

Varón septuagenario con disuria monosintomática en el contexto de riesgo de infecciones venéreas



Irene Paniagua-Ortiz

Médica interna residente de medicina familiar y comunitaria.
Centro de Salud Ángela Uriarte. Madrid.



Francisco Javier Bru-Gorraiz

Servicio de ITS/Dermatología. Sección de Especialidades Médicas.
Centro de Diagnóstico Médico. Ayuntamiento de Madrid.



Alejandro Martín-Gorgojo

Servicio de ITS/Dermatología. Sección de Especialidades Médicas.
Centro de Diagnóstico Médico. Ayuntamiento de Madrid.

Mi paciente es un varón español de 70 años, sin antecedentes de interés, que acudió a nuestro centro para la evaluación de un único síntoma, disuria, sin tenesmo, polaquiuria ni supuración uretral. Se trataba de un varón cisheterosexual, sexualmente activo, con contactos esporádicos con mujeres cisheterosexuales, con frecuencia, sin preservativo. Había sido examinado seis semanas atrás en urgencias hospitalarias por un cuadro similar, que se había achacado a una relación sexual semanas antes, por lo que había sido tratado empíricamente con ceftriaxona intramuscular y azitromicina oral, ambas en dosis únicas, con mejoría, pero con reaparición

posterior de la disuria. El paciente de nuestro caso se mostró especialmente preocupado por la posibilidad de una uretritis, motivo por el cual acudió directamente a nuestro centro monográfico de infecciones venéreas unas semanas después del tratamiento empírico y reaparición clínica. Dado el cuadro referido, la anamnesis y el hecho de encontrarnos en un centro monográfico, solicitamos el cribado, incluyendo serologías del virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis, PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de gonococo y *Chlamydia trachomatis* sobre orina de primer vaso, así como sedimento y urocultivo sobre orina de micción media. Para orientar el

diagnóstico, solicitamos tira reactiva sobre orina de primer vaso, que únicamente mostró la presencia de hematíes, por lo que emplazamos al paciente a esperar a los resultados de las pruebas para dar un tratamiento dirigido. Una vez recibidos, destacaba urocultivo positivo para *Raoultella planticola*, con 25000 unidades formadoras de colonias (UFC)/mL, sensible a ciprofloxacino, además de la presencia de 1 hematíe por campo en el sedimento. El resto de las pruebas fueron negativas.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) pueden deberse a bacterias frecuentes (tabla 1) como *Escherichia coli* (agente causal en hasta un 80 % de las ITU agudas), *Proteus* o *Klebsiella* (frecuentes en los pacientes con litiasis), pero también pueden ser causantes microorganismos menos comunes, como es el caso de *Raoultella planticola*. El género *Raoultella*, inicialmente, se incluía en el de *Klebsiella* spp. En 2001, se definió el género *Raoultella*, basándose en el gen *rpoB* y la secuencia 16S de su ARN ribosómico^{3,4}, que incluye las especies *terrigena*, *planticola*, *ornithinolytica* y *electrica*. Como factores de riesgo para su patogenicidad, se incluyen la inmunodepresión, la hospitalización prolongada, los equipos contaminados, los tratamientos previos con antibióticos

de amplio espectro y las ITU recurrentes⁵. A pesar de su definición hace dos décadas y su relevante potencial patogénico, existe una infraestimación de su frecuencia, pues resulta difícil caracterizarlo con métodos fenotípicos convencionales. *R. planticola* es un bacilo gramnegativo aeróbico. El primer caso² descrito de cistitis por *R. planticola* fue publicado en 2013 en un varón de 89 años con múltiples enfermedades crónicas. En 2015, se describió el primer caso de ITU por esta bacteria en una paciente mujer⁶.

La definición de ITU se realiza a partir de la aparición de disuria, tenesmo vesical, polaquiuria, dolor suprapúbico y/o hematuria, acompañada, en ocasiones, de la identificación de una bacteria en un urocultivo con $>10^3$ UFC/mL⁷. Por otro lado, las infecciones venéreas se adquieren a través de relaciones sexuales no protegidas (orales, anales o vaginales) con personas portadoras del microorganismo causal y pueden ser asintomáticas o presentar clínica variada, incluido el síndrome uretral (definido, en parte, por disuria). Resulta fundamental una buena anamnesis, centrada en la presencia de factores de riesgo o desencadenantes (diabetes, obesidad, inmunodepresión, historia de ITU de repetición, relaciones sexuales, cálculos renales, obs-

TABLA 1. Principales microorganismos causantes de infecciones del tracto urinario (ITU) no venéreas en varones de 15-65 años

ITU	(%)	Uretritis infecciosas	(%)
<i>Escherichia coli</i>	59 %	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	20-25 %
<i>Enterococcus faecalis</i>	14 %	<i>Chlamydia trachomatis</i>	11-50 %
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5 %	<i>Mycoplasma genitalium</i>	6-50 %
<i>Proteus mirabilis</i>	3 %	<i>Ureaplasma</i> spp. (en gran proporción de casos, no reconocido como patógeno)	5-26 %
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2 %	<i>Trichomonas vaginalis</i>	1-20 %
<i>Klebsiella oxytoca</i>	2 %	Adenovirus	2-4 %
Otros microorganismos	15 %	Virus del herpes simple	2-3 %

Modificado de: Aguinaga *et al.*¹, estudio realizado en Navarra, con una de las estadísticas más recientes, de 2014-2016, y de infecciones venéreas de la uretra masculina en Europa (adaptado de Horner *et al.*², guías europeas de manejo de las uretritis de 2016).

trucciones en el tracto urinario, etc.), así como exploración física. En la tira de orina, la leucocituria⁷ (>10 leucocitos/ μ L) es un hallazgo sensible, pero poco específico, mientras que los nitritos son muy específicos, pero poco sensibles. Es relevante la porción de la micción recogida en función de la sospecha diagnóstica. Permiten, por lo tanto, la identificación de piuria, pero hay que tener en cuenta la posibilidad de falsos negativos y falsos positivos. Respecto al urocultivo, tradicionalmente, se cataloga la presencia en orina de más de 100 000 UFC/mL como una bacteriuria significativa. Sin embargo, este dato no siempre se puede considerar un criterio absoluto: la presencia real de cualquier número de bacterias en orina puede representar una ITU en un contexto clínico oportuno⁷.

Se presenta este caso con el fin de destacar la importancia de una evaluación venereológica sistemática, que trate de evitar los sesgos de disponibilidad diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguinaga A, Gil-Setas A, Mazón-Ramos A, Álvaro A, García-Irure JJ, Navascués A, et al. Infecciones del tracto urinario. Estudio de sensibilidad antimicrobiana en Navarra. *An Sist Sanit Navarra*. 2018;41(1):17-26.
2. Horner PJ, Blee K, Falk L, Van der Meijden W, Moi H. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS*. 2016;27(11):928-37.
3. Castilla-Macias A, Flores-Aréchiga A, Llaca-Díaz J, Pérez-Chávez F, Casillas-Vega N. Microbiología del género *Raoultella*, características clínicas y dificultades para su diagnóstico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56(5):486-90.
4. Olson DS Jr, Asare K, Lyons M, Hofinger DM. A novel case of *Raoultella planticola* urinary tract infection. *Infection*. 2013;41(1):259-61.
5. Cohen J, Altaf M, Mushtaq M, Stanley D. *Raoultella planticola* infection in urine. *Cureus*. 2021;13(9):e17985.
6. Gangcuango LMA, Saul ZK. A novel case of *Raoultella planticola* urinary tract infection in a female: comment on 'Nosocomial pneumonia caused by carbapenem-resistant *Raoultella planticola*: a case report and literature review'. *Infection*. 2015;43(5):621-2.
7. Pedrosa-Fraga C, Gómez-Méndez R, Suárez Gil R, García Trincado B, Liroa Romero MF, Romay Lema E. Infección urinaria en el varón. *Guías Fisterra 2019*. Disponible en: <https://www.univadis.es/references/guideline/item/guias-fisterra-infeccion-urinaria-en-el-varon-629201>