



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-87. - ESTUDIO DE LA INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (ICD) EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO (TOS)

Y. Torres García¹, M. Montero Alonso², M. Blanes Juliá², E. González Barberá³, M. Gómez Ruiz³, M. Salavert Lletí²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Resumen

Objetivos: Conocer la frecuencia de ICD en pacientes hospitalizados con TOS en hospitalizados, así como, el perfil clínico, características microbiológicas, factores de riesgo, evolución, datos microbiológicos, evolución, pronóstico y recurrencias de los episodios.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Periodo: de abril de 2012 a abril de 2014. Población: pacientes con TOS, mayores de 14 años, que precisan ingreso hospitalario por ICD o ésta se diagnostica durante la hospitalización. Diagnóstico microbiológico mediante algoritmo de tres pasos. Análisis estadístico de las variables seleccionadas mediante el programa SPSS 21.0.

Resultados: Se analizan un total de 23 episodios en idénticos pacientes, con edad media 50,0 años, y 60,9% mujeres. Procedencia: 39,1% desde la comunidad (con un ingreso hospitalario reciente -4 semanas previas-). Servicio receptor más frecuente: Unidad de Trasplante Pulmonar (34,8%). Estancia media: 18,3 días; media de ingresos previos (en 12 meses anteriores) de 3,3. Causa más frecuente de hospitalización: diarrea (47,8%) Tipo de TOS: Receptores de trasplante renal en el 34,8%, pulmonar 30,4%, hepático 26,1%, cardíaco 4,3% y reno-pancreático en otro 4,3%. Clínica predominante: 100% padecen diarrea, 17,4% dolor abdominal y 21,7% fiebre. Recibían tratamiento antibacteriano el 95,7% (50% cotrimoxazol, 54,5% cefalosporinas, 45,5% carbapenemes e igualmente quinolonas) e inhibidores de la bomba de protones (IBP) el 86,9%. Inmunosupresores asociados: el 82,6% recibe corticoides, 78,3% micofenolato y 60,9% tacrolimus. El 21,7% asocia infección o colonización por microorganismos multirresistentes. Tiempo entre clínica hasta el diagnóstico microbiológico con, media de 6,3 días. El 52,2% presenta un patrón de detección de toxina negativa en heces, con PCR de toxina B positiva y PCR de toxina binaria negativa. El tiempo de demora para el inicio del tratamiento fue, (media) de 0,67 días. Primer tratamiento del episodio: metronidazol vía oral en 80,9%. Hubo respuesta clínica favorable en el 95,6%. Complicaciones: un caso de cuadro oclusivo y otro de megacolon. No hubo mortalidad atribuible directamente a la ICD. Recurrencia en el 17,3% (75% reinfecciones), siendo tratadas en el 50%, con asociación de metronidazol y vancomicina oral, sin producirse complicaciones ni mortalidad asociada en las mismas. Las medidas de aislamiento sólo se establecieron en el 26% de los episodios.

Discusión: Los principales factores de riesgo asociados a ICD son las edades avanzadas, el uso de antibióterapias y la inmunosupresión, como en el caso de los receptores de TOS. El diagnóstico se establece a través de la clínica y pruebas microbiológicas, disponiendo actualmente en nuestro medio de las técnicas de biología molecular (PCR), de gran importancia en los casos estudiados (52,2% diagnosticados por PCR del

gen de toxina de *C. difficile*).

Conclusiones: Los episodios de ICD descritos en TOS se establecen principalmente en receptores de trasplante renal, pulmonar y hepático. Asocian otros factores de riesgo (comorbilidad, antibacterianos, uso de IBP y contacto estrecho con entorno hospitalario). La mayor parte, presentan un patrón de diagnóstico microbiológico en muestra de heces de toxina negativa, PCR de toxina B positiva y PCR de toxina binaria negativa. El tratamiento más empleado es metronidazol por vía oral, cobrando importancia la vancomicina en pacientes más graves. La implantación de medidas aislamiento de contacto es pobre en nuestro medio y se deben estimular educacionalmente programas de control epidemiológico de la ICD.