



P-625 - COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA FULMINANTE TRAS APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Martínez Charines, Andrea; Montes Manrique, Mario Alberto; Sanchón Sánchez, Julia; Gómez Sanz, Tania; García Vera, Juan Carlos; Díaz Artigot, Paula; Redondo Villahoz, Elizabeth; Beltrán de Heredia Y Rentería, Juan Pablo

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: La colitis pseudomembranosa constituye una afectación inflamatoria de la mucosa del colon, caracterizada por la formación de pseudomembranas que se fusionan formando placas blanquecinas. Generalmente, cursa con dolor abdominal y afectación sistémica. En las últimas décadas, su incidencia ha aumentado, debido al aumento de consumo de antibióticos como son las cefalosporinas de tercera generación. En la era preantibiótica, el principal factor de riesgo implicado en su desarrollo fue la cirugía que debe seguir siendo sospechado ante la ausencia de otras etiologías.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 18 años sin antecedentes de interés, en seguimiento por sospecha de enfermedad celiaca. Acude a Urgencias con un cuadro de dolor abdominal de 7 días de evolución localizado en mesogastrio y actualmente focalizado en fosa iliaca derecha (FID). A la exploración física presenta dolor a la palpación en FID y signo de Blumberg positivo. Analíticamente presenta leucocitosis con desviación izquierda (16.600 leucocitos, 84% neutrófilos) y PCR 22. Se realiza ecografía con hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Los hallazgos operatorios fueron de apéndice flemonoso y cuerpo lúteo ovárico hemorrágico, realizándose apendicectomía laparoscópica sin incidencias. Posteriormente la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda en fase flemonosa. Al segundo día posoperatorio, presenta episodio febril (38 °C), asociado a taquicardia (112 lpm) e hipotensión sintomática (94/52 mmHg) con empeoramiento tanto clínico como analítico (hemoglobina 7,3 g/dl con hematocrito 22,2%, 14.200 leucocitos, procalcitonina 78). A la exploración física destaca una importante distensión abdominal con defensa a la palpación, por lo que ante la sospecha de abdomen agudo, se decide reintervenir de urgencia. Se identifica moderada cantidad de líquido libre y serohemático en pelvis, con muñón apendicular íntegro, con importantes signos de tiflitis y colitis en íleon terminal. Posoperatorio inmediato en unidad de cuidados intensivos. Con los hallazgos inflamatorios intraoperatorios de la segunda cirugía y la determinación positiva de toxina de *Clostridium difficile* en heces, es diagnosticada de colitis pseudomembranosa fulminante, se inicia tratamiento antibiótico con vancomicina oral y metronidazol intravenoso. Tras subir de nuevo a planta mejoría del estado general con buena tolerancia y mejoría de parámetros analíticos. Al alta afebril y hemodinámicamente estable.



Discusión: Ante un cuadro sistémico en ausencia de toma previa de antibióticos y una cirugía reciente debe hacernos sospechar una colitis pseudomembranosa dentro de los posibles diagnósticos diferenciales. Establecido el tratamiento antibiótico, la respuesta debe ser evidente en 48 horas.