

## Diarrea crónica intermitente de cinco meses de evolución

### Sr. Editor:

La diarrea es uno de los síntomas de consulta más frecuentes. Se considera diarrea crónica a la que dura más de 6 semanas y diarrea intermitente a la que aparece y desaparece a lo largo de varias semanas. Puede tener múltiples etiologías, tanto infecciosas (bacterias, virus o parásitos) como no infecciosas, cuadros de mala digestión/mala absorción, síndrome del intestino irritable, pseudodiarrea por estenosis de colon distal o recto, enfermedad inflamatoria intestinal y colitis microscópicas, fármacos, hipermotilidad por hipertiroidismo o neuropatía autonómica, tumores o diverticulosis<sup>1</sup>.

Se presenta el caso de una mujer de 80 años que ingresó desde el servicio de urgencias por un cuadro de diarrea intermitente de meses de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaban hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipertiroidismo y colecistectomía. Seguía tratamiento con valsartán, indapamida, tirosina, metformina e insulina.

Acudió por cuadro de 8 días de evolución de 3-4 deposiciones líquidas al día, sin productos patológicos, asociadas a dolor abdominal tipo cólico y náuseas sin vómitos. No había presentado fiebre. Había estado en tratamiento con loperamida sin mejoría. Refería un cuadro similar hacía 4 meses, que había cedido con tratamiento sintomático, pero desde entonces presentaba episodios de 2-3 días de diarrea alternando con la normalidad. Había perdido unos 4-5 kg en los últimos meses. No presentaba astenia ni anorexia, no había otros convivientes afectados y vivía en un piso en un hábitat urbano sin contacto con animales.

En la exploración física destacaba la estabilidad hemodinámica y la ausencia de fiebre. La paciente estaba obesa, con leve deshidratación de mucosas. El abdomen era globuloso, distendido, timpánico pero no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos aumentados, no se palpaban masas ni megalias. En el tacto rectal se apreciaban heces líquidas amarillentas en la ampolla rectal.

Los datos de laboratorio únicamente revelaban macrocitosis sin datos de anemia. Tanto el electrocardiograma como las radiografías de tórax y abdomen no presentaban alteraciones significativas.

Al ingreso en la planta se solicitaron exploraciones complementarias teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales planteados ante el cuadro de diarrea intermitente.

Se inició tratamiento sintomático, pero a las pocas horas presentó varios picos febriles de 38° C y comenzó con signos inflamatorios en la muñeca derecha. Se inició tratamiento con un antibiótico de amplio espectro (amoxicilina/ácido clavulánico), antipiréticos y antiinflamatorios

no esteroideos. A las pocas horas el ritmo intestinal se normalizó, no presentó nuevos picos febriles y mejoró el cuadro inflamatorio de la muñeca.

En los coprocultivos se aisló *Campylobacter jejuni*; se llegó al diagnóstico de diarrea crónica por *Campylobacter jejuni* con monoartritis reactiva.

Esta bacteria es una importante causa de diarrea aguda en todo el mundo, pero su cronificación es muy poco frecuente. En España representa el 64% de los casos de diarrea aguda de etiología bacteriana<sup>2</sup>. Es el antecedente más común del síndrome de Guillain-Barré (30-40% de los casos) y se estima una incidencia de 1,17 por 1.000 personas-año<sup>3</sup>. Puede cronificarse en pacientes inmunodeprimidos, con enfermedades crónicas y en edades extremas de la vida. La duración del cuadro es mayor en pacientes infectados por gérmenes resistentes a fluoroquinolonas<sup>4</sup> como lo fue en nuestro caso.

La transmisión indirecta es la más importante; la bacteria habita en el tracto gastrointestinal, por lo que el contagio se produce a través de alimentos poco cocinados (aves), leche o agua contaminadas.

Entre las complicaciones en la fase tardía figuran, además del síndrome de Guillain-Barré, la artritis reactiva. Su incidencia es < 3% y no se correlaciona con la gravedad de la diarrea. Aparece varias semanas después de la diarrea aguda. Las localizaciones más frecuentes son los tobillos, las rodillas, las muñecas y las manos, y causa una considerable limitación funcional. También puede asociarse a conjuntivitis o síndrome de Reiter.

El diagnóstico se establece por el hallazgo de coprocultivos positivos. El tratamiento es sintomático; sólo se usan antibióticos con pacientes gravemente enfermos, ancianos, embarazadas, inmunodeprimidos, fiebre elevada o en diarreas de más de 7 días de evolución. El antibiótico de elección es la eritromicina y como tratamiento alternativo figura la amoxicilina/ácido clavulánico. El ciprofloxacino en España no es de elección porque la tasa de resistencias observadas en los últimos años alcanza el 50%<sup>5</sup>.

Finalmente, nos gustaría insistir una vez más en las peculiaridades del paciente anciano, en el que una diarrea aguda por *Campylobacter jejuni* puede, en ocasiones, cronificarse, dificultar el diagnóstico y prolongar una enfermedad fácilmente tratable.

Beatriz Grandal Leiros, María José Palomo de los Reyes,  
M. Teresa Fernández Dorado  
y Carmen Morales Ballesteros  
Complejo Hospitalario de Toledo.  
Hospital Virgen del Valle. Toledo. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology*. 1999;116:1464.
2. Rodríguez F, Oballe J, Carlos Domínguez J, Soriano G. Predominance of *Campylobacter jejuni* in cases of bacterial gastroenteritis in the adult. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:138-9.
3. Tam CC, Rodrigues LC, Petersen I, Islam A, Hayward A, O'Brien SJ, et al. Incident of Guillain-Barre syndrome among patients with *Campy-*

*lobacter* infection: a general practice research Database Study. *J Infect Dis*. 2006;194:95.

4. Nelson JM, Smith KE, Vugia DJ, Rabatsky-Ehr T, Segler SD, Kassenborg HD, et al. Prolonged diarrhea due to ciprofloxacin-resistant *Campylobacter* infection. *J Infect Dis*. 2004;190:1150.
5. Gaunt PN, Piddock LJ. Ciprofloxacin resistant *Campylobacter* spp. in humans: An epidemiological and laboratory study. *J Antimicrob Chemother*. 1996;37:747.

## Fernando Jiménez Herrero, director de la Revista..., desde donde se encuentre

### Sr. Editor:

En estos primeros meses sin la presencia de Fernando Jiménez Herrero, nos han llegado algunas necrologías sobre él, escritas por ex compañeros que, como yo, no acabamos de acostumbrarnos a su ausencia. Siento un compromiso de lealtad hacia su persona porque le sucedí en la dirección de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA y gracias a esa circunstancia pude conocer de cerca su pasión por la geriatría y la ilusión y el esfuerzo por la Revista que transmitió a los miembros de esta Sociedad.

Releía hace unos días un artículo suyo sobre la historia de la Revista<sup>1</sup> en el que relataba que fue su primer director, pues desde el primer número publicado en 1966 hasta 1975, en que ocupó ese puesto, no se le encomendó a nadie realizar esa función. Desde 1975 hasta su retirada voluntaria en 1998 ocupó el cargo con la única excepción de los años 1985 a 1989 en que lo fue Francisco Guillén Llera por pasar Fernando a desempeñar la presidencia de la SEGG. A lo largo de esos años, colaboraron con él nada menos que 4 redactores jefes, 4 secretarios generales y 11 secretarios de redacción.

Como él mismo cuenta<sup>1</sup>, durante ese período pasó de llamarse *Revista Española de Gerontología* a REVISTA ESPAÑOLA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA en 1977 y adquirió su cabecera actual en 1980. Muy pronto, bajo su dirección, se empezó a publicar 6 números anuales ordinarios además de numerosos monográficos; se incrementó la colaboración de colegas extranjeros; se consolidó el premio Beltrán Báguena al mejor artículo publicado, que vio multiplicada su dotación económica, y se incrementó la tirada hasta más de 3.000 ejemplares. En 1977, la *Revista Española de Gerontología* recibió el premio de la Real Academia Nacional de Medicina como publicación más actual y novedosa del año.

Fernando fue el motor y el alma permanente de esta Revista. Tuve la oportunidad de comprobarlo durante los 7 años que compartí con él tareas editoriales, y me cupo el honor de poder glosar el reconocimiento hacia su persona por parte de la redacción que le sucedió<sup>2</sup>. En aquellas fechas, ya lo explicamos para conocimiento de los socios, durante su etapa de director, además de dirigir, coordinó el Comité de Redacción; solicitó colaboraciones de autores; mantuvo correspondencia con autores españoles y extran-

jeros; redactó un sinnúmero de artículos, noticias, comentarios de libros y otras aportaciones; cuidó las relaciones externas, y mimó con un cariño especial todo lo referente a la Revista. Sus colaboradores siempre recibimos de él grandes dosis de ilusión y de interés por la calidad de la publicación y nos motivó «con el mejor de los estímulos, el de su gran capacidad de trabajo». Tuvo constantemente palabras y actitudes de respeto y elogio no sólo para sus principales colaboradores, los Dres. Francisco Guillén Llera y José Manuel Ribera Casado —cada uno de ellos 10 años como Redactor Jefe—, sino también para cualquiera de los demás componentes de la redacción e incluso para los empleados de la editorial que tuvieran que ver con la Revista. Ningún nombre le era ajeno.

Tuvimos la satisfacción de que, tras su despedida voluntaria, la directiva de la SEGG le otorgara el nombramiento de «Director Honorario», que ha mantenido hasta su fallecimiento. Sin embargo, su colaboración no fue honoraria, sino efectiva y palpable, ya que continuó aportando colaboraciones en forma de comentarios de libros —una de sus secciones más queridas.

Era constante su presencia en las reuniones quincenales del Comité de Redacción, para las que se desplazaba a su costa desde La Coruña a Madrid. Los pocos días en que sus obligaciones no le permitían viajar nunca dejaba de llamar por teléfono a la hora de la reunión, donde a la voz de «¡el director!» se le pasaba el aparato al Redactor Jefe o al Secretario, ante quienes amablemente pasaba lista, pedía novedades y daba instrucciones. Aun desde lejos, su mente y su corazón estaban en la redacción de la Revista. Y probablemente siguen estando desde donde quiera que se encuentre ahora.

Juan Ignacio González Montalvo  
Servicio de Geriatría. Hospital Universitario La Paz-  
Cantoblanco. Madrid. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Herrero F. Luces y sombras en nuestro pasado: historia del órgano de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:129-34.
2. González Montalvo JI, Fúero Díaz A. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Revisión anual. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:193-4.