

ITU EN PACIENTE CON MATERIAL ENDOUROLÓGICO: ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA?

Autoras: Sánchez Beltrán, M^aCarmen, Cáceres Cortés, M^aCristina

CASO CLÍNICO

Varón de 76 años con antecedentes relevantes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y lupus cutáneo crónico en tratamiento tópico. Acude a Urgencias por dolor intenso en hipogastrio irradiado a flanco derecho de 6 horas de evolución. Ha presentado episodios similares desde hace dos semanas. Semiológicamente destacaba dolor a la percusión renal izquierda. Analíticamente presentaba un fracaso renal agudo con creatinina de 3,5 mg/dl, acidosis metabólica e hiperpotasemia de 6.3mEq/L en el contexto de lo previo. Se realizó ecografía abdominal que objetivó litiasis renal izquierda en uréter medio que condiciona ureterohidronefrosis ipsilateral. Se contactó con Urología quienes ampliaron estudio con tomografía axial computerizada (TAC) abdominal que demostró litiasis ureterales bilaterales con ureterohidronefrosis bilateral grado III/IV. El urocultivo resultó estéril. El paciente fue dado de alta tras la colocación de catéteres dobles J bilaterales, la recuperación de la función renal y administración de ciclo de antibioterapia con ceftriaxona intravenosa. En el seguimiento posterior en su médico de Atención Primaria, presentó clínica irritativa miccional con urocultivo positivo en tres ocasiones en los siguientes tres meses. El primero de ellos fue por un *Enterococcus faecalis* sin resistencias, tratado con cefuroxima. El segundo por *Enterococcus faecium* resistente a ampicilina, ciprofloxacino, cotrimoxazol, estreptomina, gentamicina y tetraciclina, tratado con fosfomicina. El tercero por *Enterobacter cloacae* resistente a amoxicilina/clavulánico, ampicilina, cefuroxima y fosfomicina, tratado con ciprofloxacino.

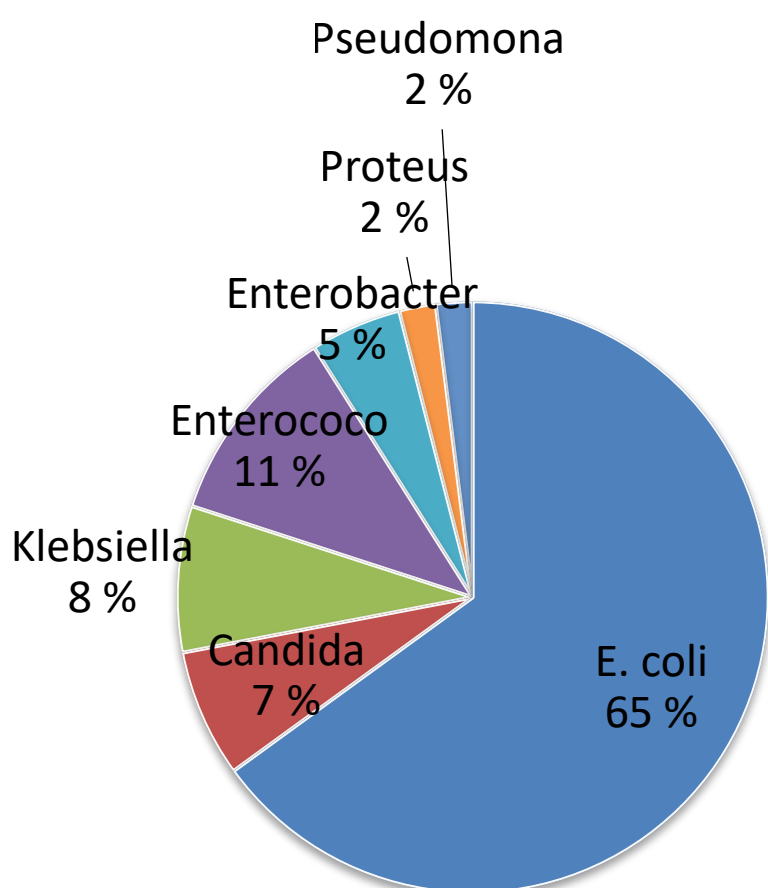
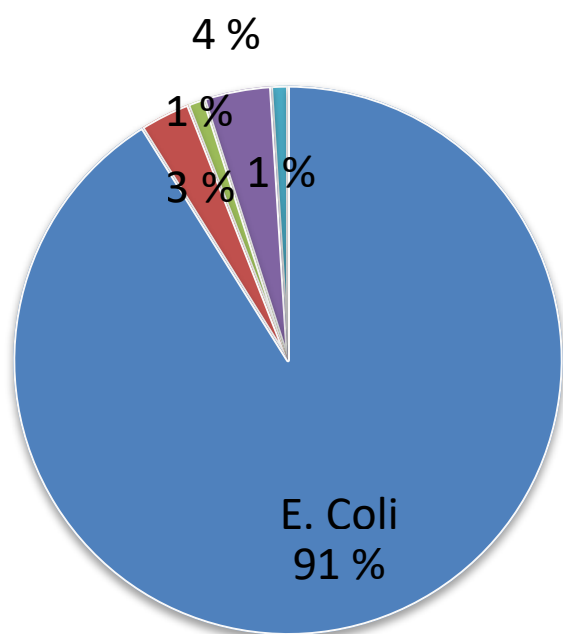


Fig. 1: ITU comunitaria
 Fig. 2: ITU asociada a material endourológico

CONCLUSIONES

En relación al caso expuesto se revisa la epidemiología habitual, así como los antibióticos que debemos evitar debido al aumento de resistencias de la infección urinaria comunitaria en paciente con material endourológico. En una revisión exhaustiva de la literatura se pone de manifiesto que los gérmenes más habitualmente aislados en este grupo son: *Escherichia coli* (65%) y *Candida spp* mayoritariamente, seguidos de *Enterococcus spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp* y *Enterobacter spp*; por lo que, debido al aumento de resistencias actuales (hasta 9% BLEE y un 2% carbapenemasa), se deberían evitar: amoxicilina, amoxicilina/clavulánico, trimetoprim, trimetoprim-sulfametoxazol y fluorquinolonas, fosfomicina y nitrofurantoina. Por otro lado, en infecciones urinarias de repetición en paciente portador de catéter endourológico, se recomienda realizar prueba de imagen complementaria para descartar complicaciones y la retirada del catéter.

BIBLIOGRAFÍA

1. L. Ortiz-Ramirez, *et al.* Factores asociados: características clínicas, microbiológicas y perfiles de resistencia en infecciones urinarias asociadas a catéter en dos hospitales de alta complejidad. *Infectio* 2022; 26(2): 161-167
2. Delgado Mallen P, Ortega González Y. Infecciones de la Vías Urinarias y de Trasmisión Sexual. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606.
3. Martínez, J.A, Mensa, J. Infección urinaria asociada a catéteres urinarios en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23 Supl 4:57-66