

Colitis Fulminante secundaria a infección por *Clostridium Difficile* en un paciente anciano. Reporte de un caso

G. Rodríguez-Ruiz^{1*}, J. Barbosa-Armengol², A. Otero-Pérez², M. T. Matus-Román³, J. L. Barona-Damián¹

¹Servicio de Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal; ²Cirugía General; ³Servicio de Anatomía Patológica, Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", Toluca, Estado de México, México

Introducción

Clostridium Difficile (CD) es un bacilo esporulado, anaerobio, gram positivo, causante de Colitis Pseudomembranosa (CP) principalmente en pacientes inmunocomprometidos, ancianos y con antecedente de estancias hospitalarias o manejo antibiótico. La CP puede evolucionar a Colitis Fulminante (CF) o megacolon tóxico, con alto riesgo de perforación y altos índices de mortalidad. La infección por CD produce una severa inflamación mucosa resultando en una colitis con apariencia de pseudomembranas como hallazgo endoscópico. La CF representa aproximadamente 3-8% de los pacientes con CD. Actualmente los estudios diagnósticos son los hallazgos endoscópicos, el estudio de toxinas A y B y NAAT. El manejo antibiótico específico y el manejo quirúrgico oportuno son pilares en el tratamiento de CF.

Objetivos

Describir un caso de Colitis Fulminante secundario a *Clostridium Difficile*.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Reporte de un caso y breve revisión bibliográfica.

Reporte de caso

Paciente femenino de 76 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus de 40 años de diagnóstico, en manejo con insulina NPH, como antecedente quirúrgico colocación de prótesis de cadera izquierda hace 3 meses, manejada con levofloxacino. Resto de antecedentes negados. Ingresa al servicio de urgencias por presentar náusea, vómito en 2 ocasiones, evacuaciones diarreicas con moco, fétidas y líquidas, picos febriles cuantificados por familiar en 39.8 y 39°C, escalofríos, dolor abdominal generalizado, EVA 8/10 y distensión abdominal de 24 horas de evolución. A la exploración física encuentra desorientada, con mucosas deshidratadas, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen globoso, blando, depresible, doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, sin visceromegalias o plastrones. Tacto rectal con esfínter hipotónico, sin tumores, guante explorador manchado con materia fecal con moco, fétido. Extremidades con edema ++/+++. Exámenes de laboratorio al ingreso con Leucocitos 28,000/ μ L, Hemoglobina 12.8 g/dL, Hematocrito 45.8%, Plaquetas 671,000/ μ L, Glucosa 307 mg/dL, Creatinina 0.9 mg/dL, TP 12.5 seg, INR 1.1, TTP40.9 seg. Signos vitales: TA 93/64 mmHg, FC 110 x',

Autor de correspondencia:

Gabriela Rodríguez Ruiz
E-mail: m.c.gabriela.rdz@hotmail.com
0188-9893© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019
Fecha de aceptación: 16-08-2019
DOI: 10.24875/END.M19000064

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):119-120
www.endoscopia-ameg.com

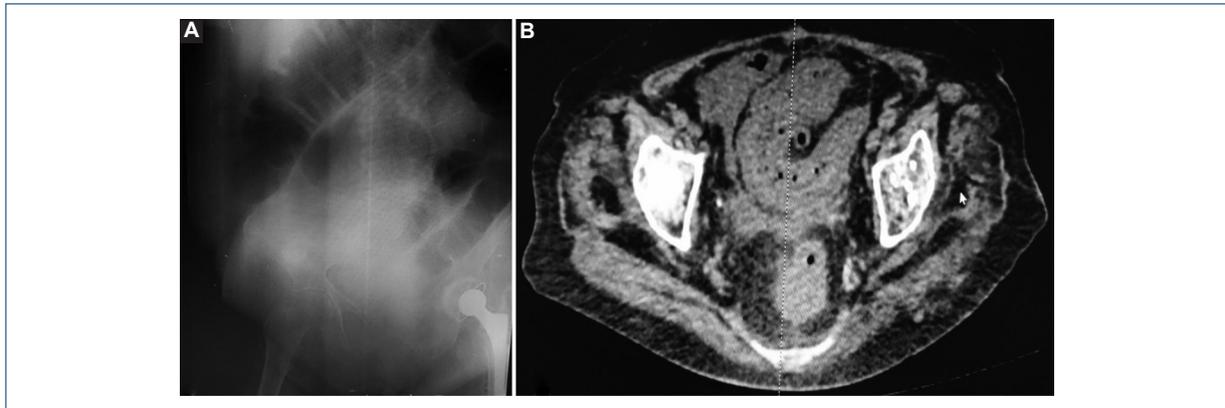


Figura 1. (A) Radiografía de abdomen en decubito, se observa dilatación de colon. (B) Tomografía computarizada de abdomen simple en donde se observa edema y engrosamiento y recto.

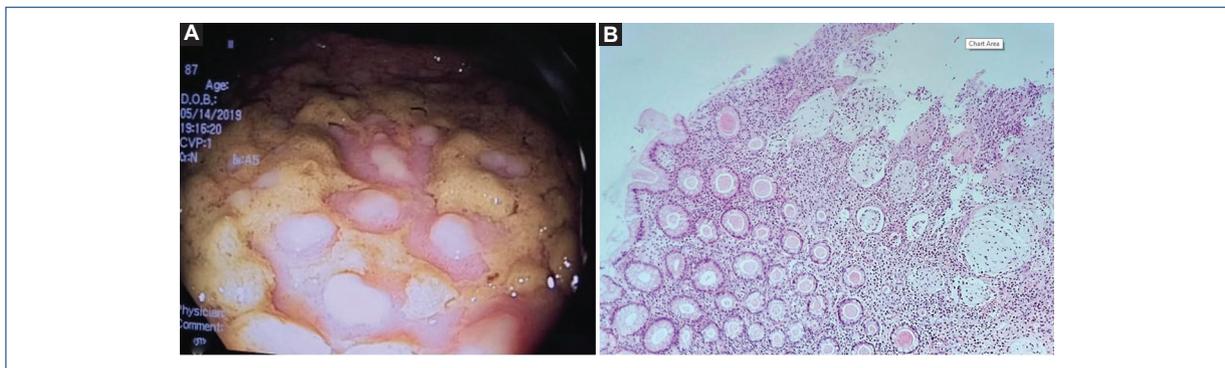


Figura 2. (A) Imagen endoscópica de recto, con presencia de pseudomembranas. (B) Corte histológico que muestra mucosa de colon ulcerada y con exudado mucoso e infiltrado inflamatorio mixto con predominio de polimorfonucleares (Fase II).

FR 20 x', Temp 38.0°C, Sat 87%. Coprocultivo negativo. Rx de abdomen en una posición con dilatación de colon (Fig.1a). Tomografía de abdomen simple con engrosamiento y edema de pared en colon de forma generalizada, principalmente en sigmoides y recto (Fig.1b). Se inició manejo médico con hidratación intravenosa, metronidazol, y aminos vasoactivas por inestabilidad hemodinámica. 48 horas después de su ingreso, se realiza rectoscopia, en la cual se encuentran múltiples placas sobreelevadas blanquecinas/ amarillentas, de 3 mm, con mucosa hiperemia por debajo de estas (Fig. 2a). Reporte histopatológico muestra mucosa de colon ulcerada y con exudado mucoso e infiltrado inflamatorio mixto con predominio de polimorfonucleares (Fase II) (Fig. 2b). Se inició manejo antibiótico con metronidazol y vancomicina, sin embargo la paciente presentó deterioro clínico, presentando fallecimiento 24 horas posterior a estudio endoscópico.

Resultados

Se confirmó CF con imágenes endoscópicas de rectoscopia y reporte histopatológico. Por cuestiones económicas no fue posible solicitar toxina A y B.

Conclusiones

Las recomendaciones van direccionadas a disminuir la colonización intrahospitalaria de esta bacteria, así como un manejo prudente de antibióticos. Así mismo, es indispensable la alta sospecha clínica para ofrecer un diagnóstico oportuno y tratamiento específico para disminuir mortalidad secundaria a CD.

Bibliografía

1. Neumann H, Pohl J. Endoscopic Imaging of Clostridium Difficile Colitis. Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy, 2013.
2. Millan Scheiding M, Sáez Hernandez J, López Borao J, et al. Colitis Fulminante por Clostridium Difficile. Cir Esp, 2011;89(8):547-557.
3. Sierra Hernandez A, Estada Hernandez LO. Antibiótico más relacionado con colitis por antimicrobianos en pacientes hospitalizados. Med Int Méx. 2016;32(3):330-340.