



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-231 - RECURRENCIA DE LA INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

A. Pascual Diago, N. Bellaubi Pallares, N. Ecurriola Ayora, L. Navarro Bargallo, E. Chamarro Martí, J. Martínez Sentmartí, C. Pascual Diago, N. Sanz Arevalillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Resumen

Objetivos: Se valora la recurrencia per *C. difficile* tras tratamiento con metronidazol y vancomicina a través de dos casos clínicos vividos en el servicio de Medicina Interna de HTVC en el 2015.

Métodos: El primero es una mujer de 77 años intervenida de adenocarcinoma gastroduodenal que en el posoperatorio inmediato presenta fiebre sin focalidad con microbiología negativa, iniciando imipenem, fluconazol y teicoplanina. Al mes, reconsulta por fiebre, diarrea y signos de desnutrición calórico-proteica (toxina de *C. difficile* positiva), administrándose metronidazol, control sintomático. Reingresa por fiebre sin foco tratada con levofloxacino y ceftriaxona, con un rebrote de diarrea por *C. difficile* (1ª recurrencia) rotando a Vancomicina, sin efecto (2ª recurrencia). Dado antecedentes de inmunosupresión, intervención quirúrgica reciente y diarrea refractaria a tratamiento, se inicia fidaxomicina durante diez días con evolución favorable. El segundo caso es un hombre de 47 años fumador de 20 paquetes/año y en tratamiento tuberculostático por TBC pulmonar bacilífera. En contexto de rotación de tuberculostático presenta fiebre y diarrea con toxina *C. difficile* positiva tratada con metronidazol. Recidiva a las dos semanas de completar la pauta (1ª recidiva), repitiendo tratamiento con metronidazol sin efecto, se inicia vancomicina durante 14 días. A los 5 días de finalizar el tratamiento presenta 2ª recidiva, derivándose a Medicina Interna donde iniciamos fidaxomicina con correcta evolución.

Resultados: En ambos casos se inició tratamiento con metronidazol y posteriormente con vancomicina sin resultados. Se optó por iniciar la fidaxomicina oral durante diez días con evolución clínica satisfactoria. El metronidazol, la vancomicina, y recientemente la fidaxomicina son los agentes antimicrobianos más utilizados para la ICD. La efectividad del tratamiento con vancomicina es similar a la del metronidazol. Por otra parte, la fidaxomicina, dentro del grupo de los antibióticos macrocíclicos, actúa de forma muy selectiva frente la ICD, con un bajo impacto sobre el resto de la microflora intestinal, favoreciendo la recuperación posterior. Disminuye la producción de esporas y toxinas por CD a diferencia del resto y tiene efecto post-antibiótico. La fidaxomicina es de elección en la ICD en inmunodeprimidos, cobertura antibiótica empírica múltiple reciente y cirugía gastro-duodenal y en la ICR recurrente y refractaria a tratamiento habitual.

Discusión: La infección por *C. difficile* (ICD) es una entidad cuya incidencia y morbilidad va en aumento. Este incremento de los casos de ICD podría asociarse al mayor consumo de antibióticos, la supresión farmacológica de la acidez gástrica, la edad de los pacientes y los inmunosupresores. El CD infecta a sujetos con comorbilidad importante produciendo un cuadro diarreico franco. Tiene una gran carga clínica, requiere medidas de aislamiento, su tratamiento puede ser refractario y presenta complicaciones graves (colitis pseudomembranosa, megacolon tóxico, perforación colon, sepsis). El tratamiento se basa en

metronidazol y vancomicina orales, excepto en un 25% de los con recurrencia en los 30 días, siendo la alternativa la fidaxomicina.

Conclusiones: La infección por *C. difficile* puede dar múltiples complicaciones, la recurrencia tras el tratamiento habitual es una de ellas. En estos la alternativa al tratamiento con metronidazol y/o vancomicina es la fidaxomicina. Más si cabe, en pacientes con ICD grave, inmunosuprimidos u intervenidos recientemente.