



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-582 - COLITIS FULMINANTE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ICD): A PROPÓSITO DE UN CASO

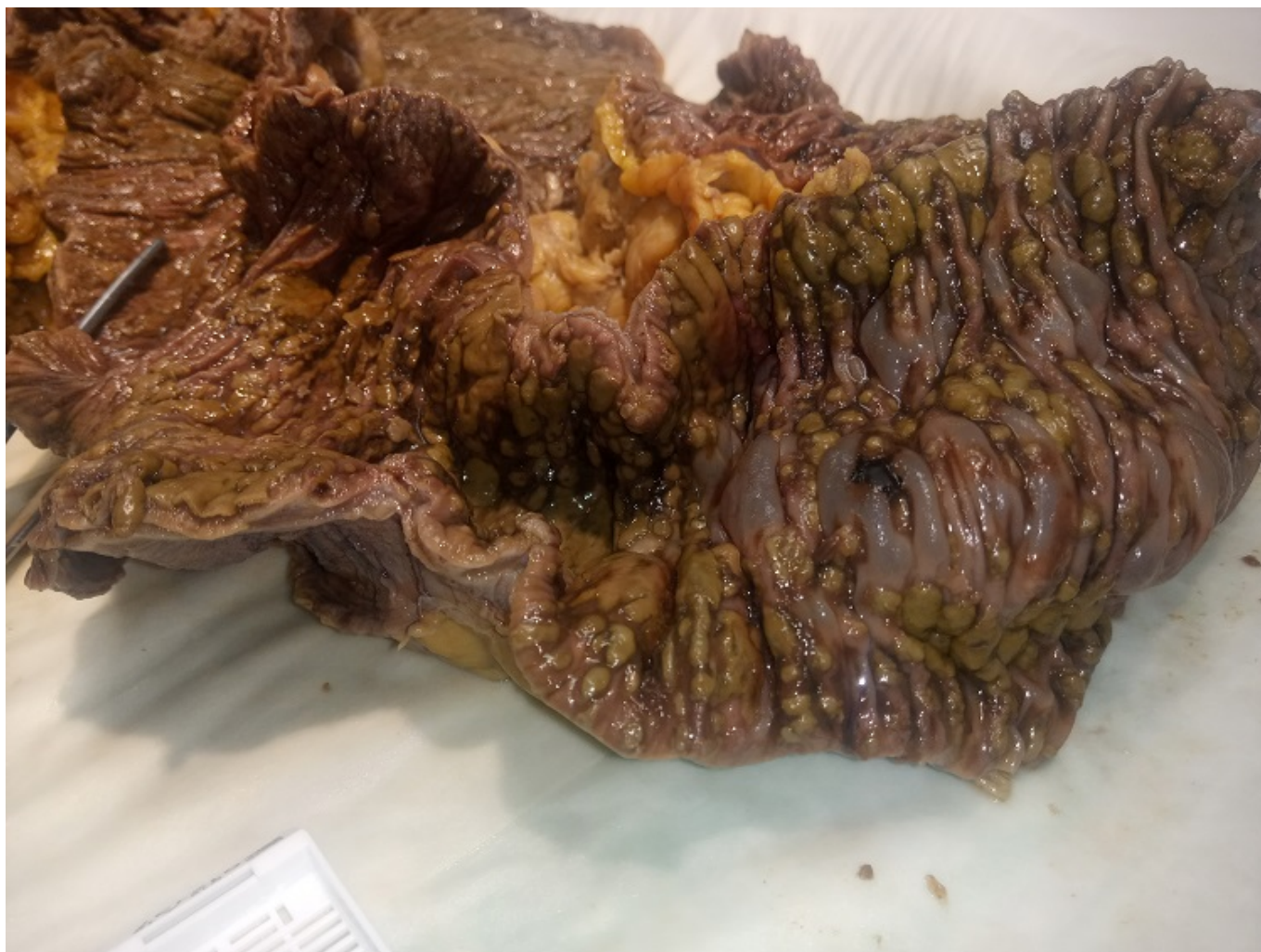
García Domínguez, Antonio¹; Marqueta de Salas, María¹; Téllez Safina, Hilda¹; García Domínguez, Melody²; Cagigal Ortega, Elima¹; Cervera Celdrán, Iria¹; González Guerreiro, Judit¹; Herrera Merino, Norberto¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés; ²Hospital General San Jorge, Huesca.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una paciente de 70 años con colitis fulminante secundaria a infección por *C. difficile* (ICD) que fue sometida a colectomía total con ileostomía terminal, presentando desenlace letal.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 70 años, diabética, dislipémica, con sobrepeso, SAHOS en tratamiento con CPAP, E. de Parkinson, síndrome depresivo, ERC G4A1 e intervenida de histerectomía más doble anexectomía por quistes ováricos y miomas uterinos. La paciente acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado de tipo cólico de 2 días de evolución, asociado a anorexia. La tomografía computarizada muestra hallazgos de diverticulitis yeyunal complicada con pequeño absceso/perforación contenida. Se decide manejo conservador con tratamiento antibiótico (ceftriaxona más metronidazol). Ante la buena evolución de la paciente, se decide Alta Hospitalaria. Una semana después, la paciente acude de nuevo a Urgencias por nuevo episodio de dolor abdominal. La tomografía computarizada muestra una colección de 50mm en flanco izquierdo, adyacente a asas yeyunales con realce peritoneal izquierdo. Se decide intervención quirúrgica urgente (resección parcial de intestino delgado incluyendo absceso en meso). Durante su estancia en planta, la paciente comienza con datos clínico-analíticos de sepsis asociado a múltiples deposiciones diarreicas, mostrándose en la tomografía computarizada hallazgos de colitis izquierda. Se decide ingreso en la Unidad de Reanimación instaurándose tratamiento con meropenem. La glutamato deshidrogenasa (GDH) y el cultivo toxigénico revelan la presencia de *C. difficile*, instaurándose tratamiento con vancomicina oral y metronidazol iv. Dada la mala evolución de la paciente, se precisa intubación y altas dosis de noradrenalina por inestabilidad hemodinámica. La paciente es diagnosticada de ICD grave complicada, instaurándose tratamiento con vancomicina rectal, metronidazol iv y tigeciclina. Finalmente se decide ingreso en UCI por shock séptico, revelándose en la tomografía computarizada hallazgos sugerentes de pancolitis. Se decide intervención quirúrgica urgente (colectomía total con ileostomía terminal). A pesar de ello, la paciente presenta síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) con exitus.



Discusión: La colitis fulminante es la forma clínica más grave de la ICD, apareciendo en el 3-10% de todos los pacientes. Entre los factores de riesgo para desarrollarla, podemos destacar la edad de más de 65 años, presencia de múltiples comorbilidades, pacientes inmunodeprimidos, necesidad de continuación de tratamiento antibiótico por otra causa a pesar de presentar ICD... Puede manifestarse en forma de megacolon tóxico, dando lugar a una peritonitis fecaloidea por perforación colónica, o dando lugar a formas sistémicas que desembocan en shock séptico y SDMO. Factores predictivos de esta complicación pueden ser episodios previos de ICD, leucocitosis de más de 18.000, inestabilidad hemodinámica, disminución del nivel de consciencia... El diagnóstico se establece por el empeoramiento clínico-analítico del paciente, así como por los hallazgos de colitis en la TC. El tratamiento consiste en la combinación de antibióticos (vancomicina, metronidazol, tigeciclina...) y el tratamiento quirúrgico, siendo de elección la colectomía total con ileostomía terminal. Una alternativa a ésta, es la ileostomía en asa con lavado colónico anterógrado intraoperatorio con polietilenglicol. A pesar del tratamiento precoz, la mortalidad de esta complicación puede alcanzar hasta el 40%.