

Virginia	Nombre:
Navarro Cutillas	Apellido:
Guido Alberto Finol Vacariello, Irene Navas Fernández – Silgado, Susana Borrueal Nacenta	Otros Autores:
virnacu@gmail.com	E-mail:
Hospital Universitario 12 de Octubre	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Esa colitis fácil y sencilla que no te debes dejar pasar	Título:
Varón de 60 años con antecedentes de prótesis aórtica y doble bypass coronario, con pericardiotomía antefrénica complicada por bacteriemia por <i>S. epididymitis</i> . Acude por diarreas de 24 horas de evolución. A la exploración destaca fiebre e hipotensión. En la analítica, destacaba una PCR de 12,07 mg/dl y acidosis metabólica.	Presentación:
Se realiza RX de abdomen que muestra distensión de colon y edema de pared. Frente a la evolución tórpida y tendencia a la hipotensión, el servicio de UCI solicita TC abdominal con CIV, mostrando una dilatación generalizada del marco cólico, con engrosamiento mural submucoso tipo nodular y edema de pliegues (signo del acordeón). Asocia líquido libre intraperitoneal y escasa afectación de la grasa pericólica. Los hallazgos son compatibles con pancolitis. Dado el antecedente de intervención reciente y antibioterapia de amplio espectro, se sugiere Pancolitis pseudomembranosa por <i>Clostridium difficile</i> . Las toxinas A y B resultaron positivas en heces a las 24h.	Discusión :
La diarrea asociada a antibioterapia es una entidad común, aunque puede llegar a ser grave en la colonización e infección por <i>Clostridium difficile</i> . En inmunodeprimidos (quimioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal) puede llegar a causar shock séptico, perforación y muerte. Un diagnóstico precoz permite un tratamiento con antibioterapia efectiva. La TC abdominal ayuda al diagnóstico rápido, con una sensibilidad del 52% y especificidad 93% en espera a la positividad de toxina en heces. En caso de antibioterapia previa, la distribución pancolónica o en colosigma, engrosamiento mural nodular, edema pericolónico y ascitis, así como el característico signo del acordeón (contenido intestinal interpuesto entre el edema de pliegues), sugiere colitis pseudomembranosa con un alto VPP (88%). Así, es posible diferenciarlo de otras etiologías con tratamientos distintos, como la colitis isquémica (en territorios vasculares frontera), o inflamatoria, tipo Enfermedad de Crohn (afectación del íleon terminal) o Colitis Ulcerosa (predomina el realce mucoso en rectosigma).	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Srisajakul S, Prapaisilp P, Kijawatt N. Multidetector computed tomography features of positive endoscopic or toxin assay <i>Clostridium difficile</i> colitis. <i>J Med Assoc Thai</i>. 2013; 96: 477 – 84. 2. Thoeni R, Cello J. CT imaging of colitis. <i>Radiology</i>. 2006; 240. 3. Kirkpatrick I, Greenberg H. Evaluating the CT diagnosis of <i>Clostridium difficile</i> colitis should CT guide therapy?. <i>AJR</i>. 2001; 176: 635 – 9. 4. Ha D, Tsai CJ. Pneumatosis intestinales in a patient with recurrent <i>Clostridium difficile</i> infection. <i>BMJ Case Rep</i>. 2012; 30. Doi: 10.1136/bcr-2012-006720. 5. Kawamoto S, Horton K, Fishman E. Pseudomembranous colitis: Spectrum of Imaging findings with clinical and pathologic correlation. <i>Radiographics</i>. 1999; 19:887 – 	Bibliografía:

97.	
<p>(A): Radiografía de abdomen simple donde se aprecia una dilatación de asas de intestino grueso con edema de pliegues (flecha negra) y borramiento de líneas grasas intraperitoneales, con desplazamiento central de asas, en relación con ascitis. TC abdominopélvico con CIV con fase portal en proyección coronal (B), axial (C) y sagital (D): Se confirma una afectación pancolónica de colon ascendente, ángulo esplénico y rectosigma (cabezas de flecha), con engrosamiento mural tipo nodular a expensas de la submucosa (flecha bipolar en B), don disposición en contenido entre los pliegues (signo del acordeón, flecha blanca en C). Se acompaña de inflamación pericólica y líquido libre intraperitoneal (asterisco).</p>	Pie de foto: