

Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/902 - SÍNDROME MICCIONAL QUE NO RESPONDE A ANTIBIOTERAPIA, ¿Y AHORA QUÉ?

L. Celia Arias¹, G. Mallet Redín², B. Torre Pérez³ y M. Escorihuela Gimeno⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 39 años que consultó por disuria de varios días, en ausencia de fiebre, hematuria, dolor lumbar o suprapúbico o exudado uretral. Negaba conductas sexuales de riesgo. Exploración física sin hallazgos. Realizamos test Combur que mostraba leucocituria (\pm). Ante la sospecha de ITU complicada iniciamos tratamiento empírico con fosfomicina 3 gramos cada 72 horas, dos dosis. El paciente consultó una semana tras finalizar el tratamiento por persistencia y empeoramiento de la disuria. A la exploración no objetivamos exudado uretral, sí enrojecimiento circundante al meato urinario de reciente aparición. Tomamos muestra de orina para urocultivo y realizamos frotis uretral, además de solicitar serología para VIH, VHB y sífilis. Asimismo iniciamos tratamiento empírico con ceftriaxona 250 mg IM dosis única y azitromicina 1 gramo vía oral dosis única, e indicamos protección con preservativo los siguientes 7 días y nueva cita a las 3 semanas para revisión en nuestra consulta. Pasadas 3 semanas el paciente afirmaba encontrarse mejor, habiendo remitido la disuria y la irritación del meato. En el urocultivo se descartó la presencia de unidades formadoras de colonias que pudieran orientar hacia una infección del tracto urinario, mientras que el resultado del cultivo de exudado uretral sí confirmó el diagnóstico de uretritis infecciosa por *Chlamydia trachomatis*. El resultado de las serologías fue negativo.

Exploración y pruebas complementarias: Combur test, urocultivo, cultivo de exudado uretral y serologías (VIH, HBsAg y *Treponema pallidum*).

Orientación diagnóstica: Uretritis infecciosa.

Diagnóstico diferencial: ITU, orquiepididimitis, uretritis no infecciosa.

Comentario final: En todo paciente varón joven con clínica miccional y vida sexual activa debemos investigar conductas sexuales de riesgo, así como confirmar nuestra sospecha diagnóstica de uretritis infecciosa con un cultivo de exudado uretral e iniciar tratamiento empírico en pacientes sintomáticos con ceftriaxona y azitromicina, dada la elevada frecuencia de infecciones mixtas (gonococo y *Chlamydia*). Recordar que la uretritis gonocócica es una enfermedad de declaración obligatoria, y que no debemos olvidar evaluar a las parejas sexuales de los dos meses previos al inicio de los síntomas del paciente.

Bibliografía

1. Taberner Ferrer RM. Dermapixel: Blog de dermatología cotidiana 2014 [Internet]. [citado 29 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.dermapixel.com/2014/09/dermapixel-el-libro.html?m=1>

Palabras clave: Disuria. Uretritis. Enfermedades de transmisión sexual.