

Cartas al director



Colitis pseudomembranosa fulminante

Sr. Director:

La inflamación del colon puede tener múltiples causas. Este hecho ocasiona un dilema al clínico para su diagnóstico diferencial. Presentamos un caso en el que se observa dicha dificultad, así como su rápida evolución.

Mujer de 66 años de edad, alérgica a la penicilina. Ingresa para cirugía electiva de divertículos colónicos. Se le practicó sigmoidectomía asistida por laparoscopia. Como profilaxis antibiótica se utilizó clindamicina y gentamicina. Durante el postoperatorio presenta un cuadro de abdominalgia, febrícula y diarrea. En los análisis aparece leucocitosis y desviación a la izquierda. Se practica tomografía computarizada, con resultado normal. Se decide reoperar ante la progresión del cuadro, y no se halla dehiscencia de sutura ni isquemia. La evolución es tórpida, y la paciente fallece. Los cultivos de heces fueron positivos para la toxina. La anatomía patológica mostró los hallazgos típicos de colitis pseudomembranosa.

La colitis pseudomembranosa se presenta en el 50% de los sujetos que tienen una colitis relacionada con antibióticos. Predomina en la región rectosigmoidea. Es más común en pacientes desnutridos, inmovilizados y que han sido operados¹. Las alteraciones en la flora in-

testinal son importantes en la patogenia de la enfermedad. Las cepas patógenas de *Clostridium difficile* producen dos exotoxinas que ocasionan lesión e inflamación de la mucosa colónica. Algunos antibióticos tienen más posibilidades de ocasionar cambios en la flora gastrointestinal normal, como la clindamicina, que cuadruplica el riesgo de colitis. Los síntomas son inespecíficos: abdominalgia, diarrea líquida, febrícula o fiebre y leucocitosis². El diagnóstico se lleva a cabo con la determinación de la citotoxina en heces (sensibilidad, 97%). Si no se trata precozmente, la mortalidad puede llegar al 20%³. El tratamiento quirúrgico estará indicado en caso de falta de respuesta al tratamiento médico^{4,5}, megacolon y/o perforación, que requieren una colectomía total que conlleva una mortalidad del 50%.

Meritxell Medarde, Eloy Espin, José Luis Sánchez y Manuel Armengol

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Unidad de Coloproctología. Hospital Vall d'Hebron.
Barcelona. España.

Bibliografía

1. Kent KC, Ruin MS, Wroblewski L, Hanff PA, Silen W. The impact of *Clostridium difficile* on a surgical service: a prospective study of 374 patients. *Ann Surg.* 1998;227:296-301.
2. Cleary RK. *Clostridium difficile*-associated diarrhea and colitis: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *Dis Colon Rectum.* 1998;41:1435-49.
3. Koss K, Clark MA, Sanders DS, Morton D, Keighley MR, Goh J. The outcome of surgery in fulminant *Clostridium difficile* colitis. *Colorectal Dis.* 2006;8:149-54.
4. Longo WE, Mazuski JE, Virgo KS, Lee P, Bahadursingh AN, Johnson FE. Outcome after colectomy for *Clostridium difficile* colitis. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1620-6.
5. Dallal RM, Harbrecht BG, Boujoukas AJ, Sirio CA, Farkas LM, Lee KK, et al. Fulminant *Clostridium difficile*: An underappreciated and increasing cause of death and complications. *Ann Surg.* 2002;60:227-30.

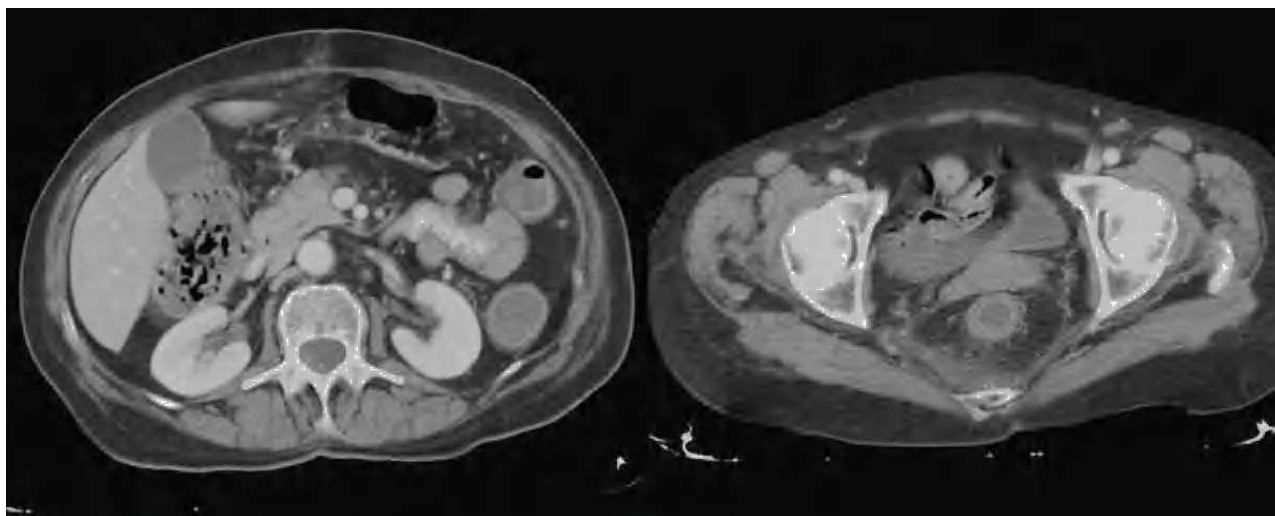


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal de la paciente. Se observa dilatación y engrosamiento inespecífico de toda la pared colónica sin otros hallazgos patológicos.