



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/864 - Salmonelosis ¿Antibioterapia o no?

D.A. Faneytt<sup>a</sup>, M.A. Soler Pérez<sup>b</sup> y D.A. Gascó<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alaquàs. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza. Zona III. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. Sector II. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 81 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos, con antecedentes patológicos de HTA, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica e IRC estadio II. Portador de marcapasos cardíaco por bloqueo AV de 3<sup>er</sup> grado. Antecedentes quirúrgicos: Stent farmacoactivo en DA proximal y prostatectomía radical. En tratamiento domiciliario con: pantoprazol, bisoprolol, alipza, Seguril, Adiro, hidrocolotiazida, trajenta, novonorm. Acude a las consultas de atención primaria por presentar fiebre objetivada en domicilio de 38 grados y dolor abdominal tipo cólico de 2 días de evolución acompañado de deposiciones líquidas, abundantes malolientes de aspecto verdoso sin predominio de horario. No rectorragia asociada. No náuseas ni vómitos. No entorno epidémico. No transgresión dietética. No contacto con niños. No viajes al extranjero.

**Exploración y pruebas complementarias:** Alerta, consciente y orientado. Hidratado, febril (38,5 grados) y eupneico en reposo. Normocoloreado. Abdomen: peristalsis aumentada, blando, depresible, no masas ni megalias, doloroso a la palpación profunda difusa, no signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: no hemorroides externas, tacto no doloroso, dedil sucio de restos fecales de aspecto verdoso, malolientes. Hemograma: leucocitos 13.300 (PMN 92%) hemoglobina 15,9, plaquetas 174.000. Bioquímica: glucosa 208, urea 1,2 creatinina 1,8 sodio 140. Coprocultivo: *Salmonella* entérica serogrupo D.

**Juicio clínico:** Síndrome diarreico agudo por *salmonella* entérica.

**Diagnóstico diferencial:** Alfatoxinas. Enterotoxina estafilocócica. Toxina botulínica. *Salmonella*. *Vibrio narahemolvticus*. *Shigella*. *Vibrio cholerae*.

**Comentario final:** La gastroenteritis por *Salmonella* (a excepción del serotipo Typhi) no suelen cursar, en nuestro medio, con procesos muy graves de diarreas con deshidratación, por lo que, en la mayoría de los casos, no se necesita un tratamiento medicamentoso sino un tratamiento sintomático y unas medidas higiénico-sanitarias preventivas. La hospitalización y terapéutica parenteral se reserva para los casos con deshidratación severa o intolerancia oral. La antibioticoterapia se reserva para: lactantes, edad avanzada, inmunodepresión y comorbilidad (especialmente enfermedad gastrointestinal crónica, portador de prótesis vascular, anemia falciforme, síndrome linfo-proliferativo, infección por VIH). Existen muchos trabajos sobre susceptibilidad a los antibióticos de salmonelas entéricas no typhi. Actualmente el tratamiento de elección para los serotipos de *salmonella* no tiphi son las fluorquinolonas (5-7 días vía oral) o como alternativa el trimetropin-sulfametoxazol cada 12 horas o ampicilina durante 5 a 7 días. En el caso de *Salmonella* tiphi de primera opción fluorquinolona 400-500 mg vía oral cada 12 horas o ceftriaxona 2-4 g cada 24 horas IV

durante 10 días, como alternativa cloranfenicol 2-3 gramos por 21 días o 10 días luego de la apirexia. En nuestro caso debido al antecedente de stent cardíaco en la arteria descendente anterior se decidió, pautar antibioticoterapia con ciprofloxacina 500 mg 1 cada 12 horas durante 7 días, con mejoría clínica y cese de la sintomatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Melero MR. Nuevo Marcador Epidemiológico en *Salmonella* entérica subespecie 1, Serotipo Enteritidis [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense, 1994.
2. López-Brea, Sanz Moreno J.C. Enteritis (bacterianas, víricas, parasitarias y fúngicas) y toxiinfecciones alimentarias. Medicine. 1994;6(72):3183-92.
3. Grossman H. Diarrea Bacteriana (infección por: *Salmonela*, *Campilobacter* y *Shigela*) [Internet]. Revisado 8 jul 2015 en: [http://www.aidsmeds.com/articles/DiarreaBacteriana\\_7012.shtml](http://www.aidsmeds.com/articles/DiarreaBacteriana_7012.shtml)