



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/555 - GASTROENTERITIS QUE NO CEDE CON TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Á. Martínez Tolosa<sup>a</sup>, F. Soriano Gómez<sup>b</sup>, M. Pierre Barea<sup>a</sup>, I. Pérez Zambrano<sup>a</sup>, A. Cabrera Aguilar<sup>c</sup> y M. Molano Camacho<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Olivenza. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 54 años con antecedente de asma intermitente y artrosis en tratamiento con condroitín sulfato. No hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas. Acude a consulta de Atención Primaria por segunda vez, tras realizar tratamiento sintomático para gastroenteritis durante 5 días, refiere mismo número de deposiciones, sobre 12 diarias, actualmente con presencia de sangre. Ha perdido 2 kg de peso. Fiebre de hasta 38 °C. Se recoge coprocultivo y se inicia tratamiento con ciprofloxacino 500 mg. A los 6 días de finalizar el tratamiento, nos indica que presenta 2-3 deposiciones al día con sangre fresca, fiebre y marcada astenia. Tras nuevo coprocultivo, se pauta metronidazol 250 mg, con buena respuesta terapéutica.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. NH y NP. Eupneica. TA: 127/65 mmHg FC: 72 lpm T<sup>a</sup>: 37,6 °C. AC: rítmica. No se auscultan soplos. AP: MVC. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en mesogastrio y epigastrio. No se palpan visceromegalias ni masas. RHA aumentados. No signos de irritación peritoneal. Hemograma: Hb 163, leucocitos 11,1, neutrófilos 5,6, linfocitos 4,3, plaquetas 303.000. Bioquímica sin alteraciones, excepto K 3,8. PCR 107. Gasometría venosa: bicarbonato 20,1. Rx tórax y abdomen sin hallazgos significativos. Primer coprocultivo: Salmonella grupo D. Segundo coprocultivo: toxina A y B de Clostridium difficile positivo. Glutamato deshidrogenasa positivo. Colonoscopia: ulceraciones puntiformes con extenso exudado fibrinoide. Biopsias: colitis infecciosa.

**Juicio clínico:** Gastroenteritis aguda por Salmonella. Colitis por Clostridium difficile.

**Diagnóstico diferencial:** Colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal, fármacos, tóxicos, aditivos alimentarios, estrés.

**Comentario final:** La principal causa de diarrea en pacientes adultos hospitalizados es por Clostridium difficile. Representa el 15-20% de las diarreas asociadas a antibióticos. Debemos sospecharlo en pacientes que han requerido tratamiento antibiótico, que consultan por presencia de diarreas sanguinolentas, con mal olor, fiebre. Por ello, es esencial una correcta anamnesis, y realizar nuevo coprocultivo en sospecha de sobreinfección por el mismo.

### Bibliografía

1. Nelson RL, Suda KJ, Evans CT. Antibiotic treatment for Clostridium difficile-associated diarrhoea in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017.

2. Garey KW, Sethi S, Yadav Y, DuPont HL. Meta-analysis to assess risk factors for recurrent *Clostridium difficile* infection. *J Hosp Infect*. 2008;70:298-304.

**Palabras clave:** Salmonella. *Clostridium difficile*. Diarrea.