



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

## 424/2561 - ¿DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE? A VECES LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

A. Dalmau Roig<sup>1</sup>, S. Lancho Lancho<sup>2</sup>, J. Cornadó Royo<sup>1</sup> y A. Sagüés Terol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona. <sup>2</sup>Médico de Familia. CAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 32 años, nepalí, residente en Barcelona desde hace 12 años. Consultó en urgencias por rectorragias de una semana de evolución, sin dolor abdominal ni fiebre. Exploración física: anodina. Se le recomendó estudio ambulatorio. Visitado en la consulta de Atención Primaria (AP) por persistencia de la clínica y dada la ausencia de alteraciones en la exploración física, se solicitó una colonoscopia. En las siguientes tres semanas, el paciente consultó en repetidas ocasiones en urgencias de AP y hospitalarias por persistencia de 12-14 rectorragias diarias, nocturnas y diurnas, asociadas a dolor abdominal cólico y tenesmo rectal, sin fiebre. Refería haber tomado antibioterapia por su cuenta (ciprofloxacino y metronidazol).

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física y hemograma iniciales sin alteraciones. Coprocultivo positivo para Clostridium difficile toxigénico, detectando toxina A y B. Inició vancomicina oral y por mala evolución, se solicitó calprotectina fecal: 1.632 ?g/g, sugestivo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se realizó la colonoscopia con biopsias, siendo diagnóstica de enfermedad de Crohn ileocolónica con actividad focalmente grave.

**Orientación diagnóstica:** Brote moderado de EII en forma de enfermedad de Crohn asociada a diarrea aguda por Clostridium difficile.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome del intestino irritable, diarreas de origen infeccioso, diarreas medicamentosas, colitis isquémica, diverticulitis, poliposis colónica, angiodisplasia colónica, enfermedad celíaca, adenocarcinoma de colon y linfoma intestinal.

**Comentario final:** Empezó tratamiento con ácido 5-aminosalicílico oral y rectal sin mejoría, añadiéndose corticoterapia oral a dosis plenas, y requiriendo ingreso para tratamiento endovenoso por anemización y mal control clínico. Desde el inicio del cuadro, perdió 17 kg de peso y por persistencia de 7-8 deposiciones sanguinolentas diarias. Se inició tratamiento con infliximab, con mejoría progresiva de la clínica. La EII es un factor de riesgo para la infección por Clostridium difficile debido al daño crónico existente en la mucosa intestinal, y a su vez, esta infección intestinal está relacionada con un peor control de la EII. Es importante destacar la dificultad diagnóstico-terapéutica de un debut de EII que coexiste con una diarrea por Clostridium difficile y tenerlo presente para el manejo de pacientes con estas patologías.

### Bibliografía

1. Redondo JM. Enfermedad inflamatoria intestinal. AMF. 2016;12(8):436-44.

**Palabras clave:** Enfermedad inflamatoria intestinal. Hemorragia digestiva baja. Clostridium difficile.