



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/395 - ¿ALGO MÁS QUE UNA ITU?

M. García Estrada^a, G. García Estrada^b, C. Corugedo Ovies^c, M. Cordero Cervantes^d, R. Abad Rodríguez^e y E. Berdún González^f

^aCentro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^bMédico de Familia. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: fiebre y disnea. Antecedentes personales: NAMC. HTA. Dislipemia. Tratamiento crónico: enalapril/hidroclorotiazida; omeprazol; atorvastatina. Historia actual: paciente de 89 años que acude a nuestra consulta por presentar desde hace 9 días cuadro febril. La hija refiere ITUs de repetición durante los últimos 5 meses que ha estado a tratamiento con distintos antibióticos sin mejoría. Actualmente persiste dolor en hipogastrio, fiebre y disnea que se ha hecho de reposo. La paciente fue derivada a servicio de urgencias debido al empeoramiento brusco de su estado general e ingresó en servicio de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: REG. COC. Eupneica. T° 38,5 °C. Sat 95% TA 105/66. AC: normal. AP: crepitantes bilaterales hasta campos medios. Abdomen: blando, depresible, doloroso a palpación profunda en hipogastrio. RRHH presentes. No palpo masas ni megalias. Blumberg negativo. EEII: sin alteraciones. Hemograma: Hb 11,7 g/dl; Hto 33,9%. VCM 81,7 fL; leucocitos 26,7 g/dl; neutrófilos 90,9%; plaquetas 406.000 mg/dl. Bioquímica: glucosa 126 mg/dl; urea 175 mg/dl; creatinina 1,95 mg/dl; Ion sodio 130 mmol/L; Ion potasio 3,3 mmol/L; procalcitonina 2,19; PCR 17,9 mg/dl. NTproBNP 4.248. Coagulación: TP 75%. Fibrinógeno 925 mg/dl. Orina: sangre indicios. Leucocitos negativo. Nitritos negativo. Escasos cilindros hialinos. Gasometría: pH 7,43; pCO2 31 mmHg; pO2 93 mmHg; Bicarbonato 21,9 mmHg. Exceso de bases: -3,4 mmol/L. Sat O2 98%. TAC abdomino-pélvico: neoplasia de cérvix con atrapamiento de ambos uréteres que provoca grave ureterohidronefrosis bilateral. Metástasis óseas en huesos iliacos y ramas isquiopubianas. Infiltrados pulmonares bilaterales en ambas bases sugestivo de proceso inflamatorio/infeccioso.

Juicio clínico: 1. Sepsis de probable origen pulmonar. 2. Neoplasia de cérvix estadio IV.

Diagnóstico diferencial: ITU complicada. Insuficiencia cardiaca. Insuficiencia renal.

Comentario final: Las infecciones de tracto urinario son uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. En todo momento, debemos tener en cuenta los criterios de ITU complicada: clínica de más de 7 días; embarazadas; recaída reciente (antecedentes de pielonefritis aguda el último año y gérmenes multirresistentes); diabetes mellitus; anomalías en la vía urinaria; inmunodeficiencia; instrumentación reciente de la vía urinaria; mayores de 65 años; litiasis; vejiga neurógena. En todo momento debemos valorar el contexto individualizado de cada paciente huyendo del denominado "leucocito salvador" y la tendencia a pautas de antibiótico no respaldadas por un sedimento o tira de orina patológica.

Bibliografía

1. Martín JC. El anciano internado: bacteriuria e infección. Guadarrama, Madrid: Hospital de Guadarrama, 2002.
2. Bacheller CD, Bernstein JM. Urinary tract infection. *Med Clin North Am.* 1997;81:719-29.