,



Figura 1 TC abdominal en la que se observa dilatación de asas de delgado con niveles hidroaéreos en un paciente con enteritis por *Clostridium difficile*.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288419>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288419>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)