



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

## 452/35 - A VECES NO ES SOLO UNA GASTROENTERITIS

N. Castañeda de Faneyt<sup>1</sup>, D. Faneyt<sup>2</sup>, D. Ferreras Gascó<sup>3</sup>, M. Soler Pérez<sup>4</sup>, R. Oeo Farelo<sup>5</sup>, M. Haro Martínez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Vendrell. Tarragona. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montreal del Campo. Teruel. <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gallur. Zaragoza. <sup>5</sup>Médico 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 toxiinfecciones alimentarias. Medicine. 1994;6(72):3183-92.

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