



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1261 - Infección por clostridium difficile en atención primaria

A. Tentor Viñas^a, S. Martín García^b, C. Cuadrado Rouco^c y M.J. Guereña Tomás^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Alpes. Madrid. Zona Este. ^bMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. Zona Este. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Alpes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: AP: bronquiectasias. Déficit Ig3. Paciente mujer de 66 años que acude a nuestra consulta por diarrea de 6 días de evolución de 7-8 deposiciones diarias, acompañado de sensación distérmica. El mes antes había tenido una bronquitis infecciosa por lo que tomó levofloxacino durante 7 días y amoxicilina-clavulánico durante 8 días. Además, reinterrogada refiere 2 pautas de amoxicilina por realización de implantes dentales.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: abdomen doloroso en ambas fosas ilíacas sin signos de irritación peritoneal. Dolor a la percusión en región lateral derecha del abdomen. Bien hidratada. Analítica: no leucocitosis ni deterioro de la función renal.

Juicio clínico: Con el antecedente de la toma de antibióticos y la clínica se solicita GDH y toxina que resulta positiva, diagnosticándose de Infección por Clostridium difficile (ICD) leve.

Diagnóstico diferencial: Según el protocolo realizado por el servicio de infecciosas del hospital de referencia, la ICD puede clasificarse en leve (sin leucocitosis ni daño renal) que puede ser manejada en AP con metronidazol; grave (con leucocitosis y/o daño renal) en cuyo caso se trataría con vancomicina como primera línea; y grave complicada con íleo, megacolon, o hipotensión, siendo necesaria la derivación hospitalaria. No es necesario realizar toxina de control. Tratamiento: se pautó metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 14 días, con lo que la paciente mejoró definitivamente y permanece sin recurrencias al año de evolución.

Comentario final: En la bibliografía encontramos un aumento de la incidencia con tasas de casos comunitarios (4) de ICD de hasta un 40%, siendo éstos más frecuentes en gente más joven y con menor exposición a antibióticos, siendo generalmente de menor gravedad, aunque la tasa de recurrencia es similar. La prevención (lavado de manos, guantes) es imprescindible. Es importante realizar un uso racional de los antibióticos y educar a los pacientes para ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Owens RC Jr, Donskey CJ, Gaynes RP, Loo VG, Muto CA. Antimicrobial-associated risk factors for Clostridium difficile infection. Clin Infect Dis. 2008;46 Suppl 1:S19-31.
2. Cobo J. Guía clínica de la infección por Clostridium difficile. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Enero 2014.

3. Zar FA, Bakkanagari SR, Moorthi KMLST, Davis MB. A comparison of Vancomycin and Metronidazole for the Treatment of Clostridium difficile-Associated diarrhea, Stratified by Disease Severity. Clin Infect Dis. 2007;45(3):302-7.
4. Khanna S. The Epidemiology of Community-Acquired Clostridium difficile Infection: A Population-Based Study. Am J Gastroenterol. 2012.