

IMÁGENES EN MEDICINA INTENSIVA

Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado" Km 89 Carretera Central Pinar del Río. Cuba.



Colitis asociada a infección por clostridium difficile

Clostridium difficile infection-associated colitis

Alexanders García Balmaseda¹, Antonio Aguiar García²

Introducción

El *Clostridium difficile* (*C. difficile*) es un bacilo grampositivo esporulado, anaerobio estricto, asociado por primera vez a enfermedad en humanos en 1978, al identificarse como agente causal de la colitis pseudomembranosa. Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Europa han demostrado un importante aumento de la incidencia de los casos de diarrea asociada a *C. difficile* desde finales de los años noventa, convirtiéndose en una importante causa de morbilidad y mortalidad.¹

El factor de riesgo más importante para la infección por *C. difficile* sigue siendo el uso de antibióticos, específicamente la ampicilina, la amoxicilina, las cefalosporinas, la clindamicina y las fluoroquinolonas.²

Causa una infección del colon que se manifiesta como un cuadro diarreico agudo el cual puede llegar a convertirse en una colitis fulminante sin tratamiento médico adecuado, la cual aparece entre 3 y 8% de los pacientes y se manifiesta típicamente como dolor abdominal severo en fosa iliaca izquierda o difuso, diarrea, distensión abdominal, fiebre, hipovolemia, acidosis láctica y leucocitosis elevada.³

La infección por *C. difficile* se diagnostica por la detección de las toxinas fecales mediante el inmunoensayo enzimático o las pruebas de ADN que identifican los genes de las toxinas microbianas en las heces no formadas. El coprocultivo para *C. difficile* requiere el cultivo anaerobio y no está disponible en todos los centros. La prueba principal para la infección por *C. difficile* es el inmunoensayo enzimático ya que es rápido y de fácil realización.^{1,2}

Desde la década de 1970, tanto el metronidazol como la vancomicina oral han sido la base para el tratamiento de la infección por *C. difficile*, y a pesar de ser administrados a millones de pacientes, no hay informes sobre la aparición de resistencia. Para el tratamiento de la infección grave, la vancomicina es mejor que el metronidazol, pero para las infecciones leves a moderadas, ambos antibióticos han sido considerados equivalentes. Sin embargo, en la década pasada se observó que el metronidazol se asoció a un marcado aumento de fracaso terapéutico, especialmente en los pacientes infectados con la cepa BI/NAP1/027.⁴

Se presentan las imágenes de un paciente el cual ingresa en UCI proce-

dente del servicio de urología, donde había sido operado de un adenoma prostático, en este servicio presenta infección urinaria alta tratada con ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas y después de 5 días de tratamiento comienza con un cuadro diarreico agudo, fiebre de 39 °C, distensión abdominal, dolor abdominal, anuria, con una relación PO_2/FiO_2 en 91 (hipoxemia grave) y signos importante de hipoperfusión tisular, acidosis metabólica con anión gap aumentado severa, lactato en

13 mmol/l y leucocitosis de $25 \times 10^9/L$. Se diagnostica una colitis pseudomembranosa fulminante con shock séptico e hipovolémico asociado y síndrome de disfunción múltiple de órganos (SDMO), se comienza tratamiento con vancomicina 125 mg cada 6 horas por vía oral y metronidazol 500 mg cada 6 horas vía IV, además de soporte para el SDMO, después de 12 horas en UCI fallece mostrando en la pieza fresca las imágenes siguientes:

Imágenes





Referencias Bibliográficas

1. Rodríguez D, Mirelis B, Navarro F. Infecciones producidas por Clostridium difficile. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2013 [citado 5 May 2016];31(4): 254-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X1200451X>
2. Leffler DA, Thomas J. Clostridium difficile Infection. N Engl J Med [Internet]. 2015 [citado 5 May 2016]; 372:1539-48. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1403772>
3. Millán M, Sáez J, López J, Guardiola J, Biondo S. Colitis fulminante por Clostridium difficile. Cir Esp [Internet]. 2011 [citado 5 May 2016]; 89(8): 547 - 57.
4. Pépin J, Valiquette L, Gagnon S, Routhier S, Brazeau I. Outcomes of Clostridium difficile-associated disease treated with metronidazole or vancomycin before and after the emergence of NAP1/027. Am J Gastroenterol [Internet]. 2007 [citado 5 May 2016]; 102: 2781-8.

¹Especialista de Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor de la UCM de Pinar del Río.

Correo electrónico: gbalmaceda@princesa.pri.sld.cu

²Estudiante de Segundo año de la Carrera de Medicina. Alumno Ayudante de la especialidad de Medicina Intensiva y Emergencias.

Correo electrónico: eltoni.123@fcm.pri.sld.cu

No se declaran conflictos de intereses entre los autores. Todos contribuyeron de manera equitativa en la confección del manuscrito.

Recibido: 18 de mayo de 2016

Aprobado: 05 de junio de 2016

Alexanders García Balmaseda. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.
Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.
Cuba. Correo electrónico: gbalmaceda@princesa.pri.sld.cu