



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

329/23 - OTRA COLITIS MÁS...O QUIZÁ NO?

I. García Terán¹; E. López Fernández²; F. González García¹; C. Azofra Macarrón³; T. Iglesias Suarez¹; A. García-Lago Sierra¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ²Especialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 81 años, no dependiente de terceras personas, fumadora activa, no consumo de alcohol. Dislipemia, Diabetes mellitus, hernia de hiato con reflujo asociado, asma bronquial, síndrome depresivo. Último ingreso 2016 por descompensación diabética, infección urinaria y fallo renal agudo prerrenal. Tratamiento habitual: ácido acetil salicílico, amlodipino, atorvastatina, tramadol, insulina, lormetazepam, metformina, omeprazol, paracetamol, paroxetina. Alergias: penicilina, cefalosporinas, carbapenem. Remitida a Urgencias hospitalarias por cuadro de varios días de evolución de dolor abdominal intenso, constante, más localizado en epigastrio, fosa ilíaca y vacío izquierdos. Inicialmente asoció deposiciones diarreicas con restos de sangre, persistiendo ahora únicamente dolor. No fiebre, no náuseas ni vómitos. No otra clínica acompañante. Es ingresada en Digestivo para control sintomático y estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada. Afebril. Tensión arterial 170/80 mmHg. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen: depresible, dolor a la palpación en epigastrio, fosa ilíaca y vacío izquierdos, sin peritonismo. Ruidos hidroaéreos presentes. Soplo aórtico abdominal. Extremidades inferiores: no edemas. -Analítica: hemograma y bioquímica normales, incluyendo hormonas tiroideas, perfil hepático y función renal. -Ecografía abdominal: colitis que afecta ángulo esplénico de colon, colon descendente y sigma, engrosamiento difuso de pared y cambios inflamatorios de grasa pericólica, sin colecciones asociadas, siendo la colitis inespecífica. Dilatación fusiforme de ambas arterias ilíacas primitivas (1.4-1.6 mm) sin estenosis asociadas. No otros hallazgos patológicos. -ECG: RS a 84 lpm, PR normal, QRS estrecho, T aplanadas en V2-V4. -Durante el ingreso: paciente estable, sin dolor ni deposiciones con productos patológicos y adecuada tolerancia oral, sin necesidad de tratamiento antibiótico, se decide alta a domicilio con pruebas complementarias ambulatorias. -Coprocultivo, parásitos en heces y estudio de celiacía negativos. -Colonoscopia: hemorroides internas y externas. Divertículos de sigma no complicados. A partir de 35 cm congestión, eritema y úlceras con fibrina, sin evidencia de hematomas submucosos, aspecto inflamatorio, afectación hasta transversal distal, se toman muestras para microbiología y AP. No otras alteraciones hasta ciego y extremo distal de íleon. -Cultivo de biopsia de colon: Clostridium paraputrificum. Se aprecia presencia de Cándida en el cultivo de hongos.

Juicio clínico: Colitis secundaria a *Clostridium paraputrificum*. Divertículos sigmoideos

Diagnóstico diferencial: Colitis isquémica, isquemia mesentérica crónica, parasitosis intestinal, celiacía, alteraciones absortivas de sales biliares, hipertiroidismo, neoplasias.

Comentario final: La paciente sigue asintomática, con TAC abdominal y colonoscopias de control con biopsias que muestran remisión completa. El género *Clostridium* son bacilos anaerobios Gram+ que pueden producir una amplia variedad de infecciones invasivas incluyendo mionecrosis, infecciones intraabdominales y bacteriemias, más frecuentemente en pacientes inmunodeprimidos, muy pocas de ellas debidas a *Clostridium paraputrificum*, pero de gran severidad, y en algunos casos pueden afectar a pacientes sin alteraciones inmunológicas. De elección, cuando es necesario, penicilinas más metronidazol.

Bibliografía

-Fukui M, Iwai S, Sakamoto R, Takahashi H, Hayashi T, Kenzaka T. *Clostridium paraputrificum* bacteriemia in an older patient with no predisposing medical condition. *Intern Med.*2017;56(64): 3395-7.

-Lindenmann J, Fink-Neuboeck N, Leitner E, Grisold E, Kohek A, Smolle-Juettner FM. *Clostridium paraputrificum* as rare causative of life threatening spontaneous necrotizing cellulitis of the abdominal wall. *Microbiol Discov.* 2016;4:3.