Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1113

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-151 - CISTITIS INCRUSTANTE POR *CORYNEBACTERIUM UREALYTICUM*

A. Peláez Ballesta, G. Lara, J. Hernández, I. Fernández, C. Peláez, R. Mateo, E. Mené

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: La cistitis incrustante se define como una entidad poco frecuente, caracterizada por una inflamación ulcerada de la vejiga con depósitos de calcio en su pared, precipitada por una serie de factores predisponentes: daño vesical previo, infección urinaria por gérmenes específicos (Corynebacterium urealyticum), pH vesical alcalino e inmunodepresión. El objetivo fue presentar un caso clínico de cistitis incrustante 2º a infección por Corynebacterium urealyticum.

Métodos: Varón de 71 años, con antecedentes Adenocarcinoma de próstata, intervenido mediante prostatectomía radical y posterior radioterapia externa y recidiva tumoral con afectación ósea y pulmonar en tratamiento mediante bloqueo hormonal con análogos de LHRH. Portador de esfínter urinario artificial e infecciones de repetición. El paciente consultó por síndrome miccional, fiebre de hasta 39 ^{o}C y oliguria. A la exploración destacaba hipotensión (TA 80/60) y palidez mucocutánea, resto sin hallazgos. Se solicitó analítica en la que destacaba empeoramiento de función renal con creatinina de 3,4 mg/dl, y TFG 19,24 ml/min, sin coagulopatía, anemización y leucocitosis de 15.000/L con desviación izquierda. PCT 0,5 ng/dl, y PCR 80 ng/dl. En orina presentaba pH 7,2, y hematíes. Dada la clínica, los antecedentes y los resultados analíticos del paciente se realizó el siguiente diagnóstico diferencial: progresión tumoral vs nueva neoplasia. Infección del tracto urinario. Síndrome obstructivo por litiasis renales presentes en estudios previos.

Resultados: En ecografía renal se evidenció hidronefrosis moderada bilateral. Se realizó cistoscopia con hallazgos de inflamación vesical y calcificaciones incrustadas en pared vesical. Se solicitó TC-TAP objetivando persistencia de hidronefrosis bilateral y calcificaciones vesicales múltiples; y gammagrafía ósea sin progresión tumoral. Los resultados de Anatomía patológica de las muestras de la cistoscopia describían material fibrino-necrótico parcialmente calcificado. Dados los hallazgos de pH alcalino, calcificaciones vesicales incrustantes compatibles con cistitis incrustante y el aislamiento de Corynebacterium urealyticum en urocultivo se inició antibioterapia con Vancomicina iv ajustada a función renal durante 14 días, se realizó cirugía para eliminación de placas calcificadas con buena evolución clínica y resolución del cuadro.

Discusión: Corynebacterium urealyticum es un bacilo gram positivo de crecimiento lento que forma parte de la flora de piel y mucosas, patógeno urinario oportunista responsable de la cistitis incrustante, favorecido por maniobras que ayuden a su penetración y las propias características del paciente. El paciente del caso presentaba antecedentes de cirugía previa, portador de un esfínter artificial, inmunodeprimido y el uso de múltiples regímenes antibióticos por las infecciones urinarias

de repetición previas. El deterioro de la pared vesical y las calcificaciones pueden inducir dilatación pielocalicial y un progresivo deterioro de la función renal como presentaba nuestro paciente. La infección por este patógeno, se deberá sospechar ante la presencia de la triada piuria o microhematuria, pH alcalino y presencia de cristales de estruvita, en presencia de uropatía obstructiva y cistitis o pielonefritis incrustante. El tratamiento de elección son los glicopéptidos, es muy frecuente la multirresistencia. Una nueva alternativa sería el tratamiento con linezolid. Junto al tratamiento antibiótico, debido al inoculo presente en las placas calcificadas será necesario su eliminación mediante cirugía.

Conclusiones: La infección urinaria por C. urealyticum es una infección infradiagnosticada debido a la necesidad de cultivo de larga duración para su aislamiento. Se deberá considerar en pacientes con uropatía obstructiva en presencia de orina alcalina, litiasis de cristales de estruvita y/o piuria estéril. Su tratamiento será importante para la prevención de complicaciones tales como la cistitis o pielitis incrustante.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.