Disuria y tenesmo... ¿Siempre una infección urinaria? Estafilococcemia complicada.

Autores: Milhomme, Antonina, Paola Novelli, Pablo Rodas, Juan Ignacio Latonas

Servicio Clínica Médica

Mail:samazap@gmail.com

Introducción: La estafilococcemia era considerada una patología de origen netamente nosocomial, evidenciandose en los últimos años un incremento a nivel de la comunidad, siendo el principal punto de partida infecciones en piel y partes blandas, entre ellos por forunculosis o abscesos. Con respecto a los factores de riesgos más relevantes son: diabetes mal controlada, proceso oncológico activo, el uso de corticoides de forma crónica y/o requerimiento de diálisis. Se puede observar un incremento en las infecciones por estafilococos aureus meticilino resistente de la comunidad, lo cual nos obliga a tenerlo presente a la hora del diagnóstico y tratamiento.

A continuación comentaremos el caso de un paciente con síntomas urinarios persistentes con mala evolución ambulatoria. Caso clínico: Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino requirente, HbA1c 10%, infarto agudo de miocardio con 3 stents y forunculosis axilar. Inicia su cuadro clínico con disuria, incontinencia urinaria y fiebre; con realización de reiterados esquemas terapéuticos ambulatorios frustros, por lo que se decide su internación. Se realiza ecografía reno-vesico-prostática, sin evidencia de complicaciones y se inicia tratamiento con ceftriaxona. Evoluciona durante la internación con tenesmo y disminución de la agudeza visual, por lo que se realiza tomografía axial computada de abdomen y pelvis con contraste y fondo de ojo por oftalmología. Se diagnostica la presencia de abscesos prostáticos, los cuales son múltiples y de pequeño tamaño por lo que se decide no drenar, continuando tratamiento médico con antibiótico y controles posteriores con imágenes. El servicio de oftalmología, interpreta el cuadro como vitreitis infecciosa, sugiriendo mismo tratamiento médico. En forma conjunta se recupera resultado de hemocultivos siendo positivos para staphylococcus aureus meticilino resistente, por lo que se interpreta cuadro secundario a estafilococcemia complicada, motivo por el cual se rota antibiótico a vancomicina, con notable mejoría clínica. Completa 28 días de tratamiento efectivo, con hemocultivos control negativo, se realiza ecocardiograma transtorácico sin vegetaciones, se indica tratamiento con mupirocina nasal al 2% y clorhexidina para descontaminación cutánea. Se realiza imagen prostática control, con disminución de abscesos y posterior desaparición de los mismos. El paciente evoluciona favorablemente, continuando controles ambulatorios.

Comentario: Se interpreta cuadro como estafilococcemia complicada con abscesos prostáticos y vitreitis a punto de partida de forunculosis en contexto de paciente con mal control de diabetes. Por ser un caso de poca frecuencia tanto en su presentación como en el rescate microbiológico, se decide presentar en esta oportunidad, haciendo hincapié en la importancia de lograr un buen control metabólico del principal factor de riesgo, en este caso la diabetes, el correcto tratamiento de la forunculosis de forma ambulatoria y tener presente que la disuria y tenesmo son síntomas que también puede presentar la prostatitis, que requiere otro abordaje diagnóstico.