

Diarrea Infecciosa

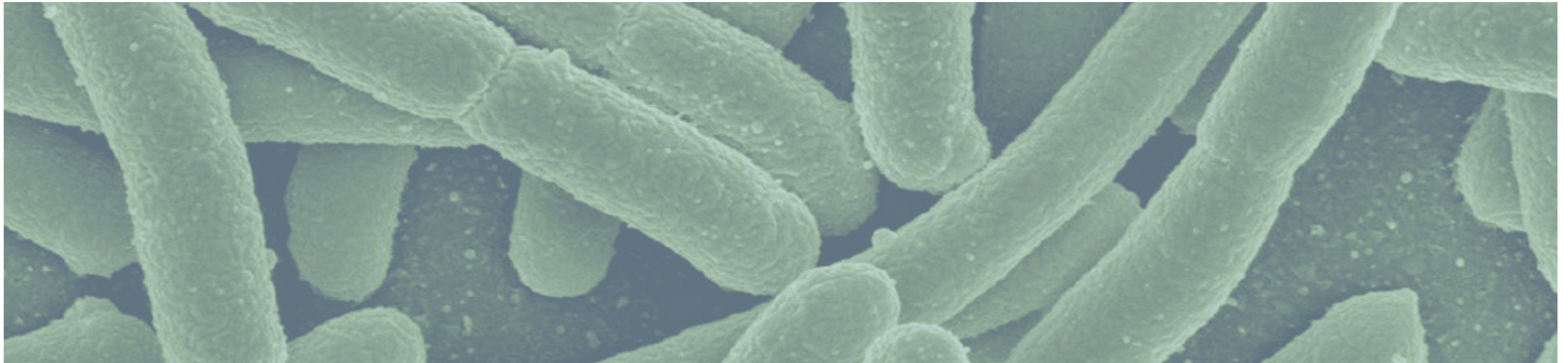
Curso Uso Racional de Uso de antibióticos

01 de Diciembre de 2021

Borja González López - Adjunto Medicina Interna HGU Elda

Índice

1. Conceptos generales
2. Diarrea No inflamatoria
 - 2.1. Presentación clínica
 - 2.2. Tratamiento y recomendaciones
3. Diarrea inflamatoria
 - 3.1. Presentación clínica
 - 3.2. Tratamiento
4. Diarrea del viajero
 - 4.1. Tratamiento
5. Diarrea en inmunodeprimidos
 - 5.1. Tratamiento
6. Diarrea Persistente o crónica
7. Bibliografía



1.- Conceptos generales

Diarrea aguda no inflamatoria

Deposiciones abundantes, sin sangre, sin fiebre

Calprotectina en heces **negativa**

Causa **Aumento de secreción de líquido en intestino delgado**

Dx Diferencial:

- Alergia alimentaria · Efecto farmacológico* · Nutrición enteral ·
- Intoxicación Metales Pesados ·

Diarrea aguda inflamatoria

Deposiciones frecuentes, poco volumen, dolor cólico y fiebre, tenesmo, con sangre y/o moco.

Calprotectina **positiva**

Causa **Invasión mucosa del colon o íleon o efecto de citotoxinas**

Dx diferencial:

- Enf Inflamatoria Colon · Colitis isquemia · Mucositis por QT o RT · Abscesos en vecindad ·
- Enf Injerto contra Receptor en TPH alogénico

1.- Conceptos generales

Solicitar

- Análisis Sanguíneo + Gases Venosos
- COPROCULTIVO
- PARÁSITOS en heces (x3)
- Si fiebre HEMOCULTIVOS
- Prueba de Imagen (Eco abdominal +/- TAC abdominal)*



2.- Diarrea aguda no Inflamatoria

Diarrea aguda no inflamatoria

Deposiciones abundantes, sin sangre, sin fiebre

Calprotectina en heces **negativa**

Causa **Aumento de secreción de líquido en intestino delgado**

Dx Diferencial:

- Alergia alimentaria · Efecto farmacológico* · Nutrición Enteral ·
- Intoxicación Metales Pesados ·

Diarrea aguda inflamatoria

Deposiciones frecuentes, poco volumen, dolor cólico y fiebre, tenesmo, con sangre y/o moco.

Calprotectina **positiva**

Causa **Invasión mucosa del colon o íleon o efecto de citotoxinas**

Dx diferencial:

- Enf Inflamatoria Colon · Colitis isquemia · Mucositis por QT o RT · Abscesos en vecindad ·
- Enf Injerto contra Receptor en TPH alogénico

2.- Diarrea aguda no Inflamatoria (II)

Etiología:

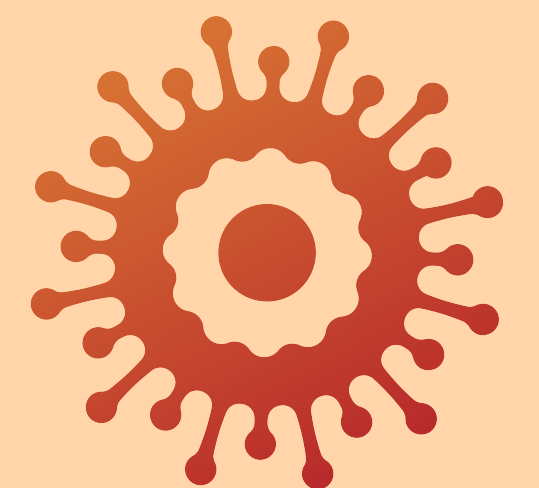
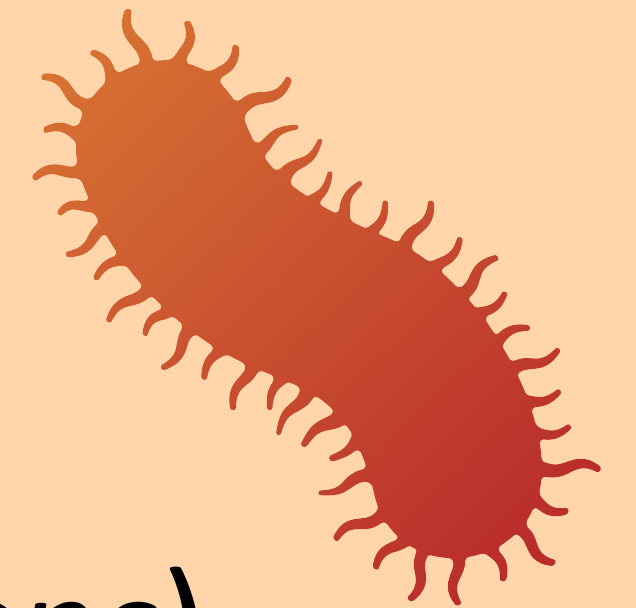
Neurotoxinas (*S aureus*, *B cereus*, *C botulinum*)

Enterotoxinas (*Vibrio* spp, *E. coli* Enterotoxigénico, *C perfringens*)

Invasión Superficial de la mucosa por **virus** o **protozoos**

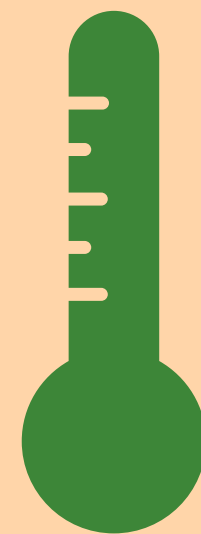
Rotavirus, Norovirus grupo A-C, Astrovirus entéricos (serotipos 40 y 41), Sapovirus, Otros (pestivirus, bocavirus, coronavirus zoonófilos, enterovirus, torovirus, picobirnavirus)

Giardia lamblia, **Cryptosporidium parvum** y **C hominis**.



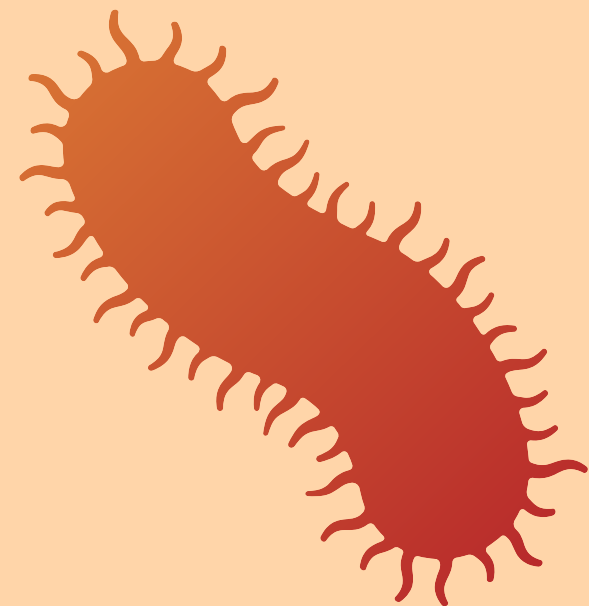
2.1.-Presentación clínica

Cursa **sin fiebre**



Periodo de incubación es **corto**.

- Inoculo Bacteriano · Virulencia · Condiciones del Huésped ·



2.1.-Presentación clínica (II)

Inicio de la clínica en la 1ª hora siguiente a la ingesta

Causa:

1. Alimentos contaminados con irritantes químicos inespecíficos o metales pesados (cobre, Zinc, Cadmio)
2. Intoxicación por peces escombroides
3. Alexandrium (saxitoxina), Karenia brevis y otros dinoflagelados

2.1.-Presentación clínica (III)

Inicio de la clínica en las 12 horas siguientes a la ingesta:

1. *Staphylococcus aureus* y *Bacillus cereus* (forma emetizante), primeras 6 h.
2. *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus* (forma diarreica) 6-12 H-
3. *Gambierdiscus* tóxicos (ciguatoxina)
4. *Dinophysis* (ácido okadaico)
5. *Pfiesteria piscina*, *Pseudonitzschia* (ácido domótico)
6. Intoxicación por setas

2.1.-Presentación clínica (IV)

Inicio de la clínica en las 24-48 horas siguientes a la ingesta:

1. *E. Coli* enterotoxigénico, *Vibrio Spp*, *Salmonella*, *Shigella*, *Listeria*, *C botulinum* (18-36h)
2. Norovirus
3. Intoxicación por setas

2.2.-Tratamiento y recomendaciones

En este caso el tratamiento es sintomático:

- **Dieta blanda** con alimentos astringentes (arroz)
- **Buena hidratación oral**
- Si riesgo de deshidratación en paciente con comorbilidades **ingreso** para sueroterapia y tratamiento intravenoso (iv).
- **Loperamida** o **Recatodriilo** pueden ser útiles para cortar clínica.

En la mayoría de casos mejoran espontáneamente

3.- Diarrea aguda inflamatoria

Diarrea aguda no inflamatoria

Deposiciones abundantes, sin sangre, sin fiebre

Calprotectina en heces **negativa**

Causa **Aumento de secreción de líquido en intestino delgado**

Dx Diferencial:

- Alergia alimentaria · Efecto farmacológico* · Nutrición Enteral ·
- Intoxicación Metales Pesados ·

Diarrea aguda inflamatoria

Deposiciones frecuentes, poco volumen, dolor cólico y fiebre, tenesmo, con sangre y/o moco.

Calprotectina **positiva**

Causa **Invasión mucosa del colon o íleon o efecto de citotoxinas**

Dx diferencial:

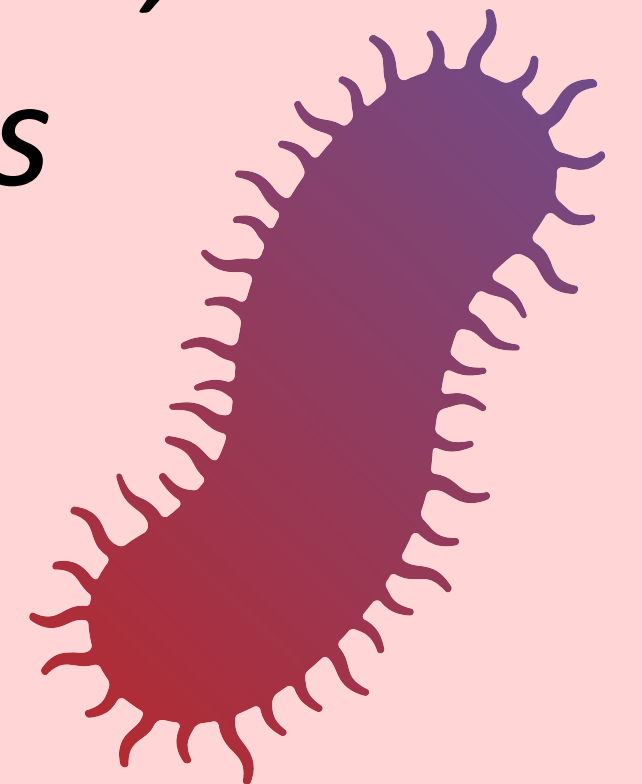
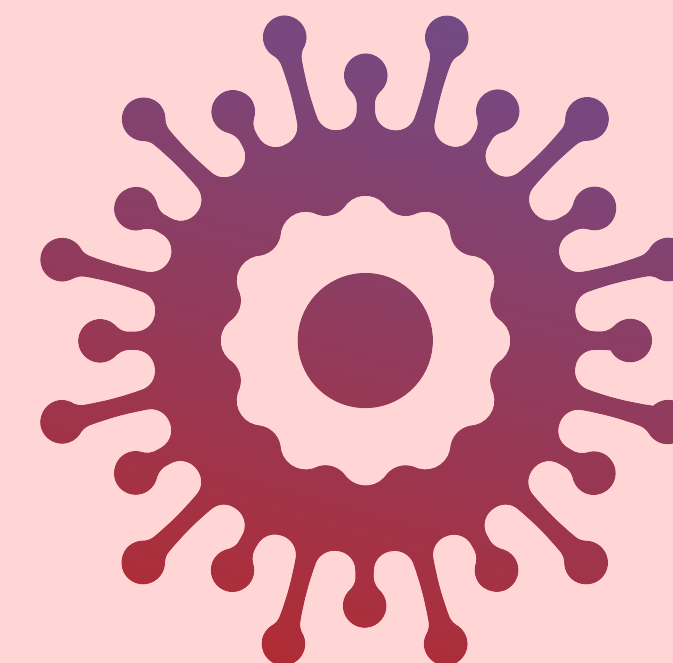
- Enf Inflamatoria Colon · Colitis isquemia · Mucositis por QT o RT · Abscesos en vecindad ·
- Enf Injerto contra Receptor en TPH alogénico



3.- Diarrea aguda inflamatoria (II)

Etiología

- **Bacterias:** *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* enterhemorrágico o enteroinvasivo, *Shigella spp*, *Salmonella spp* no Typhi, *Vibrio parahaemolyticus*, *Yersinia enterocolitica*, *Clostridioides difficile*, *Listeria monocytogenes*, *Plesiomonas shigelloides*, *Aeromonas hydrophila*, *Klebsiella oxytoca*
- **Virus:** CMV
- **Protozoos** *Entamoeba histolytica*



3.1.-Presentación clínica

Inicio de la clínica en al 3r-4o día después de la ingesta:

1. *Salmonella, Campylobacter, Yersinia, E. coli* enterohemorrágico.

3.2.-Tratamiento

- **Azitromicina 500 mg/día vía oral durante 3 días**
De elección *Campylobacter*
- **Ciprofloxacino 500 mg/12 horas vía oral, 3-5 días**
Si bacteriemia por *Salmonella* sp mantener 10-15 días (> 65 a y comorbilidades)
- **Rifaximina 200 mg /8 horas vía oral 3-5 días**
De elección si *E. Coli* enterotoxigénica (causa frecuente de diarrea viajero).
Campylobacter suele ser resistente.
- **Cefixima 200 mg/8-12 horas vía oral 3-5 días.**
Si bacteriemia por *Salmonella* sp sustituir por ceftriaxona 1g/día/iv y mantener 10-15 días
- **Vancomicina oral 125 mg/6 horas vía oral 10 días.**
Si sospechamos diarrea por clostridioides por haber recibido antibioterapia previa



4.-Diarrea del Viajero (I)

Causas.

- *E. Coli* enterotoxigénico (50% aprox.) y *E coli* enteroagregativo (20% aprox)
- *Shigella, Salmonella* (incluyendo fiebre tifoidea), *Campylobacter jejuni, V parahemolyticus, Aeromonas* (15% aprox)
- Norovirus, rotavirus (10% aprox)
- *Giardia, Cryptosporidium, Entamoeba Histolytica, Cyclospora* (5%).
La malaria puede debutar con un episodio de diarrea, vómitos y dolor abdominal.

4.1.- Tratamiento



- **Ciprofloxacino 500-750 mg/24 horas durante 3 días**
Exceptuando Asia por alta resistencia a fluorquinolonas
- **Azitromicina 500 mg/24 h durante 3 días o 1 gr en dosis única**
Muy recomendada en Sudeste asiático
Apta para embarazadas
Dosis 1 gr peor tolerada (nauseas)
Precaución cardiopatías por aumento de riesgo de muerte súbita
- **Rifaximina 200 mg /8h vía oral durante 3 días**
No efectiva en enteropatógenos.

5.-Diarrea en pacientes inmunodeprimidos (I)

Pacientes con VIH

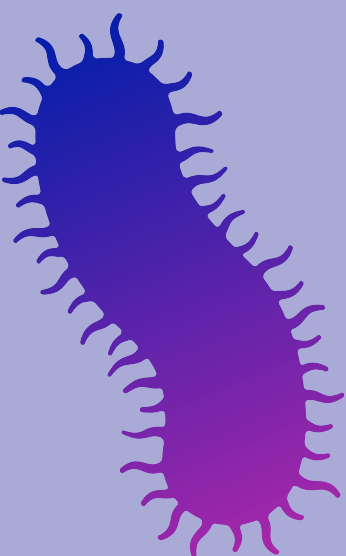
Valorar situación inmunológica y cumplimiento terapéutico.

Si es correcto pensar en:

- Mismos agentes etiológicos que población no VIH.

Si no es correcto pensar en

- CMV, otros virus como en la población sin VIH
 - *Cryptosporidium*, *Microsporidia*, *Giardia Lamblia*, *Cyclospora*, *Cystoisospora belli*, *Entamoeba Histolytica*, *Stonrgyloides*.
- En pacientes que practican sexo anal receptivo -> PROCTITIS
- En caso de sexo oro-anal, considerar Shigella, Giardia y E histolytica.



5.-Diarrea en pacientes inmunodeprimidos (II)

Trasplante Hematopoyético (TPH) o trasplante de órgano sólido:

- Tiempo desde el TPH si > 6 m mismos agentes que inmunocompetentes ·
 - Valorar toma de antibióticos previa ·
 - Valorar tratamiento inmunosupresor actual ·
- *C. difficile*, Enterocolitis neutropénica (tiflitis)
- *E. coli* enteropatógeno, *Yersinia enterocolítica*.
- CMV, adenovirus, norovirus
- *Cryptosporidium*

5.1.-Tratamiento

Se recomienda más que nunca solicitar muestras de heces para estudio y parásitos.

En caso de sospecha toxina de Clostridioides.

Tratamiento empírico:

- **Ceftriaxona 1 gr cada 24 horas iv**
- **Metronidazol 500 mg cada 8 horas iv**

Si sospechamos *Clostridioides*

- **Vancomicina oral 125 mg/6 horas vía oral**



6.-Diarrea persistente o crónica

Diarrea persistente (> 14 días) o crónica (> 30 días) de causa infecciosa. En paciente inmunocompetente

Bacterias

- *E. Coli* enteropatógeno, *E. Coli* enteroagregativo y *E. coli* difusamente adherente
- *Tropherynma whipplei*
- *Clostridioides difficile*
- *Brachyspira*
- *Plesiomonas shigelloides*
- Diarrea de Brainerd.
- Síndrome sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado.

Protozoos

- *Giardia lamblia*, *cryptosporidium*, *cyclospora cayetanensis*, *Entamoeba histolytic*
Cistoisospora belli.

6.1.- Tratamiento

No se considera necesario el inicio de tratamiento empírico.
Se hace más necesario objetivar la causa mediante pruebas microbiológicas

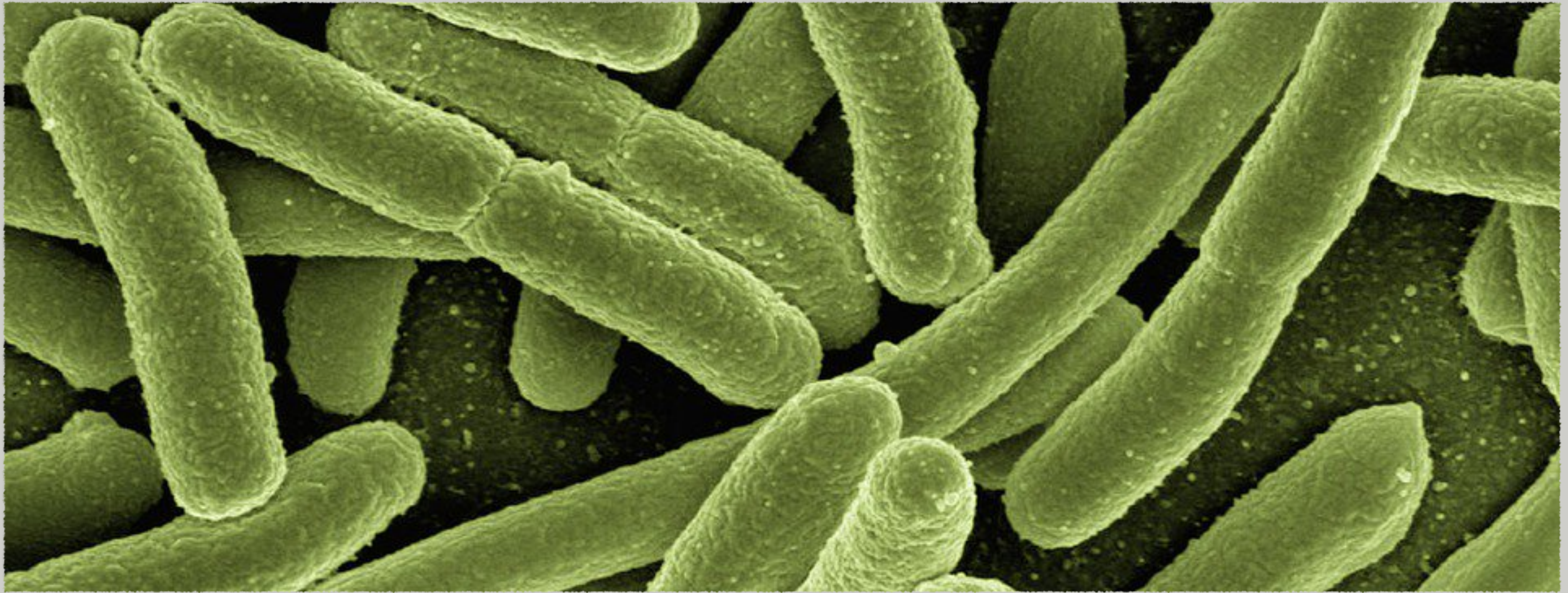
De ser necesario:

- **Metronidazol** 500 mg/8 horas durante 7-10 días.



7.- Bibliografía

- 1.- Vila J, Olivera I, Zboromyrska Y, Gascon J. Diarrea del viajero. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016; 34(9): 579–584.
- 2.- Sánchez-Martínez J A, Solís-Manzano M L. Diarrea infecciosa en VIH. *Revista médica MD*. 2011. (3)2: 85-91.3.-
- 3.- Fishman J A. Infection in Solid-Organ Transplant Recipients. *N Engl J Med*. 2007. 357(25):2601-14.
- 4.- Mensa J, Soriano A, Lopez-Suñe E, et al. Guía de terapéutica antimicrobiana 2021. 31ª Ed. Marzo 2021. Editorial ANTARES. 2021



MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN

DUDAS O PREGUNTAS