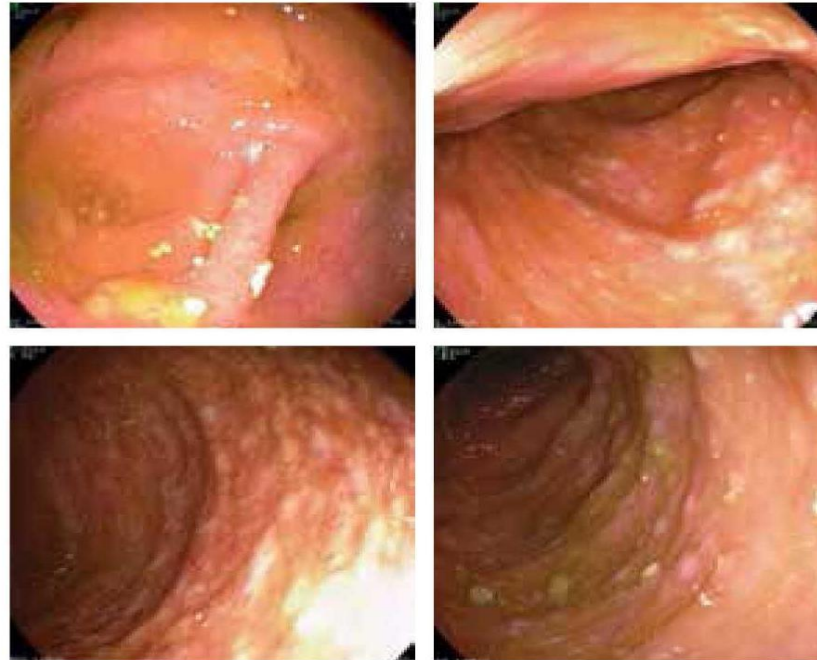


Colitis por *Clostridium*



Beatriz Mexía Belda (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Conchi Ruipérez Cebrián (Escolares)

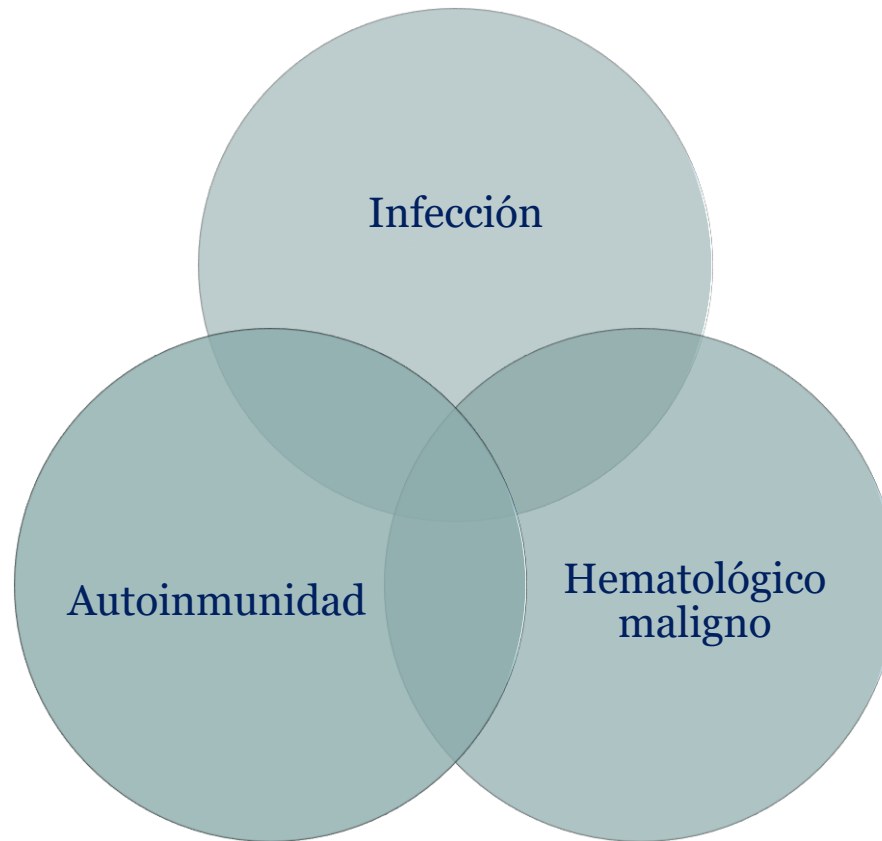
Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y datos exploratorios relevantes

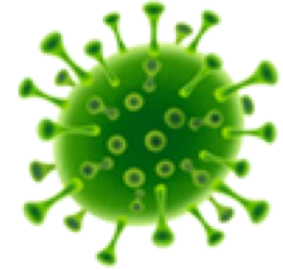
Varón de 9 años que acude por dolor abdominal y diarrea

- Síndrome febril prolongado
- Aftas 2 semanas, autolimitado
- Anorexia, astenia y pérdida de 3 Kg de peso
- Artralgia tobillo derecho
- Correctamente vacunado
- Eritema perianal

Pruebas diagnósticas

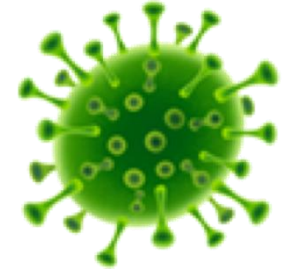


Pruebas diagnósticas



- ASO: PCR 11,15 mg/dL, anemia ferropénica, trombocitosis
- Sarampón IgG, Rubeola IgG negativos
- Heces: *Clostridium Difficile*, Calprotectina 924 mg/Kg
- FR, ANA, HLA-B27 negativos
- p-ANCA negativo, ASCA positivos
- Frotis sangre periférica: monocitosis reactiva, no blastos

Pruebas diagnósticas



- ASO: PCR 11,15 mg/dL, anemia ferropénica, trombocitosis
- Sarampión IgG, Rubeola IgG negativos
- Heces: *Clostridium Difficile*, Calprotectina 924 mg/Kg
- FR, ANA, HLA-B27 negativos
- p-ANCA negativo, ASCA positivos
- Frotis sangre periférica: monocitosis reactiva, no blastos

Pruebas diagnósticas

- Ecografías abdominales
- EnteroRM
- Radiografía de tórax y ecografía cervical ✓
- Ecocardiograma ✓
- Ecografía y radiografía de tobillo ✓



Ecografía UPED 15/02	Ecografía Planta 22/02	Entero RM 24/02
Engrosamiento parietal Adenopatías mesentéricas (17mm) Hiperecogenicidad grasa mesentérica	Disminuye Persiten (2mm) No hay signos de inflamación	Mínimo edema mucoso colon ascendente, ciego e íleon terminal
COLITIS	SE DESCARTA CU	SE DESCARTA CU, ETIOLOGÍA INFECCIOSA



Ecografía UPED 15/02	Ecografía Planta 22/02	Entero RM 24/02
Engrosamiento parietal	Disminuye	Mínimo edema mucoso colon ascendente, ciego e terminal
Adenopatías mesentéricas (17)		
Hiperecogenicidad mesentérica	No hay signos de inflamación	
COLITIS	SE DESCARTA CU	SE DESCARTA CU, ETIOLOGÍA INFECCIOSA

**DATOS
DISCORDANTES**

Tratamiento

- A su ingreso en planta: Cefotaxima y Metronidazol IV
- Mejoría a las 48h
- Tratamiento al alta: Metronidazol VO 30mg/kg/día
9.5ml cada 8h durante 10 días

La mejoría con Metronidazol sugiere una infección por ***Clostridium difficile***, probablemente en el contexto de una **EII crónica** que en este momento no está en un brote, sino en fase de **remisión**

Evolución – consulta 4/03

- Corre y juega
- Ha ganado 700 gr de peso en una semana
- Afebril, no diarrea, deposiciones normales
- VSG 107, PCR 3,15
- SOH positivo, Calprotectina fecal pendiente
- Persiste anemia ferropénica (se pauta Fe VO)
- Seguimiento por Digestivo

Conclusiones

- 30% de los pacientes pediátricos con EII pueden debutar con clínica extraintestinal
- Diagnóstico de EII: clínica, serología e imagen
- Un agente infeccioso no descarta EII, sino que puede ser el desencadenante de ésta
- Pruebas negativas no descartan EII
- Permiso domiciliario en pacientes pediátricos

Bibliografía

Grez C, Ossa J. Enfermedad inflamatoria intestinal en Pediatría, una revisión. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019;30(5):372-382.

Barahona-Garrido J, Hernández-Calleros J, Sarti H, Cabiedes J, Yamamoto-Furusho J. Marcadores serológicos en enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias poblacionales y limitaciones de su aplicación. Gastroenterología y Hepatología. 2009;32(5):380-381.

Lital Meyer S, Ricardo Espinoza A, Rodrigo Quera P. Infección por Clostridium difficile: epidemiología, diagnóstico y estrategias terapéuticas. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(3):473-484.

