



SITUACIONES CLÍNICAS

Colitis pseudomembranosa en atención primaria

M.R. Canales-Simón*, M.J. Gil de Gómez-Barragán y A.M. Vázquez Medrano

Unidad docente de medicina de familia y comunitaria, Logroño, La Rioja, España

Recibido el 7 de enero de 2010; aceptado el 13 de abril de 2010

Disponible en Internet el 11 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Antibióticos;
Infección *Clostridium difficile*;
Diarrea;
Colitis
pseudomembranosa

KEYWORDS

Antibiotics;
Clostridium difficile
infection;
Diarrhoea;
Pseudomembranous
colitis

Resumen

La colitis pseudomembranosa es una complicación grave de la diarrea asociada a *Clostridium difficile* que puede llegar a ser mortal. La diarrea asociada a *Clostridium difficile* es más frecuente a nivel hospitalario y se produce tras la toma previa de antibióticos en pacientes con factores de riesgo asociados, sin embargo desde la década de los 90 la incidencia de esta enfermedad en la comunidad ha aumentado.

El *Clostridium difficile* puede llegar a producir desde colitis de intensidad variable hasta afectación de órganos extraintestinales.

Describimos un caso de un varón de 89 años que presentó un episodio de diarrea con mala evolución a pesar del tratamiento que tenía como antecedente previo la toma de antibióticos.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Pseudomembranous colitis in primary care

Abstract

Pseudomembranous colitis is a serious complication of *Clostridium difficile* associated diarrhoea, which can be fatal. *Clostridium difficile* associated diarrhoea is more common in hospitals and follows the previous antibiotic treatment in patients with associated risk factors. However, since the 90s the incidence of this disease in the community has increased.

Clostridium difficile can produce colitis of varying intensity including extra-intestinal organ involvement.

We describe a case of an 89 year-old man who had an episode of diarrhoea with an poor outcome despite treatment and previous antibiotic treatment.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: canalesmir@hotmail.com (M.R. Canales-Simón).

Introducción

La colitis pseudomembranosa (CPM) es una de las complicaciones graves de la diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACD) en pacientes tratados con antibioterapia de amplio espectro. Se caracteriza por una inflamación del colon con aparición de pseudomembranas de tejido necrótico.

En los últimos 20 años la infección por *Clostridium difficile* (CD) se ha convertido en un problema de salud creciente¹. Constituye la causa más frecuente de diarrea nosocomial, este patógeno está presente en el 15–20% de diarreas asociadas al consumo de antibióticos y en el 96–100% de la CPM².

Actualmente asistimos también a un aumento de la incidencia de la infección por CD en el ámbito extrahospitalario. En un estudio en Reino Unido esta incidencia aumentó de menos de 1 caso por cada 100.000 habitantes a 20 por cada 100.000 entre los años 1994–2004¹.

Por otra parte, se estima que el costo potencial de la DACD, en población europea, pueda llegar a 3.000 millones de euros al año, cifra que puede ascender a casi el doble en las próximas 4 décadas³.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 89 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con dieta, fibrilación auricular, adenoma tiroideo tóxico actualmente en estado eutiroideo, adenocarcinoma de próstata e intervenciones de cirugía mayor por diferentes patologías. Seguía tratamiento habitual con antiandrógenos, anticoagulantes orales e inhibidores de la bomba de protones. No refería hospitalizaciones en el último año.

El paciente acudió al servicio de urgencias hospitalarias, remitido por su médico de cabecera, por presentar un cuadro de diarrea, de 15 días de evolución, de 8 deposiciones líquidas al día, de poco volumen, sin moco ni sangre y con dolor abdominal difuso tipo retortijón, que mejoraba con la deposición. Refería náuseas sin vómitos y sensación distérmica no termometrada, no pérdida de peso ni de apetito. Cinco días antes del inicio del cuadro tomó amoxicilina/ácido clavulánico para una infección dental. Ante la aparición de las diarreas, su médico de atención primaria le retiró el antibiótico y le pautó dieta y loperamida. La persistencia del cuadro y el empeoramiento del paciente motivaron su derivación.

Exploración física

En el momento de la exploración en urgencias el paciente estaba consciente y orientado, afebril, hemodinámicamente estable, con regular estado general, afectado por el dolor, normocoloreado, mucosas secas y signo del pliegue positivo. La auscultación cardiaca era arrítmica con un soplo sistólico en foco mitral. El abdomen era globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio y flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal y con peristaltismo aumentado.

Pruebas complementarias

En la analítica de sangre se hallaron los siguientes parámetros: hematocrito: 47,9%, hemoglobina: 16,3 g/dl, leucocitos: 21,400 × 1.000/ul (neutrófilos 89,5%), en el estudio de la coagulación el índice normalizado internacional (INR) era de 5,55, Na: 133 mmol/l, K: 3,4 mmol/l, glucosa: 159 mg/dl, GOT: 139 U/l, GPT: 172 U/l.

En la radiografía de abdomen se evidenciaba abundante gas en todo el marco cólico, sin niveles. En la ecografía abdominal se observó un extenso segmento del colon izquierdo con la pared engrosada, de origen inespecífico.

Evolución

Ante los resultados de las pruebas practicadas en urgencias, el deterioro generalizado y la mala evolución del paciente se decidió el ingreso en el servicio de digestivo con el diagnóstico de gastroenteritis aguda en el contexto de una sobredosificación de acenocumarol e hipertransaminemia.

Al ingreso en digestivo se solicitó nueva analítica teniendo en cuenta los síntomas, edad, los factores de riesgo del paciente y la toma previa de antibióticos; y se inició tratamiento con sueroterapia y dieta absoluta. En la analítica de ingreso destacaron los siguientes parámetros: PCR: 101 mg/dl, proteinograma: albúmina 2,4 g/dl, serología para hepatitis B y C negativos, marcadores tumorales: CA-19,9 14,6 U/ml, antígeno carcinoembrionario 5,3 ng/ml, PSA 0,07 ng/ml. El estudio de las heces reveló una toxina de *Clostridium difficile* positivo débil.

Por tanto nos encontramos ante un caso de diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACD) secundaria a la toma de antibióticos.

Ante este diagnóstico se decidió iniciar tratamiento con metronidazol 500 mg cada 8 h vía oral. A las 72 h del tratamiento el paciente persistía con diarreas y dolor abdominal, motivo por el que se le realiza una rectosigmoidoscopia con el fin de descartar las posibles complicaciones graves de la DACD. En la prueba se confirmó la presencia de



Figura 1 Pseudomembranas blanco—amarillentas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3835393>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3835393>

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