

Estudio y tratamiento de la pareja en ITU poscoital de la mujer

Study and treatment of the couple in post-coital urinary tract infection in women

Sr. Director:

Las infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes no complicadas son comunes entre las mujeres jóvenes y sanas¹. En algunas existe una clara relación con las relaciones sexuales, tan es así, que la frecuencia de las relaciones sexuales está descrita como un importante factor favorecedor e, incluso, las mujeres con relaciones sexuales diarias tienen un riesgo 9 veces superior²⁻⁴. Aunque el cambio de pareja sexual en el último año es un factor de riesgo conocido, es raro que se estudie a la pareja.

Presentamos el caso de una mujer de 39 años con pareja estable, sin antecedentes patológicos de interés ni ITU de repetición, sin toma de anticonceptivos orales ni uso de espermicidas que presentó síndrome miccional poscoital. Se recobró en cultivo *Escherichia coli*, por lo que recibió tratamiento con ciprofloxacino y quedó asintomática. Dos meses más tarde presentó nuevamente síndrome miccional poscoital; se recobró en ese momento *Citrobacter koseri*. Recibió tratamiento con fosfomicina y medidas higienicodietéticas que incluían la micción poscoital. Tras 10 meses asintomática presentó nuevamente síndrome miccional poscoital, de nuevo

Tabla 2 – Cultivo de hisopado de glándula del varón

Fecha	02/03/2015	02/03/2015
Microorganismo	<i>Escherichia coli</i>	<i>Citrobacter koseri</i>
Marcador de resistencia		
Gentamicina	Sensible ≤ 1	Sensible ≤ 1
Cefalotina	Sensible 16	Sensible 4
Cefuroxima	Sensible 4	Sensible 4
Nitrofurantoina	Sensible ≤ 16	Sensible ≤ 16
Amoxicilin/clav	Sensible 8	Sensible ≤ 2
Ampicilina	Resistente ≥ 32	Resistente ≥ 32
Ác. nalidíxico	Sensible ≤ 2	Sensible ≤ 2
Ciprofloxacino	Sensible ≤ 0,25	Sensible ≤ 0,25
Trime/sulfam	Sensible ≤ 20	Sensible ≤ 20
Fosfomicina	Sensible ≤ 16	Sensible ≤ 16

con cultivo de *Citrobacter koseri*, por lo que inició nuevo curso de antibiótico con fosfomicina y se recaló el cumplimiento de las medidas higiénicas.

Tres meses más tarde, al repetirse un nuevo síndrome miccional, se pidió nuevo cultivo y se estudió a la pareja, que estaba asintomática, con un hisopado de glándula. El cultivo del varón mostró 2 gérmenes, *Escherichia coli* y *Citrobacter*, con

Tabla 1 – Bacterias en urocultivos de la mujer

Fecha	18/11/2013	27/01/2014	13/11/2014	22/02/2015
Microorganismo	<i>Escherichia coli</i>	<i>Citrobacter koseri</i>	<i>Citrobacter koseri</i>	<i>Citrobacter koseri</i>
Marcador de resistencia				
Gentamicina	Sensible ≤ 1	Sensible ≤ 1	Sensible ≤ 1	Sensible ≤ 3 1
Cefalotina	Sensible 16	Sensible 4	Sensible 8	Sensible 4
Cefuroxima	Sensible 4	Sensible 4	Sensible 4	Sensible 4
Nitrofurantoina	Sensible ≤ 16	Sensible ≤ 16	Sensible 32	Sensible 32
Amoxicilin/clav	Sensible 8	Sensible ≤ 2	Sensible 4	Sensible 4
Ampicilina	Resistente ≥ 32	Resistente ≥ 32	Resistente ≥ 32	Resistente ≥ 32
Ác. nalidíxico	Sensible ≤ 2	Sensible ≤ 2	Sensible ≤ 2	Sensible ≤ 2
Ciprofloxacino	Sensible ≤ 0,25	Sensible ≤ 0,25	Sensible ≤ 0,25	Sensible ≤ 0,25
Trime/sulfam	Sensible ≤ 20	Sensible ≤ 20	Sensible ≤ 20	Sensible ≤ 20
Fosfomicina	Sensible ≤ 16	Sensible ≤ 16	Sensible ≤ 16	Sensible ≤ 16

idéntica sensibilidad que los de la paciente (tablas 1 y 2). Se inició tratamiento en ambos con fosfomicina monodosis, sin repetición de nuevas infecciones.

El estudio y tratamiento de la pareja de mujeres con ITU poscoital puede ser de utilidad en el manejo de la ITU recurrente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Little P, Moore MV, Turner S. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c19, doi:10.1136/bmj.c199.
2. Llor C, Moragas A. Tratamiento y prevención de las infecciones urinarias de repetición. *FMC*. 2011;18:146-55.
3. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, Winter C, Roberts PL, Stapleton AE, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *N Engl J Med*. 1996;335:468-74.

4. Scholes D, Hooton TM, Roberts PL, Stapleton AE, Gupta K, Stamm WE. Risk factors for recurrent urinary tract infection in young women. *J Infect Dis*. 2000;182:1177-82.

Mario A. Pavone^{a,*}
y Abelardo Aguilera Peralta^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital Can Misses, Ibiza, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mpavone@asef.es,
mpavone68@gmail.com (M.A. Pavone).

0211-6995/© 2017 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2017.03.005>

Síndrome de genes contiguos TSC2/PKD1

TSC2/PKD1 contiguous gene syndrome

Sr. Director:

Presentamos el caso de una niña de 22 meses de edad, evaluada de forma multidisciplinaria por presentar crisis convulsivas de difícil manejo que inició a los 6 meses y poliquistosis renal bilateral. Los padres son sanos y no consanguíneos. Es producto de una segunda gestación, embarazo simple no controlado, complicado con síndrome de HELLP. Obtenida por cesárea segmentaria a las 36 semanas, requirió reanimación al momento del nacimiento y presentó cianosis generalizada. El peso al nacer fue de 1.700 g (DE -3,8) y la talla 46 cm (DE -2,5). Fue hospitalizada a los 8 meses por crisis convulsivas tónico-clónicas, el cual ha presentado evolución tórpida y retraso global del desarrollo.

Al examen físico presenta tendencia a la dolicocefalia con facies peculiar caracterizada por prominencia frontal, el puente nasal es cóncavo con punta aplanada y narinas antevertidas, el *filtrum* es corto y ancho. Presenta 7 lesiones hipocrómicas, 2 en hoja de fresno que corresponde las más grandes ubicadas en región lumbar y muslo izquierdo (fig. 1a).

La resonancia magnética nuclear evidencia áreas multifocales con comportamiento hiperintenso en T2 *flair*, en forma de parches, a nivel de ambos hemisferios parietales que no condicionan efecto de masa sobre estructuras circunscritas. El electroencefalograma en sueño fue anormal por la presencia de actividad paroxística, brotes de puntas y ondas

agudas en áreas fronto polar y temporal derecha. La ecografía ocular mostró lesión elevada con estructura interna hipoecogénica en área papilar, compatible con hamartoma astrocítico en nervio óptico de ojo derecho. La ecocardiografía transtorácica evidencia tumoración en tracto de salida en ventrículo derecho sugestivo de rabioma que no ocasiona obstrucción, ni repercusión hemodinámica. La ecografía renal aumentó de volumen en ambos riñones, 9,4 × 4,0 cm para el riñón izquierdo y 9 × 3,6 cm para el derecho. Presenta formación quística de contenido líquido, algunos con paredes gruesas, el de mayor tamaño en el polo inferior en el riñón derecho de 6 × 3,1 cm (fig. 1b). El perfil renal se encuentra dentro de los valores de referencia, así como otros estudios séricos.

Se extrajo ADN y en la secuenciación masiva en la plataforma MiSeq (Illumina) de los genes TSC1 y TSC2 se encontraron 2 polimorfismos en heterocigosis en TSC1, GAA/GAG, c.1335A>G, p.Glu445Glu y ATG/ACG, c.965T>C, p.Met322Thr con referencias rs7862221 y rs1073123, respectivamente. El estudio de amplificación de sondas dependiente de ligandos múltiples (MLPA P337) mostró una delección en heterocigosis de las sondas localizadas en los exones 10 al 42 del gen TSC2, así como en los exones 30 y 40 de del gen PKD1 (fig. 2).

El complejo esclerosis tuberosa (OMIM #191100 y #613254) es un trastorno multisistémico que exhibe un patrón de