

Colitis pseudomembranosa y neoplasia colónica asociada.

Pseudomembranous colitis and colonic neoplasm associated

Gema García García¹, Antonia Calvo Cano¹, Dolores Magro Ledesma¹, Almudena Henao Carrasco²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Digestivo. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Resumen

La colitis pseudomembranosa es una forma grave de diarrea nosocomial. *Clostridium difficile* es el agente etiológico más frecuente y debe sospecharse en pacientes ingresados que estén recibiendo antibióticos o los hayan tomado previamente. Presentamos el caso de un varón de 52 años que ingresa inicialmente por infección respiratoria y posteriormente se traslada a UCI por megacolon tóxico con shock séptico secundario a una enterocolitis pseudomembranosa grave, habiendo recibido previamente diferentes antibióticos.

Palabras clave: Colitis pseudomembranosa. *Clostridium difficile*. Antibioterapia.

Abstract

Pseudomembranous colitis is a severe form of nosocomial diarrhea. *Clostridium difficile* is the most common agent and should be suspected in hospitalized patients who are receiving antibiotics or have taken them previously. We report the case of a man of 52 years who was initially admitted with respiratory infection and then transferred to ICU with toxic megacolon and septic shock secondary to pseudomembranous colitis, after receiving several antibiotics.

Key words: Pseudomembranous colitis. *Clostridium difficile*. Antibiotics.

Introducción

La colitis pseudomembranosa (CPM) es una forma grave de diarrea nosocomial¹. Se debe sospechar en pacientes ingresados con tratamiento antibiótico o tras varias semanas después de éste. *Clostridium difficile* (CD) es el agente etiológico más frecuente². Se diagnostica mediante la demostración de su toxina en heces o bien, con hallazgos compatibles en la colonoscopia¹.

Caso clínico

Varón de 52 años con antecedentes de artritis gotosa, exfumador y exbebedor. En el último año fue diagnosticado de miocardiopatía dilatada enólica, anemia de trastornos crónicos e insuficiencia renal leve. Ingresa en otro hospital por cuadro constitucional, insuficiencia cardíaca (FEVI 26%), infección respiratoria tratada con Ceftriaxona, Azitromicina y Levofloxacino y episodios de artritis gotosa. Se deriva a UCI de nuestro hospital por cuadro de hipotensión, abdomen agudo, anuria de 3 días de evolución con insuficiencia renal, leucocitosis y diarrea líquida compatible con shock séptico.



Figura 1. TAC abdominal. Engrosamiento de pared colónica



Figura 2. Colonoscopia. Colitis y pseudomembranas

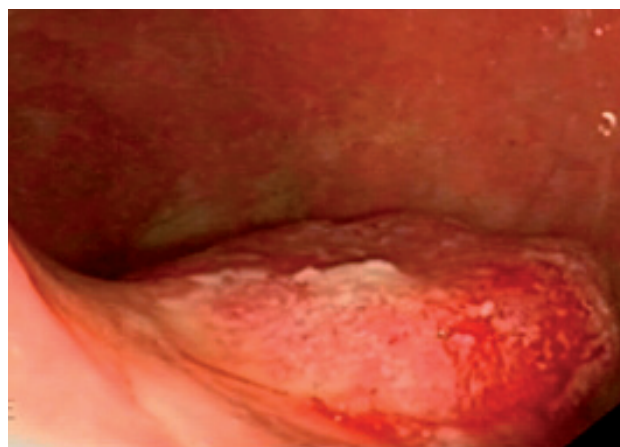


Figura 3. Colonoscopia. Pólipo en sigma

Se realiza TAC toracoabdominal, en el que se objetivan distensión de todo el colon con pérdida de la haustración, sobre todo en el transversal con nivel hidroaéreo, junto con engrosamiento de toda la pared colónica por edema, siendo compatible con colitis con signos incipientes de megacolon tóxico. Ante estos hallazgos, se realiza una cecostomía de descarga y se trata con Tigeciclina y Tobramicina. Se consulta con Medicina Interna por la persistencia de edemas generalizados, diarrea líquida y oligoanuria. A la exploración, palidez cutánea, mal estado general, anasarca y auscultación cardíaca irregular con soplo sistólico. Analíticamente, anemia normocítica normocroma, leucocitosis severa, insuficiencia renal, hiponatremia, hipoalbuminemia, hipoproteinemia, ferropenia, déficit de ácido fólico y acidosis metabólica. Se realiza ecografía abdominal, donde se observa ascitis y derrame pleural leve; TAC abdominopélvico, en el que persiste engrosamiento de la pared colónica (figura 1); y una colonoscopia, en la cual se objetivan pseudomembranas e importante actividad inflamatoria en todo el colon, se biopsia el ciego, con el resultado de necrosis isquémica e intensa serositis aguda, todo ello compatible con Enterocolitis Pseudomembranosa grave (figura 2). Se inicia Metronidazol intravenoso y Vancomicina oral durante 14 días, junto con nutrición parenteral, varias transfusiones sanguíneas y antiinflamatorios por episodios recidivantes de poliartritis gotosa. Necesitó ciclos repetidos de vancomicina oral al reaparecer deposiciones líquidas tras retirarla. El coprocultivo y la toxina-A para CD fueron negativos, así como el estudio inmunológico y la serología celíaca. Se repitieron dos colonoscopias de control, con resolución de CPM y objetivándose un pólipo en sigma que se biopsia (figura 3), siendo compatible con adenocarcinoma. Al alta, desaparición de los edemas, FEVI 40%, dieta normal y deposiciones normales con pauta descendente de vancomicina oral. Un mes después, fue intervenido del adenocarcinoma de colon sin complicaciones.

Discusión

Los antibióticos son los factores predisponentes de Colitis Pseudomembranosa (CPM) más frecuentes, ya que alteran la flora intestinal favoreciendo la exposición y colonización por patógenos², como el *Clostridium Difficile* (CD). Los antibióticos relacionados más frecuentes son la clindamicina, las cefalosporinas, la amoxicilina y la ampicilina³. Otros factores son los antineoplásicos, la

hospitalización prolongada, la edad avanzada o las enfermedades subyacentes graves⁴. En nuestro paciente, la diversidad de antibioterapia recibida (Ceftriaxona, azitromicina, Levofloxacino, Tigeciclina, Tobramicina) y la estancia hospitalaria prolongada (65 días) fueron los factores asociados. Se estableció el diagnóstico en base a los hallazgos endoscópicos, ya que se realizaron varias determinaciones de la toxina en heces y no se detectó. La ausencia de diagnóstico microbiológico puede estar en relación con que en nuestro hospital sólo se analiza la toxina-A para CD y pudiera estar causado por la toxina-B, que es más virulenta, o porque sea un falso negativo, que ocurre en el 10-20% de los casos o bien por otro germen⁵. Destacamos la presencia de una neoplasia colónica asociada a CPM en nuestro caso, visualizada en la segunda colonoscopia de control. En la literatura sólo hemos encontrado un caso de CPM asociado a neoplasia colónica⁶. El tratamiento de la CPM es el metronidazol o la vancomicina oral⁷, aunque en casos graves con importante afectación general conviene asociar metronidazol intravenoso a la vancomicina oral durante 14 días. En los casos de recaída (inicio de diarrea nuevamente), se recomienda iniciar la pauta previa y disminuir paulatinamente hasta suspender la vancomicina oral⁸.

Bibliografía

1. Bufanda L, Cosme A. Diarrea asociada a *Clostridium difficile*. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 48-56.
2. González-García N, Gómez-Pavón J, Martínez-Porras JL. Diagnóstico, tratamiento y control de la infección causada por *Clostridium difficile*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40: 310-9.
3. Bouza E, Burillo A, Muñoz P. Tratamiento antimicrobiano de la diarrea asociada con *Clostridium difficile*. *Med Clin N Am* 2006; 90: 1141-1163.
4. Pajera T. *Clostridium difficile* en el anciano: actualización epidemiológica y terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2009; 133: 180-3.
5. Bartlett JG. Antibiotic-associated diarrhea. *N Engl J Med* 2002; 346: 334-339.
6. Heymann TD, Rampton DS. Community-acquired *Clostridium difficile*-associated diarrhoea in a patient with colonic carcinoma. *Int J Clin Pract*. 1998; 52: 132-3.
7. Leffler DA, Lamont JT. Treatment of *Clostridium difficile*-associated disease. *Gastroenterology* 2009; 136: 1899.
8. Pepin J, Routhier S, Gagnon S, Brazeau I. Management and outcomes of a first recurrence of *Clostridium difficile*-associated disease in Quebec, Canada. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 758.
9. Freedman SD, Uppot RN, Mino- Kenudson M. A 34-year-old man with cystic fibrosis with abdominal pain and distension. *N Engl J Med* 2009; 361: 807-16.
10. Kelly CP, LaMont JT. *Clostridium difficile*-More difficult than ever. *N Engl J Med* 2008; 359: 1932-40.
11. Kushnaryov VM, Redlich PN, Sedmak JJ, Lyerly DM, Wilkins TD, Grossberg SE. Cytotoxicity of *Clostridium difficile* toxin A for human colonic and pancreatic carcinoma cell lines. *Cancer Res*. 1992; 52: 5096-9.