



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

452/35 - A VECES NO ES SOLO UNA GASTROENTERITIS

N. Castañeda de Faneyt¹, D. Faneyt², D. Ferreras Gascó³, M. Soler Pérez⁴, R. Oeo Farelo⁵, M. Haro Martínez⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Vendrell. Tarragona.³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montreal del Campo. Teruel.⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gallur. Zaragoza.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Horts de Miró. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años, sin alergias medicamentosas, exfumador, alcohol ocasional. Antecedentes patológicos: hipertenso, dislipémico, pancreatitis hace 5 años, colecistectomizado. Consulta atención primaria por presentar varias deposiciones diarreicas sin productos patológicos, vómitos, astenia, febrícula de 3 días de evolución y rash cutáneo de 24 horas de evolución por lo que se derivó a urgencias hospitalarias para valoración. No entorno epidémico, no contacto con niños, no transgresión dietética. Durante estancia en urgencias presenta tensiones arteriales bajas, malestar general, requiriendo hidratación exhaustiva endovenosa sin mejoría y alteración de pruebas complementarias por lo que se decide ingreso hospitalario para manejo clínico y control evolutivo.

Exploración y pruebas complementarias: Malestar general, consciente y orientado, piel fría con mala perfusión distal y rash cutáneo que desparece a la digitopresión. Eupneico, taquicárdico, buena ventilación sin estertores. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. En analítica sanguínea anemia microcítica-hipocrómica, plaquetopenia 126.000, PCR 19,5, creatinina 3,93. En gasometría venosa acidosis metabólica, Coprocultivo: *Campylobacter coli*. Por lo antes mencionado se ingresó en Medicina Interna para manejo y control evolutivo. Durante hospitalización presenta mejoría del estado general y función renal, afebril y ausencia de deposiciones líquidas.

Juicio clínico: Shock hipovolémico secundario a gastroenteritis aguda por *Campylobacter coli*. Fracaso renal agudo secundario.

Diagnóstico diferencial: Enterotoxina estafilocócica, salmonelosis, amebiasis, *Yersinia enterocolítica*, toxina botulínica, diverticulitis aguda, colitis isquémicas. Colitis inducida por fármacos.

Comentario final: La gastroenteritis por *Campylobacter* no suelen cursar en nuestro medio, con procesos muy graves de diarreas con deshidratación, por lo cual, en la mayoría de los casos, el tratamiento es sintomático y medidas higiénico-sanitarias preventivas. La población más susceptible es la infancia, adultos mayores y personas con comorbilidades importantes. En los casos más graves, es necesaria la hospitalización y manejo parenteral incluyendo antibioterapia. El tratamiento de elección son las fluoroquinolonas (5-7 días vía oral) o como alternativa los macrólidos. En el caso de nuestro paciente requirió medidas de hidratación endovenosa exhaustivas, drogas vasoactivas por hipotensión mantenida y tratamiento antibiótico con buena evolución clínica.

Bibliografía

Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686401470063X> [acceso 16 Oct. 2019].

Alonso Melero M. Nuevo Marcador Epidemiológico en *Salmonella* entérica subespecie 1, Serotipo Enteritidis [Tesis]. Madrid, España: Universidad Complutense; 1994.

Sanz Moreno JC. Enteritis y toxiiinfecciones alimentarias. Medicine. 1994;6(72):3183-92.

Palabras clave: Diarrea. Disentería. Gastroenteritis aguda. Enfermedad transmitida por alimentos.