

situaciones clínicas

Síndrome miccional en el anciano. Divertículos vesicales como causa de infecciones urinarias de repetición

José Manuel Saéz Pérez^a, Nuria Silvia Vallés Romero^a, María José Monzó Castillo^a
y Agustín Vicente Calatayud Alonso^b

^aCentro de Salud Malvarrosa. ^bCentro de Salud de Cheste. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones urinarias de repetición (IUR) en los ancianos son frecuentes, siendo la sepsis urinaria una complicación temible, ya que en el 25% las bacteriemias por gramnegativos son causa de muerte¹⁻³.

Los factores que predisponen al anciano a padecer IUR son:

1. Vaciamiento incompleto de la vejiga por hipertrofia benigna de la próstata (HBP).
2. Trastornos neurológicos.
3. Divertículos vesicales.
4. Fármacos anticolinérgicos.
5. Cálculos vesicales y renales⁴.

La presentación de infección urinaria puede ser muy vaga e inespecífica en el anciano³. Los síntomas y signos clínicos de infección urinaria suelen ser: disuria, poliquiuria, tenesmo, fiebre, escalofríos y dolor en fossa renal. El clínico debe sospechar siempre una posible infección urinaria en un anciano debilitado, sobre todo si tiene problemas miccionales o una sonda vesical^{2,3}.

Entre los agentes patógenos más frecuentes tenemos que citar:

- *E. coli*.
- *Klebsiella* y *Proteus*.
- Enterococos.
- *Citrobacter*, *Serratia* y *Pseudomonas*.
- *Candida*.

En el anciano el tratamiento empírico recomendado es:

- Norfloxacino (400 mg/12 h).
- Ofloxacino (200 mg/12 h).
- Ciprofloxacino (250 mg/12 h).

Correspondencia: Dr. J. M. Saéz Pérez.
Valle de Cardós, 8. Residencial Miravalles.
46111 Rocafort. Valencia.

SEMERGEN: 2001; 27: 152-154.

En cualquiera de los pacientes, el tratamiento tiene que tener una duración de 7-10 días aproximadamente².

Cabe hacer mención especial a las infecciones urinarias recidivantes, que tendrán que llevar una profilaxis diaria o 3 veces por semana de cotrimoxazol 40/200 mg, norfloxacino 200 mg o cefalexina 250 mg⁴.

En el caso que nos compete y que a continuación discutiremos, hay que decir que la técnica diagnóstica más adecuada es la ecografía abdominal. Esta técnica ha desplazado a la urografía intravenosa al ser atraumática, fácil e inocua^{2,3}. Está indicada en las siguientes situaciones:

1. Con carácter urgente en pacientes con shock séptico, insuficiencia renal aguda, dolor cólico o hematuria, o ante la persistencia de fiebre a las 72 h de instaurar el tratamiento antibiótico¹.
2. Sospecha de anomalía estructural de la vía urinaria (p. ej.: divertículo vesical)^{2,4}.

CASO CLÍNICO

Antecedentes

Paciente de 79 años que se ha encontrado habitualmente bien; sufre desde hace algún tiempo IUR y fue sometido a una laringectomía por cáncer de laringe hace algunos años (1982).

Clínica

El paciente refiere que orina pequeñas cantidades con frecuencia y nicturia desde hace varios meses, acompañados de disuria y tensión vesical ocasional.

Cabe mencionar que este cuadro lo ha tenido 4 veces este último año, siendo tratado con ciprofloxacino 250 mg cada 12 h durante 5 días; los gérmenes que se encontraban en los cultivos de orina eran sensibles a esta quinolona.

Sólo en una ocasión presentó bacteriuria asintomática, que no se trató por no haber ninguna manifestación clínica, sospecha de anomalía en el tracto urinario, cirugía urológica previa ni manipulación o instrumentalización urológica.

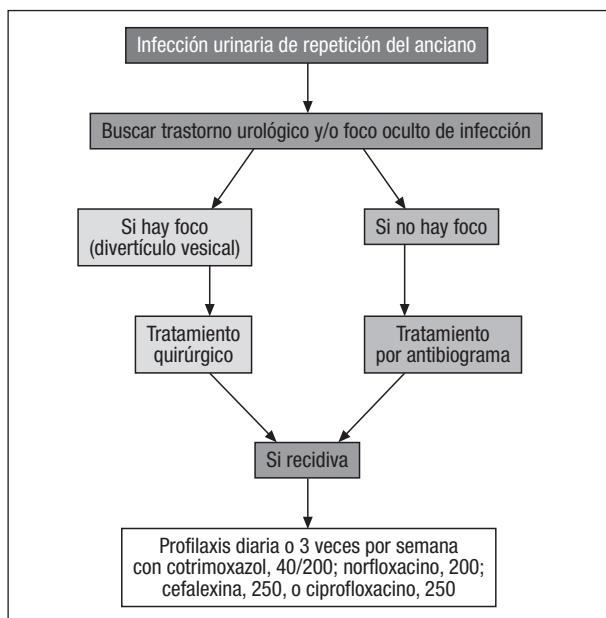


Figura 1. Algoritmo diagnóstico.

Exploraciones

Auscultación cardiopulmonar

Es normal con una frecuencia cardíaca de 83 lat/min.

Palpación abdominal

El abdomen es blando, con defensa y sensación de plenitud en el área vesical y con matidez a la percusión. Percusión renal bilateral (-).

Tacto rectal

Aumento de la glándula prostática, sin presencia de nódulos ni dolor, que se podía catalogar como HBP moderada.

Métodos diagnósticos (fig. 1)

Análisis de sangre

Hematies $3,930 \times 10^6$ 12/l, con hemoglobina de 11,8 g/dl y hematocrito de 35%, urea 45 mg/dl, creatinina de 1,1 mg/dl, PSA de 0,9 mg/ml.

Análisis de orina

Leucocitos 50-80/ml y abundantes bacterias. Resto normal. Cultivo de orina positivo para *Proteus*.

Ecografía renovesicoprostática

Pone de manifiesto una próstata bien delimitada, ligeramente heterogénea de $46 \times 43,3 \times 40$ mm de diámetro. Vejiga sin lesiones exofíticas con divertículos de 17,3, 10,1 y 15 mm de diámetro (fig. 2). Residuo posmicticional de 118 cm^3 (fig. 3).

Tratamiento

Se inicia tratamiento con norfloxacina 200 mg/12 h los 7 días y después 3 veces a la semana hasta valoración por urología (tratamiento de sus divertículos y HBP).

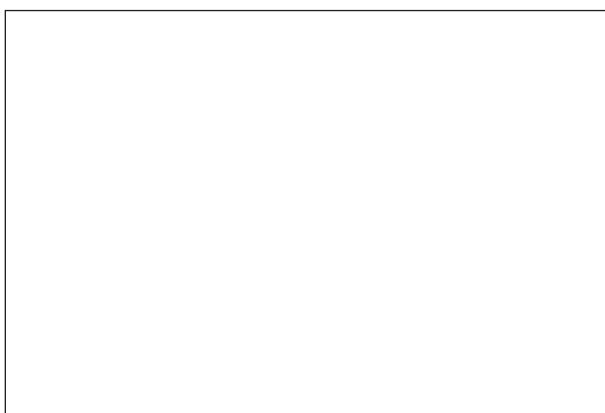


Figura 2. Ecografía vesical, que pone de manifiesto 3 divertículos.

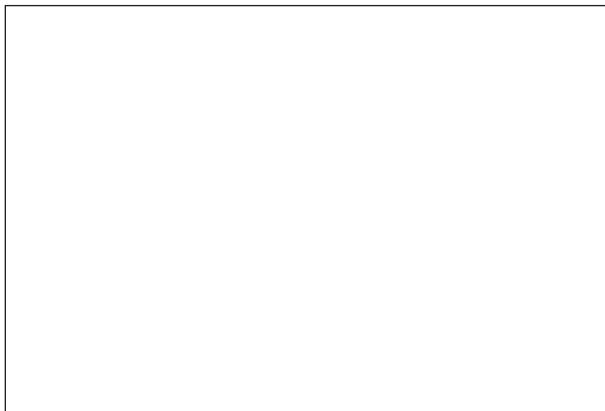


Figura 3. Ecografía vesicoprostática, donde se visualiza un importante residuo posmicticional con próstata aumentada de tamaño.

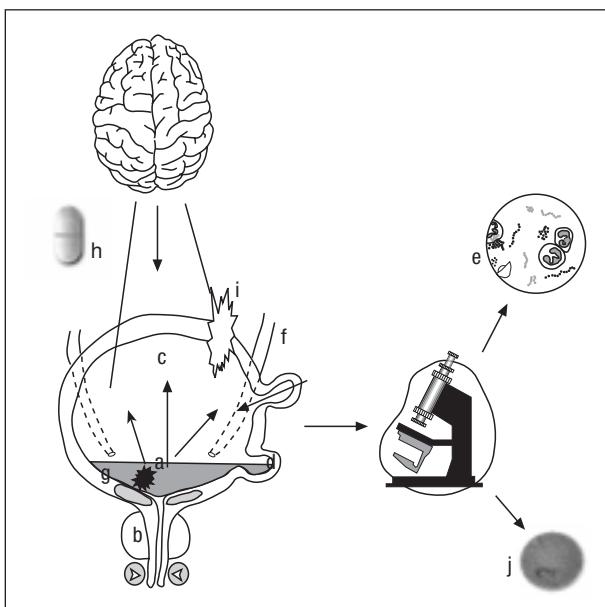


Figura 4. Esquema de las causas que pueden producir infección urinaria de repetición, por mal vaciamiento vesical. a) Residuo posmicticional; b) hipertrofia benigna de próstata que dificulta la emisión de orina; c) aumento de presión intravesical; d) divertículo con orina en su interior; e) proliferación bacteriana; f) contaminación a partir del divertículo; g) cálculo vesical; h) medicación anticolinérgica; i) trastornos neurológicos; j) ausencia de crecimiento bacteriano (antibiograma).

DISCUSIÓN

La evolución desfavorable en las anteriores infecciones urinarias tratadas correctamente fue por dos motivos. La HBP, por un lado, incrementa la presión intravesical aumentado poco a poco el residuo posmictacional y, por otro lado, genera divertículos en la vejiga que a su vez al rellenarse parcial o totalmente de orina eran medios de cultivos óptimos para la infección junto con el propio residuo posmictacional.

En el momento que el paciente tuvo más de 2 infecciones urinarias (bien tratadas) se tenía que haber descartado cualquier anomalía en el tracto urinario, HBP, cálculos vesicales, divertículos vesicales, anomalías renales, etc.

Los análisis retrospectivos indican que los antibióticos elegidos eran los correctos, pero se tenía que haber aplicado una pauta profiláctica después de 3 veces a la semana.

Debería haberse visualizado por ecografía los riñones, aunque los parámetros bioquímicos eran normales, para descartar cualquier anomalía estructural de los mismos.

Las infecciones urinarias de repetición en los ancianos son frecuentes, sobre todo si tienen algún obstáculo en la vía urinaria (HBP) o anomalía en la misma (divertículos

vesical) (fig. 4). Su presentación clínica puede ser sutil e inespecífica, por lo que se requiere un alto grado de sospecha para el reconocimiento de la misma, sobre todo cuando se presenta como complicación grave (sepsis urinaria). El tratamiento inmediato con adecuados antibióticos es esencial, la solución más adecuada para evitar las recidivas y complicaciones pasa por el estudio ecográfico de la vía urinaria, la analítica pertinente, la profilaxis de la infección urinaria y la restricción en el uso de catéteres, efectuando el cuidado adecuado de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballester CD, Bernstein J.M., Urinary tract infection. *Med. Clin. North Am.* 1997; 81: 719-729.
2. Stamm WE, Hooton TM. Management of urinary tract infection in adults. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 1328-1334.
3. Barrasa Villar JI, Guerrero Navarro JL, Aspiroz Sancho C. Las infecciones urinarias en los pacientes con sonda vesical no permanente. Diagnóstico, tratamiento, prevención y líneas de investigación. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 548-554.
4. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, editores. *Principles and Practice of Infections Diseases*, 4^a ed. Nueva York: Churchill Livingstone, 1995: 662-690.