

347/2773 - ¡ALERTA ANTIBIÓTICA!

A. Muriel Serrano^a, P. González Izquierdo^b, D. Zalama Sánchez^c y M. Rodríguez Piñera^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Área Valladolid Este. Valladolid.^b Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora Magdalena. Área Valladolid este.^c Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Área Valladolid Este. Valladolid.^d Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo. Área Valladolid Este. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años, sin alergias medicamentosas conocidas, independiente para actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes personales de: hipertensión arterial, isquemia arterial crónica grado IIb por estenosis ilíaca bilateral tratada mediante angioplastia transluminal percutánea, enfermedad renal crónica, esofagitis por reflujo grado C, diverticulosis, fibrilación auricular, realizándose cierre de orejuela izquierda. Acude al centro de salud, por presentar desde hace cuatro días, deposiciones diarreicas (cuatro diarias), líquidas, marronáceas, sin productos patológicos, acompañándose de febrícula (37,8 °C), sin náuseas ni vómitos, ni otra sintomatología. Interrogando al paciente y consultado informes recientes destaca un ingreso en el Servicio de Digestivo hace 40 días con diagnóstico de colelitiasis con posible colecistitis aguda no complicada, habiéndose pautado ciprofloxacino 500 mg/12h vía oral durante 10 días.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 37,8 °C. Paciente consciente, ligeramente deshidratado. Debilidad generalizada. Mucosa oral seca, pares craneales normales. Auscultación cardiaca: arrítmica, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha. Signo de Murphy negativo, signo de Blumberg negativo. Se decide que acuda al día siguiente tras realizarse analítica sanguínea y radiografía de abdomen, en los que destaca: leucocitosis y PCR muy elevada. Además se solicitó coprocultivo.

Orientación diagnóstica: Diarrea por Clostridium difficile.

Diagnóstico diferencial: Diarrea vírica, alergia alimentaria, diverticulitis.

Comentario final: Ante el cuadro diarreico persistente a pesar de dieta e hidratación, y tras la toma reciente de antibiótico, se sospecha esta entidad, por lo que iniciamos metronidazol 500 mg/8 horas durante 14 días. A la semana siguiente acude para resultados de coprocultivo, siendo positivos para Clostridium difficile y habiendo remitido el cuadro clínico. La diarrea por Clostridium difficile constituye la causa más frecuente de diarrea en pacientes con hospitalizaciones recientes, ya que tras el tratamiento antibiótico se favorece la colonización por esta bacteria.

Bibliografía

1. Rodríguez-Pardo D, Mirelis B, Navarro F. Infecciones producidas por Clostridium difficile. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Elsevier. 2013.
2. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R. Procedimientos en Microbiología clínica. Diagnóstico microbiológico de la infección por Clostridium difficile. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.

Palabras clave: Antibiótico. Diarrea. Clostridium difficile.