



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

Infecciones producidas por *Clostridium difficile*. Observaciones

Infections caused by Clostridium difficile. Addendum

Sr. Editor:

En primer lugar queremos felicitar a Rodríguez-Pardo et al. por la magnífica revisión que han realizado de las infecciones producidas por *Clostridium difficile*¹. El hecho de que *C. difficile* sea la causa más frecuente de diarrea en pacientes adultos hospitalizados, y el aumento en su incidencia, resalta la importancia de este patógeno. Nos gustaría, no obstante, hacer algunas aportaciones respecto al manejo terapéutico de estos pacientes.

En la elección del tratamiento del primer episodio de diarrea por *C. difficile*, como indican los autores, hay que valorar su gravedad: la elección en episodios no graves sería metronidazol 500 mg/8 h v.o., y en los graves, vancomicina 125 mg/6 h v.o. Sin embargo, la guía SHEA-IDSA de 2010 añade otro tercer grado de gravedad: los episodios graves complicados, definidos por la presencia de hipotensión o shock o megacolon, en los que recomienda de inicio vancomicina a dosis superiores (500 mg/6 h) v.o. o por sonda nasogástrica, junto con metronidazol 500 mg/8 h i.v., y con valoración de enemas rectales de vancomicina².

Coincidimos en que el tratamiento de la primera recidiva debe realizarse con el mismo fármaco que el episodio inicial, pero en pacientes con leucocitosis > 15.000/μl o deterioro progresivo de la función renal, con mayor riesgo de desarrollar complicaciones, se recomienda el uso de vancomicina².

En el algoritmo terapéutico de la diarrea por *C. difficile* propuesto por Rodríguez-Pardo et al., fidaxomicina aparece como alternativa a la vancomicina en el brote grave, y como alternativa en el megacolon tóxico¹. En los ensayos clínicos pivotaes de este fármaco³⁻⁵ se clasificaron como episodios graves los que cumplían uno o más de los siguientes: Cornely et al.³: > 15.000 leucocitos/μl, creatinina sérica > 1,5 mg/dl o temperatura > 38,5 °C (24,4% de los casos incluidos); Louie et al.⁴: > 15.000 leucocitos/μl o > 10 deposiciones/día (39% de los casos incluidos). Pero en ambos estudios pivotaes fueron excluidos los pacientes con > 30.000 leucocitos/μl, temperatura > 40 °C, hipotensión, shock séptico, signos peritoneales, deshidratación significativa o megacolon tóxico^{3,4}. Por eso tenemos dudas de que la fidaxomicina deba aparecer como alternativa terapéutica en los episodios graves complicados (incluyendo hipotensión, shock o megacolon), ya que, hasta donde conocemos, no hay evidencia aún que soporte esta indicación.

Por último, en el algoritmo propuesto se considera el tratamiento adyuvante con probióticos en las recidivas¹. Hay estudios que han mostrado la utilidad de los probióticos (especialmente *S. boulardii*) asociados al tratamiento convencional en disminuir el número de recidivas en pacientes con enfermedad recurrente⁶. Sin

embargo, las guías SHEA-IDSA no recomiendan el uso de probióticos en la prevención de la infección por *C. difficile*², debido a que hay poca evidencia que lo soporte⁷ y al riesgo potencial de fungemia, complicación descrita en pacientes inmunocomprometidos y con catéteres centrales^{8,9}.

Coincidimos con los autores en la necesidad de mejorar la sospecha diagnóstica de los clínicos, optimizar los procedimientos diagnósticos microbiológicos, adecuar el manejo clínico de los pacientes afectados e implantar las medidas de prevención adecuadas que permitan disminuir la incidencia y la morbimortalidad de esta patología.

Bibliografía

- Rodríguez-Pardo D, Mirelis B, Navarro F. Infecciones producidas por *Clostridium difficile*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:254–63.
- Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, et al. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31:431–55.
- Cornely OA, Crook DW, Esposito R, Poirier A, Somero MS, Weiss K, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for infection with *Clostridium difficile* in Europe, Canada, and the USA: A double-blind, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:281–9.
- Louie TJ, Miller MA, Mullane KM, Weiss K, Lentnek A, Golan Y, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med*. 2011;364:422–31.
- Crook DW, Walker AS, Kean Y, Weiss K, Cornely OA, Miller MA, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection: Meta-analysis of pivotal randomized controlled trials. *Clin Infect Dis*. 2012;55 Suppl 2:S93–103.
- McFarland LV. Meta-analysis of probiotics for the prevention of antibiotic associated diarrhea and the treatment of *Clostridium difficile* disease. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:812–22.
- Pillai A, Nelson R. Probiotics for treatment of *Clostridium difficile*-associated colitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1:CD004611.
- Muñoz P, Bouza E, Cuenca-Estrella M, Eiros JM, Pérez MJ, Sánchez-Somolinos M, et al. *Saccharomyces cerevisiae* fungemia: An emerging infectious disease. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1625–34.
- Cassone M, Serra P, Mondello F, Girolamo A, Scafetti S, Pistella E, et al. Outbreak of *Saccharomyces cerevisiae* subtype boulardii fungemia in patients neighboring those treated with a probiotic preparation of the organism. *J Clin Microbiol*. 2003;41:5340–3.

Luis Angel Sánchez-Muñoz^{a,*}, Pedro Ángel de Santos-Castro^b,
Cristina Rodríguez-Martín^a y Beatriz Vásquez-Posso^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com
(L.A. Sánchez-Muñoz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.021>

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.010>