



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



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

A. Dalmau Roig¹, S. Lancho Lancho², J. Cornadó Royo¹ y A. Sagués Terol²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona. ²Médico 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 µg/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 anemia 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.