

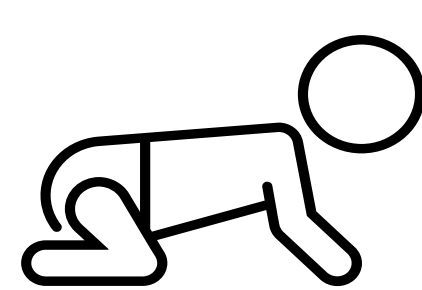
DIARREA PROLONGADA GRAVE EN EL LACTANTE: ¿EN QUE DEBEMOS PENSAR?

García Barba S¹, López Maticci MM¹, Amar YSF¹, Pérez Fernández C¹, Martínez Escribano B¹, Salcedo Lobato E², Barrio Torres J¹
¹Gastroenterología Infantil, HU. de Fuenlabrada, ²H. U. Doce de Octubre

INTRODUCCIÓN

La **diarrea grave** en los primeros meses de vida precisa descartar **patología orgánica**. Presentamos una paciente cuya tórpida evolución nos hizo pensar en una **enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de inicio precoz**, confirmándose posteriormente una **pancolitis erosiva por citomegalovirus (CMV)**.

CASO CLÍNICO



Lactante de 2 meses
Sin antecedentes de interés
Ingreso por **bronquiolitis leve**

2º día

- Comienza con fiebre, vómitos, deposiciones líquidas y rechazo de ingesta
- AS: leucocitosis, ↑ PCR 10 mg/dl. Heces: copro y virus negativos. Orina: leucos +++.
- Se inicia ampicilina y gentamicina iv ante sospecha de ITU febril (urocultivo posteriormente negativo)

¿GEA?
¿ITU febril?

2º-5º día

- ↑ ritmo deposicional con restos de sangre → se retiran PLV de la dieta materna (LM exclusiva) y ante ausencia de mejoría se inicia formula extensamente hidrolizada.
- Controles iónicos, gasométricos y función renal normal con sueroterapia iv a NB + reposición del déficit.

¿APLV 2ª?

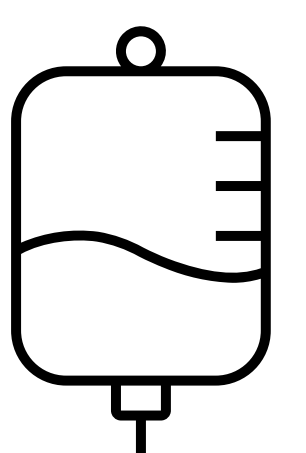
5º-8º día

- Empeoramiento clínico, ↑ PCR 30 mg/dl.
- Ecografía abdominal: normal, estudio de heces incluyendo toxina de C. Difficile y parásitos, negativos.
- Se sustituye antibiótico por cefotaxima iv, cediendo picos febriles y ↓ reactantes pero persistiendo diarrea profusa.

¿Sepsis abdominal?

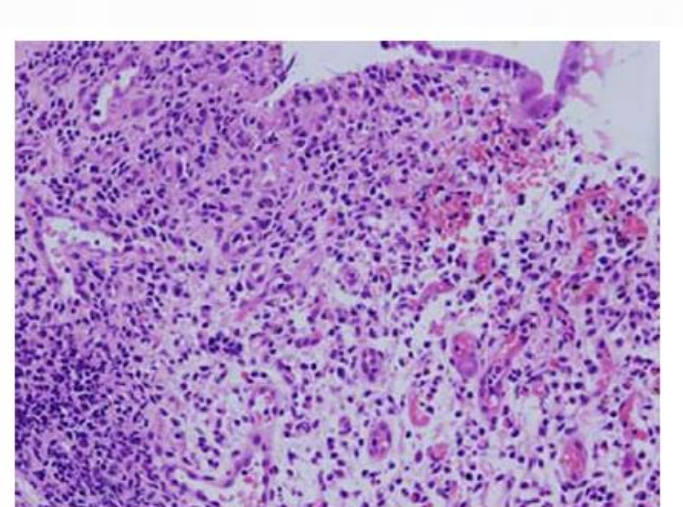
2ª semana

- Inicio de repercusión nutricional → se cambia a formula elemental, sin mejoría.
- Se canaliza vía central y se inicia nutrición parenteral el 9º día de ingreso
- A las 24 horas de su inicio pierde vía y ante dificultad de accesos venosos se traslada a centro terciario.



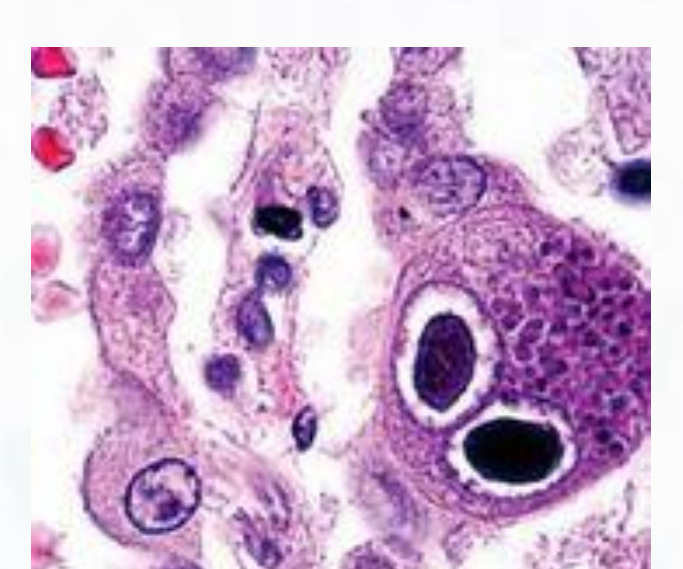
3ª semana

- En centro terciario se reinicia parenteral, manteniendo dieta absoluta con respuesta clínica parcial
- Se realizan pruebas de malabsorción, inmunidad e iones en heces, normales. Calprotectina fecal 2200 µg.
- Rectosigmoidoscopia: normal macroscópicamente, pero donde se objetiva en estudio AP un contexto inflamatorio agudo, sin evidencia de granulomas ni agentes microbiológicos (VHS, CMV, covid-19, parvovirus..).



4ª semana

- Tras reinicio de nutrición enteral presenta empeoramiento de nuevo. Se repite calprotectina fecal con valores de 3300 µg y control ecográfico que muestra afectación inflamatoria pancólica.
- Colonoscopia: congestión, edema, placas inflamatorias y erosiones en mucosa desde recto a ciego, sugestiva de pancolitis erosiva.
- Ante sospecha de EII de inicio muy precoz se inician corticoides sistémicos, que se suspenden a los 3 días por cambios histológicos propios de una infección por CMV (inclusiones citomegálicas).
- Tras tratamiento con ganciclovir iv una semana el cuadro se resuelve sin secuelas.



¿EII de inicio muy precoz?

¡Infección por CMV!

CONCLUSIONES

Debe descartarse **infección por CMV** en pacientes con **diarrea grave** con independencia del estado inmunológico. Los hallazgos colonoscópicos pueden ser **similares a la EII**. La gran destrucción tisular no permitió detectar cambios citopáticos típicos en la primera endoscopia. Por último, el tratamiento con ganciclovir iv acorta el curso natural de la enfermedad y reduce la sintomatología.