



## Infección por *Clostridioides difficile*: ¿Debemos cambiar nuestro enfrentamiento en el diagnóstico y tratamiento?

### *Clostridioides difficile* infection: Should we change our approach in diagnosis and treatment?

Sr. Editor:

Aunque las guías nacionales de manejo de la infección por *Clostridioides difficile* (ICD) fueron publicadas recientemente<sup>1</sup>, publicaciones posteriores que incluyen una actualización del Programa de Infecciones Emergentes de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en E.U.A., plantean la necesidad de que tanto la Sociedad Chilena de Infectología como de Gastroenterología reevalúen el enfrentamiento diagnóstico y tratamiento de la ICD en nuestro país<sup>2</sup> (Tabla 1).

Con respecto al diagnóstico, las Guías de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) 2018 recomiendan que en pacientes que presenten un cuadro de deposiciones líquidas/blandas con frecuencia  $\geq 3$  episodios en 24 h y sin otra etiología aparente, debe

realizarse medición de toxina de CD en deposiciones asociado a glutamato deshidrogenasa (GDH) o test de reacción de polimerasa en cadena (RPC) para CD, y no cada uno por sí solo<sup>2</sup>.

En relación al tratamiento, existen algunos aspectos a considerar. El primero es respecto del antimicrobiano a elegir al momento de la primera crisis. Las guías IDSA recomiendan que si se encuentra disponible, vancomicina debería ser la elección<sup>2</sup>. Dado que existen dos estudios que demuestran que en ICD moderada a grave, vancomicina es superior a metronidazol, nosotros sugerimos que vancomicina debería ser usado en estos dos escenarios, o en aquellos pacientes con cuadros leves que tengan factores asociados a mayor riesgo de recurrencia (mayores de 65 años, historia de ICD previa, entre otros)<sup>3-5</sup>. En segundo lugar, ante un primer episodio de recurrencia, las Guías IDSA recomiendan usar vancomicina si se utilizó metronidazol previamente, o vancomicina en esquema en pulsos o descenso progresivo si este antibacteriano fue utilizado en el primer episodio. Finalmente, en relación al TMF, las Guías IDSA recomiendan su uso a partir de la segunda recurrencia<sup>2</sup>.

Sin duda, reevaluar las guías nacionales permitirá

**Tabla 1. Diferencias entre Consenso Chileno<sup>1</sup> y guías IDSA<sup>2</sup> en el diagnóstico y tratamiento de *Clostridioides difficile***

	Consenso chileno	Guías IDSA
<b>Diagnóstico</b>		
Recomendaciones	<p>Método de elección: RPC de <i>C. difficile</i> en deposiciones. Solo realizar en paciente con cuadro clínico compatible</p> <p>No utilizar enzimo-inmuno-ensayo (EIA) para detección de toxina de <i>C. difficile</i> en deposiciones, por su bajo rendimiento. No recomendable como único test</p> <p>No usar EIA para detección de glutamato deshidrogenasa (GDH) de <i>C. difficile</i> en deposiciones, por su baja especificidad. Alternativa subóptima como único test, podría usarse como tamizaje inicial</p> <p>No hay rol en repetir test en días subsiguientes</p>	<p>Algoritmo de múltiples pasos: GDH + toxina o GDH + toxina y luego eventual RPC <i>C difficile</i>. RPC + Toxina <i>C. difficile</i></p> <p>No hay rol en repetir test en días subsiguientes</p>
<b>Tratamiento</b>		
Primera infección	<p>Leve-moderado: Metronidazol 500 mg cada 8 h vía oral, por 10-14 días</p> <p>Grave: Vancomicina 125 mg cada 6 h vía oral, por 10 días Ausencia de respuesta clínica a los 3-5 días: aumentar la dosis de vancomicina a 250 mg cada 6 h por vía oral</p> <p>Grave complicada: Vancomicina 250 o 500 mg cada 6 h vía oral + metronidazol 500 mg cada 8 h vía intravenosa En caso de íleo, agregar vancomicina en enemas 500 mg en 100 cc de solución salina fisiológica (NaCl 9‰) cada 4 a 6 h</p>	<p>Leve-moderado: Vancomicina 125 mg cada 6 h vía oral, por 10 días Fidaxomicina 200 mg vía oral cada 12 h, por 10 días No disponibilidad de los anteriores: metronidazol 500 mg cada 8 h vía oral, por 10 días</p> <p>Grave: Vancomicina 125 mg cada 6 h vía oral, por 10 días Fidaxomicina 200 mg vía oral cada 12 h, por 10 días</p> <p>Grave complicada: Vancomicina 500 mg cada 6 h vía oral o por vía nasoenteral. Eventualmente por sonda rectal + metronidazol 500 mg cada 8 h vía intravenosa</p>



Primera recurrencia	Utilizar el mismo antimicrobiano que en el episodio inicial. Ajustar según la gravedad de la recurrencia	Vancomicina 125 mg cada 6 hrs vía oral por 10 días, si antibiótico inicial fue metronidazol Vancomicina esquema prolongado y descenso progresivo si esquema inicial fue con vancomicina dosis estándar: 125 mg cada 6 h, por 10-14 días; luego cada 12 h, por 7 días; luego cada 24 h, por 7 días; luego cada 48-72 h, por 2 a 8 semanas Fidaxomicina 200 mg cada 12 h por 10 días, si primer episodio fue tratado con vancomicina
Segunda recurrencia	Vancomicina esquema prolongado y descenso progresivo o en pulsos	Trasplante microbiota fecal
Tercera recurrencia	Vancomicina 14 días seguido de rifaximina 400 mg cada 8 h vía oral, por 4 semanas	Vancomicina en esquema prolongado y descenso progresivo Vancomicina 125 mg cada 6 h vía oral, por 10 días, seguido de rifaximina 400 mg cada 8 h vía oral, por 20 días
Recurrencias posteriores	Trasplante microbiota fecal	Fidaxomicina 200 mg cada 12 h vía oral, por 10 días

evitar no solo sobre o subtratar a los pacientes con ICD, sino que también definir la mejor estrategia terapéutica disminuyendo con ello la posibilidad de una evolución desfavorable.

### Referencias bibliográficas

1. Hernández-Rocha C, Pidal P, Ajenjo M C, Quera R, Quintanilla M, Lubascher J, et al. Consenso chileno de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea asociada a *Clostridium difficile*. Rev Chilena Infectol 2016; 33: 98-118. doi.org/10.4067/S0716-10182016000100020.
2. McDonald L C, Gerding D N, Johnson S, Bakken J S, Carroll K C, Coffin S E, et al. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis. 2018; 66: e1-e48. doi: 10.1093/cid/ciy149.
3. Cobo J, Merino E, Martínez C, Cózar-Llistó A, Shaw E, Marrodán T, et al. Prediction of recurrent *Clostridium difficile* infection at the bedside: the GEIH-CDI score. Int J Antimicrob Agents 2018; 51: 393-8. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2017.09.010.

4. Gerding D N, Lessa F C. The epidemiology of *Clostridium difficile* infection inside and outside health care institutions. Infect Dis Clin North Am 2015; 29: 37-50.
5. Al-Nassir W N, Sethi A K, Nerandzic M M, Bobulsky G S, Jump R L, Donskey C J. Comparison of clinical and microbiological response to treatment of *Clostridium difficile*-associated disease with metronidazole and vancomycin. Clin Infect Dis 2008; 47: 56-62. doi: 10.1086/588293.

**Rocío Sedano<sup>1</sup>, Rodrigo Quera<sup>2</sup>, Ricardo Espinoza<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Clínica Las Condes.

<sup>3</sup>Infectología, Departamento de Medicina Interna, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

#### Correspondencia:

Rodrigo Quera  
rquera@clc.cl