



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/43 - DIARREA POSANTIBIÓTICA

E.M. Fernández Cueto<sup>a</sup>, F.J. Calderón Moreno<sup>b</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>c</sup>, A.M. Fernández López<sup>d</sup>, M. Martínez Hernández<sup>d</sup> y E. Schmucke Fortty<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camposol. Mazarrón. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año. Centro de Salud El Algar Mar Menor. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Casco. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 69 años con antecedentes personales de HTA en tratamiento con Valsartan/HCT. Hipertrofia prostática en tratamiento con tamsulosina. Presenta desde hace 10 días aumento del número de deposiciones (aproximadamente 10-15 dep. líquidas/día), de escasa cuantía, asociadas a mucosidad y dolor anal. No ha presentado dolor abdominal ni fiebre ni rectorragia. Hace unos días 20 días síndrome miccional con disuria, polaquiuria y tenesmo por lo que consulto en urgencias (urocultivos negativos) iniciándose tratamiento antibiótico con levofloxacino sin resolución del cuadro clínico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Consciente y orientado. Afebril. Abdomen: doloroso a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo aumentado. Resto normal. Analítica y orina: normal. Se decide ingreso a cargo de medicina interna para completar estudio. Se solicitan coprocultivos, estudios de parásitos y de *Clostridium* y colonoscopia. Tras resultado positivo para estudio de *Clostridium* (ag y toxina) se inicia antibiótico con metronidazol oral a dosis de 500 mg cada 8 horas con mejoría del número y consistencia de deposiciones. Se realiza colonoscopia que visualiza aftas fibrinadas con mucosa eritematosa que se biopsia compatible con el diagnóstico de colitis infecciosa.

**Juicio clínico:** Colitis por *Clostridium difficile*.

**Diagnóstico diferencial:** Enf. Crohn. Rotavirus. Salmonella. Síndrome intestino irritable.

**Comentario final:** Un caso por CDI se define como la presencia de síntomas (generalmente diarrea) y ya sea: un análisis de materia fecal positivo para toxinas de *C. difficile* o hallazgos colonoscópicos o histopatológicos que revelen colitis pseudomembranosa. Aunque *C. difficile* puede estar presente en las heces de un 3% de adultos sanos es el agente causal del 10-25% de las diarreas por antibióticos, del 50 al 75% de las colitis postratamiento antibiótico, y del 90 al 100% de los casos de colitis pseudomembranosa. Los antibióticos de mayor riesgo son las cefalosporinas de segunda y tercera generación, la clindamicina y las fluoroquinolonas. Para disminuir la incidencia de la diarrea por *C. difficile* es esencial la aplicación de una política adecuada de prescripción de antibióticos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aslam S, Musher DM. An update on diagnosis, treatment, and prevention of Clostridium difficile-associated disease. Gastroenterol Clin North Am. 2006;35:315-35.