

Réplica a «Infecciones producidas por *Clostridium difficile*. Observaciones»

Reply to «Infections caused by *Clostridium difficile*. Addendum»

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios remitidos en la carta referente a nuestro manuscrito «Infecciones producidas por *Clostridium difficile*»¹. No obstante, debemos hacer las siguientes aclaraciones respecto a sus observaciones sobre el manejo terapéutico de la enfermedad.

Es cierto que la guía de la SHEA-IDSA de 2010² recomienda la utilización en los episodios graves-complicados (definidos por la presencia de shock o megacolon) de vancomicina a dosis de 500 mg/6 h v.o. o por sonda nasogástrica (SNG) junto con metronidazol 500 mg/8 h i.v. y enemas rectales con vancomicina. Sin embargo, no existe evidencia clínica que justifique la utilización de esta pauta. En un ensayo clínico en el que 46 pacientes fueron aleatorizados a recibir 500 mg vs 125 mg de vancomicina cada 6 h para el tratamiento de la diarrea asociada a *C. difficile* (DACD) no se demostraron diferencias entre ambos tratamientos en cuanto a la duración de la diarrea, la tasa de recidiva o la erradicación microbiológica³. Dado que los niveles fecales de vancomicina en los pacientes tratados con dosis de 125 mg/6 h superan al menos 10 veces la concentración mínima inhibitoria (CMI)₉₀ del microorganismo, no parece justificada la utilización de dosis superiores de vancomicina, tal y como se refiere en las guías de tratamiento de la sociedad europea (ESCMID)⁴. No obstante, como se comenta en nuestro trabajo, debido al retraso en alcanzar la luz del colon en los pacientes con íleo paralítico de la vancomicina administrada por v.o. o por SNG, se especula sobre el posible beneficio de administrar dosis superiores a 125 mg/6 h en estos pacientes, principalmente durante las primeras 24-48 h de tratamiento, como dosis de carga⁵. En esta situación clínica, la administración de vancomicina mediante enemas rectales podría estar justificada^{2,4,6}, aunque la evidencia científica sobre esta práctica terapéutica es limitada.

En relación al tratamiento de la primera recidiva, está recomendado utilizar la misma pauta del episodio inicial^{2,4,6}. Sin embargo, es necesario reevaluar la situación clínica del paciente por si fuera conveniente utilizar una pauta alternativa en función de la gravedad clínica de la recidiva.

La fidaxomicina ha sido recientemente aprobada como tratamiento para la DACD, tras haber demostrado equivalencia respecto a la vancomicina en las tasas de curación al finalizar el tratamiento de 10 días, y superioridad de respuesta global a los 28 días de la finalización del tratamiento, debido a la reducción de las tasas de recurrencia^{7,8}. Por este motivo ha sido incluida en el algoritmo terapéutico como alternativa a considerar la vancomicina, en función de las indicaciones establecidas en cada centro. En la revisión no se menciona su indicación en el caso de episodios graves complicados con shock, íleo o megacolon tóxico, en los que no es posible, por la

situación clínica del paciente, administrar un tratamiento efectivo solo por v.o. Coincidimos con los autores de la carta en que no hay suficiente evidencia que apoye su indicación en estos pacientes, debido a la exclusión de los mismos en los estudios publicados^{7,8}.

Por último, respecto a la posibilidad de asociar probióticos como tratamiento adyuvante en las recidivas, es cierto que la experiencia respecto a su utilidad, en asociación al tratamiento convencional, es limitada⁹, y que existe el riesgo potencial de fungemia en pacientes inmunocomprometidos y con catéteres centrales¹⁰. Por ello, en caso de utilizar estos fármacos, deberán evaluarse cuidadosamente sus potenciales riesgos y beneficios.

Bibliografía

- Rodríguez-Pardo D, Mirelis B, Navarro F. Infections caused by *Clostridium difficile*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:254-63.
- Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, et al. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31:431-55.
- Fekety R, Silva J, Kauffman C, Buggy B, Deery HG. Treatment of antibiotic-associated *Clostridium difficile* colitis with oral vancomycin: Comparison of two dosage regimens. *Am J Med*. 1989;86:15-9.
- Bauer MP, Kuijper EJ, van Dissel JT. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): Treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection (CDI). *Clin Microbiol Infect*. 2009;15:1067-79.
- Gonzales M, Pepin J, Frost EH, Carrier JC, Sirard S, Fortier LC, et al. Faecal pharmacokinetics of orally administered vancomycin in patients with suspected *Clostridium difficile* infection. *BMC Infect Dis*. 2010;10:363.
- Surawicz CM, Brandt LJ, Binion DG, Ananthakrishnan AN, Curry SR, Gilligan PH, et al. Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of *Clostridium difficile* infections. *Am J Gastroenterol*. 2013;108:478-98.
- Louie TJ, Miller MA, Mullane KM, Weiss K, Lentnek A, Golan Y, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med*. 2011;364:422-31.
- Cornely OA, Crook DW, Esposito R, Poirier A, Somero MS, Weiss K, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for infection with *Clostridium difficile* in Europe, Canada, and the USA: A double-blind, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:281-9.
- McFarland LV. Meta-analysis of probiotics for the prevention of antibiotic associated diarrhea and the treatment of *Clostridium difficile* disease. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:812-22.
- Munoz P, Bouza E, Cuenca-Estrella M, Eiros JM, Perez MJ, Sanchez-Somolinos M, et al. *Saccharomyces cerevisiae* fungemia: An emerging infectious disease. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1625-34.

Dolors Rodríguez-Pardo^{a,*}, Beatriz Mirelis^b y Ferran Navarro^b

^a Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB-Sant Pau, Departament de Genètica i de Microbiologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dolorodriguez@vhebron.net
(D. Rodríguez-Pardo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.020>