



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/340 - Infecciones urinarias recidivantes por bacteria multirresistente en AP

M.T. Muñoz Lozano<sup>a</sup>, P.E., Guillén Álvarez<sup>b</sup>, D. Murillo García<sup>c</sup>, A. Simón Fuentes<sup>d</sup> y F.C. Carramiñana Barrera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: mujer de 79 años que acude a nuestra consulta por síndrome miccional sin fiebre, no refiere otra sintomatología. Antecedentes personales: HTA, dislipemia, obesidad, osteoporosis, quistes parapiélicos, colecistectomía. ITUs recurrentes. Marzo 2013: tras ingreso para colecistectomía programada, aislándose E. coli cepa productora de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA). Sensible a: nitrofurantoína y fosfomicina. Tratamiento dirigido: fosfomicina. Octubre 2013: E. coli BLEA. Tratamiento dirigido: fosfomicina. Diciembre 2013: E. coli resistente a ampicilina y cotrimoxazol, se prescribió cefuroxima. Debido a las ITUs recurrentes pautamos profilácticamente norfloxacin.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: buen estado general. Afebril. Abdomen: normal salvo dolor a la palpación de hipogastrio, puñopercusión renal bilateral negativa. Exploración ginecológica: normal. Análisis de orina: normal excepto: leucocitos 500 leu/ul y análisis microscópico: 20-30 leucocitos/c, bacterias. Antibiograma: Escherichia coli BLEA: ampicilina R, amoxicilina-clavulánico R, norfloxacin R, ciprofloxacino R, cotrimoxazol R, nitrofurantoína S, fosfomicina S.

**Juicio clínico:** Infección urinaria por Escherichia coli productora de BLEA en paciente con ITUs recurrentes.

**Diagnóstico diferencial:** Uretritis aguda. Cistitis intersticial. Vulvovaginitis aguda. Enfermedad inflamatoria pélvica.

**Comentario final:** La paciente presenta ITU a pesar del tratamiento profiláctico con norfloxacin, lo suspendemos y solicitamos urocultivo; pautamos cefuroxima 250 mg/8 h empíricamente hasta resultados. Tras antibiograma empleamos fosfomicina 500 mg/8 h (1 semana) y urocultivo de control a la semana: negativo, encontrándose la paciente asintomática. La paciente presenta factores de riesgo para infección por E. coli BLEA: edad, infecciones recurrentes y quinolonas recientemente. Existe un aumento de las ITUs extrahospitalarias por E. coli BLEA reduciendo las posibilidades terapéuticas, como ocurre en nuestro caso. En España, las resistencias a fluoroquinolonas, cefalosporinas y amoxicilina/clavulánico son inferiores al 10%, con incremento de las resistencias a quinolonas. Fosfomicina y nitrofurantoína presentan baja tasa de resistencia. En nuestro caso, la bacteria causante de la infección es multirresistente, limitando el arsenal terapéutico, y muestra sensibilidad a la fosfomicina, antiséptico urinario con excelente actividad in vitro, y ha demostrado su eficacia clínica e incluso la negativización de la bacteria en el tracto urinario.

### BIBLIOGRAFÍA

1. López-Cereroay L, Pascual A. Epidemiología de las BLEE en la comunidad: un problema emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25 Supl. 2:23-8.
2. Olivier A, Cantón R. Enterobacterias productoras de  $\beta$ -lactamasas plasmídicas de espectro extendido. SEIMC: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. Madrid: SEIMC; 2013. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentoscientificos>.
3. Pigrau C. Infección del tracto urinario. Barcelona: Salvat; 2013.

160/374

Muguet Oral en adulto

A.M. Felipe Lemes<sup>a</sup> y G.E. Ayala Gonzales<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>b</sup> Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

**Descripción del caso:** Paciente de 35 años de edad que acude a su médico de Atención Primaria por cuadro de urticaria tras la toma de amoxicilina-clavulánico tras padecer faringoamigdalitis. Antecedentes personales: bisexual. Relaciones de riesgo hace 10 años. Se hace interconsulta a Alergología con resultado negativo. Dos meses después el paciente presenta varios episodios de muguet oral y onicomycosis en ambos pies. Acude posteriormente por cuadro de pérdida ponderal de hasta 8 kilos, fiebre de 10 días de evolución, acompañado de tos, cansancio, algias musculares, diarrea sin productos patológicos. Aporta informe de Urgencias de dos días antes por cuadro de pérdida de consciencia de 2 minutos de duración con pródromos de agobio, mareo, malestar abdominal sin pérdida de control de esfínteres, desorientado tras el episodio. Se decide consultar el caso con Consulta Rápida de Medicina Interna que indica ingreso hospitalario para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Placas blanquecinas en lengua. Radiografía tórax y control: aumento de densidad bilateral compatible con patrón intersticial perihiliar. TAC toracoabdominal: afectación difusa del parénquima pulmonar con áreas de aumento de densidad en vidrio deslustrado bilaterales, pequeños nodulillos y con algún pequeño foco parcheado de parénquima respetado. Sugestiva de infección oportunista: neumocistis/citomegalovirus. RMN cerebral: normal. Colonoscopia: válvula ileocecal eritematosa y edematosa. Pólipo de unos 2 mm en margen anal. Resultado biopsia: colitis crónica intensa con intensa actividad, ulceración y presencia de CMV. Serologías: Ig G VEB +, Ig G CMV: +, VIH: +, WB: +, PCR VIH: 264.200. Poblaciones linfocitarias 60 (6%).

**Juicio clínico:** VIH de reciente diagnóstico. Estadio C3 (SIDA), neumonía bilateral por *Pneumocistis jirovecii*, colitis por CMV.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Quemaduras. 2. Leucoplasia. 3. Lique. 4. Otras entidades como manchas de leche. 5. Desechos alimentarios. 6. Infecciones bacterianas. 7. Cambios precancerosos. 8. Carcinomatosis. 9. Síndrome.

**Comentario final:** La enfermedad por el VIH debe considerarse como un espectro que comprende desde la infección primaria, pasando por un estado asintomático, hasta la enfermedad avanzada. El principal efecto de la replicación del VIH es la progresiva reducción en el recuento de linfocitos CD4. El número de CD4 y la replicación viral son los indicadores que predicen con más consistencia la aparición de posibles manifestaciones clínicas. La vía de transmisión del VIH son a través de contactos sexual, de exposición a sangre y por transmisión perinatal. El diagnóstico se basa en la demostración de anticuerpos anti-VIH en el plasma, en la detección directa del mismo o de algunos de sus componentes, o en ambos. Los pacientes con infección VIH precisan revisiones clínicas con cierta periodicidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. [www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39\\_2\\_02/Est07202.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm)

2. Redondo Sánchez J, Molero García JM, Muñoz Gutiérrez J, García Velasco G. Problemas Infecciosos. Casado Vicente V, Calero Muñoz S, García Olmos, et al, eds. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Vol 1. 2ª ed. Barcelona: Panamericana, 2012. p. 868-78.