



Colitis pseudomembranosa (CPM)

José Daniel Ruiz Arteaga,* Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Carlos Rodríguez Treviño,*
Carlos Benjamín González Sánchez†

CASO 1

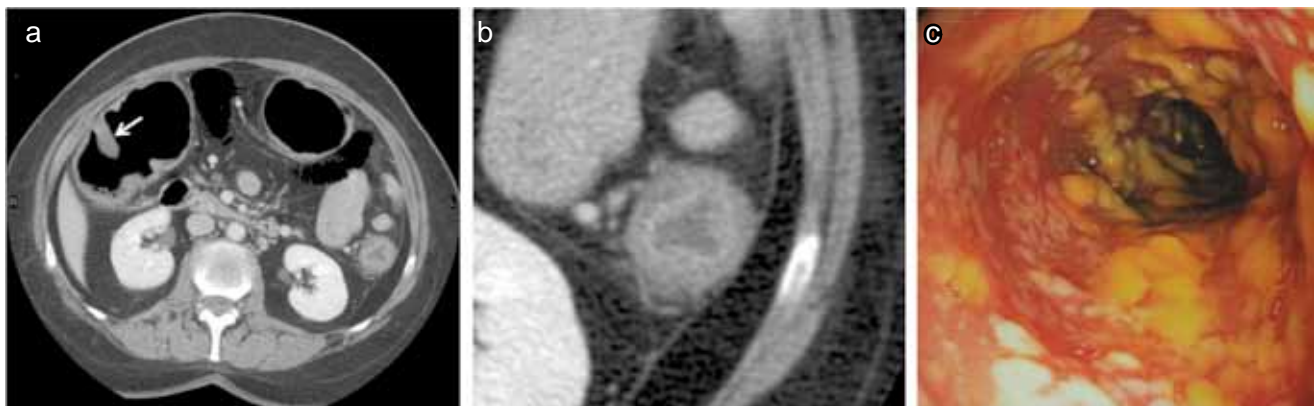
Paciente femenino de 62 años que acude por evacuaciones diarreicas, síndrome febril y dolor abdominal de una semana de evolución a la cual se le realizó colonoscopia e inmediatamente después estudio de TC con administración IV de medio de contraste. En la fase arterial de la TC (Figura 1a) se identifica distensión colónica aérea con engrosamiento de los pliegues australes en “aspecto en dedo” (flecha) y engrosamiento de la pared con realce “en diana” del colon descendente. En el recuadro (Figura 1b) se muestra una ampliación del segmento colónico izquierdo afectado que se correlaciona con la imagen colonoscópica (Figura 1c) la cual reveló la presencia de múltiples placas amarillentas elevadas.

CASO 2

Paciente femenino de 60 años, con evacuaciones diarreicas con moco y sangre y antecedente de uso de antibióticos de amplio espectro y dolor abdominal, lo que motivó la realización de TC abdominopélvica. En las imágenes axiales en fase arterial (Figuras 2a y 2b) se observa engrosamiento de la pared del colon transverso (cabecitas de flecha) y aspecto sutil en empedrado del colon sigmoide (flechas huecas). La colonoscopia demuestra las pseudomembranas.

COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA (CPM)

Es una colitis infecciosa potencialmente letal, causada por la liberación de una o varias toxinas producidas por



Figuras 1 a, b y c.

* Radiólogos, Departamento de Radiología e Imagen.

† Gastroenterólogo. Departamento de Gastroenterología.

Hospital Ángeles Pedregal.

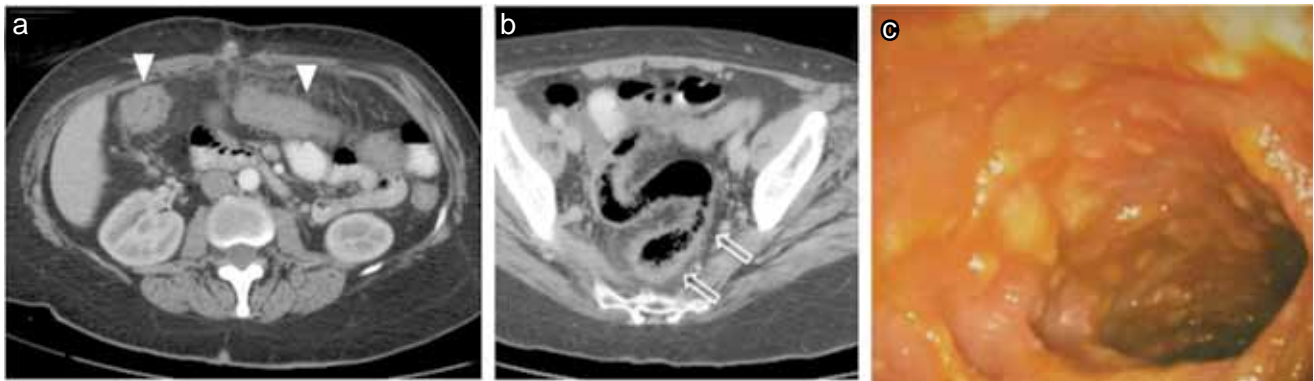
Correspondencia:

Dr. José Daniel Ruiz Arteaga. Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles Pedregal.

Camino a Santa Teresa Núm. 1055 Col. Héroes de Padierna, 10700 México, D.F. Correo electrónico: daniruiz@hotmail.com

Aceptado: 15-10-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



Figuras 2 a, b y c.

la proliferación sin oposición de la bacteria *Clostridium difficile*. Es una infección predominantemente nosocomial, secundaria a complicación del tratamiento antibiótico, se asocia también a cirugía abdominal y a enfermedades debilitantes tales como linfoma o SIDA. El espectro clínico es variable desde estadios asintomáticos hasta colitis fulminante, los pacientes refieren diarrea acuosa, dolor abdominal, fiebre y deshidratación. En pacientes graves la enfermedad suele progresar a megacolon tóxico, con datos de letargia, taquicardia y dolor abdominal intenso.¹

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de placas elevadas amarillentas que se originan en sitios de ulceración superficial. La fisiopatogenia de la enfermedad contribuye al aspecto radiográfico de la misma: el engrosamiento polipoide mucoso contribuye al aspecto “en empedrado” o “de dedo”, el edema mucoso y submucoso condiciona atrapamiento de medio de

contraste intraluminal “signo del acordeón” y realce postcontraste “en diana”, inflamación de la grasa pericólica y ascitis.² El diagnóstico definitivo se establece con la identificación de las toxinas en las heces o la visualización de las pseudomembranas en la colonoscopia. Su tratamiento consiste en la administración de metronidazol y vancomicina por vía oral, menos del 1% de los afectados requerirá cirugía.³

REFERENCIAS

1. Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. *Radiology* 2006; 240: 623-638.
2. Ash L, Baker ME, O'Malley CM, Gordon SM, Delaney CP, Obuchowski NA. Colonic abnormalities on CT in adult hospitalized patients with *Clostridium difficile* colitis: Prevalence and significance of findings. *AJR* 2006; 186: 1393-1400.
3. Trudel JL. *Clostridium difficile* colitis. *Clin Colon Rectal Surg* 2007; 20: 13-17.