

Leucocituria con urocultivos negativos

M.^aT. González Martínez^a, C. Mosquera Villaverde^a y E. Zapatero Yagüe^b

Servicios de ^aPediatría y ^bRadiología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

CASO CLÍNICO

Lactante de 5 meses de vida que presenta escasa ganancia ponderal de 2 semanas de evolución coincidente con leucocituria y urocultivos repetidamente negativos.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Antecedentes personales: Recién nacido a término, de peso adecuado para la edad de gestación. Apgar 9-10. Cardiopatía congénita: comunicación interventricular perimembranosa y comunicación interauricular tipo foramen oval permeable. Diagnóstico prenatal de dilatación pielocalicial bilateral moderada, con hallazgo posnatal de importante dilatación pielocalicial izquierda con megauréter y dilatación pielocalicial derecha de 8 mm. Reflujo vesicoureteral bilateral grado III en riñón derecho y grado IV en riñón izquierdo, válvulas uretrales posteriores. Preciso sondaje vesical permanente durante el primer mes de vida. Múltiples infecciones de tracto urinario desde los

14 días hasta los 3 meses de vida: *Klebsiella oxitocca*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus vulgaris*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter intermedium*, *Echerichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*. Candiduria asintomática en el tercer mes de vida, que se negativiza al ser tratada con fluconazol.

Exploración: Peso: 5,320 > P₃, talla P₁₀₋₂₅. Exploración sistemática normal excepto soplo sistólico grado II-III sobre VI con irradiación interescapular y eritema del área del pañal que respeta pliegues.

Exámenes complementarios:

Hemograma: Leucocitosis (16.100/μl) con linfocitosis (61%) y trombocitosis (686.000/μl). Bioquímica básica, inmunoglobulinas, PCR y función renal: normales. Ecografía abdominal: figuras 1 y 2.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

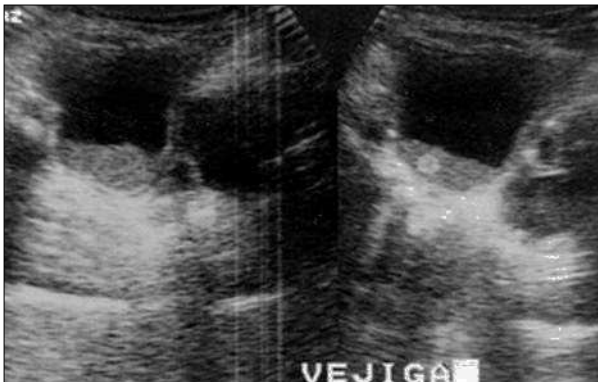


Figura 1. Ecografía de riñón izquierdo: contenido ecogénico móvil, en vejiga y uréter.

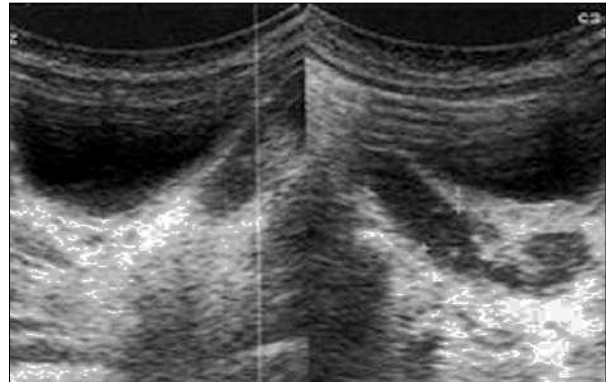


Figura 2. Ecografía de uréter izquierdo dilatado con múltiples glóbulos ecogénicos en su interior.

Correspondencia: Dra. M.^aT. González Martínez.

Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo.

Médicos Sin Fronteras, s/n. 24400 Ponferrada. León. España.

Correo electrónico: teglez@inicia.es; teglez@inicia.es

Recibido en abril de 2005.

Aceptado para su publicación en febrero de 2006.

BOLA FÚNGICA SECUNDARIA A *CANDIDA ALBICANS*

Las infecciones de tracto urinario (ITU) por *Candida* son un problema emergente entre los recién nacidos y niños hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. La candiduria puede ser el resultado tanto de una contaminación durante la recogida de orina, como de colonización del tracto urinario o indicativo de infección invasiva¹. Entre los factores de riesgo² para la infección por *Candida* (tabla 1), la presencia de material extraño en el tracto urinario y la obstrucción al flujo son los principales determinantes. La progresión de la infección, puede derivar en la aparición de cúmulos de hifas conocidos como "bola fúngica" o "bezoar fúngico" (fig. 1) que si se extienden a uréter (fig. 2) y pelvis renal pueden derivar en obstrucción, hidronefrosis y lesiones tubulares.

En el caso descrito, cabe destacar la presencia de los siguientes factores de riesgo: malnutrición, repetidos ciclos de tratamiento con antibióticos de amplio espectro y antecedente relativamente cercano de sondaje vesical.

TABLA 1. Factores de riesgo de infección por *Candida*

Inmunosupresión: Quimioterapia Corticoterapia Trasplante de órganos Neutropenia	Mecánicos: Quemaduras Cateterismos y sondajes Heridas quirúrgicas Diálisis peritoneal Implantes
Nutricionales y metabólicos: Hiperalimentación Obesidad Malnutrición Acidosis crónica Alcoholismo y ADVP	Ausencia de flora normal: Antibióticos de amplio espectro Inhibidores de la secreción gástrica

ADVP: adicción a drogas por vía parenteral.

La candiduria asociada a bola fúngica se trata generalmente con anfotericina aunque existen estudios que demuestran la efectividad del fluconazol^{3,4}. A pesar de ello, continúa existiendo una gran variabilidad en torno al tratamiento antifúngico, no sólo en la decisión de iniciar el tratamiento, sino también en la elección entre los diversos antifúngicos que están a disposición de los clínicos e, incluso, en su dosificación^{5,6}.

Nuestra paciente, fue tratada con anfotericina B liposomal, con curación, clínica, microbiológica y ecográfica.

Debe valorarse siempre la posibilidad de infección por *Candida* ante la persistencia de leucocituria y cultivos negativos, sobre todo si existen factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kauffman CA, Vázquez JA, Sobel JD, Gallis HA, McKinsey DS, Karchmer AW, et al. Prospective multicenter surveillance study of funguria in hospitalized patients. *Clin Infect Dis*. 2000;30:14-8.
2. Carvalho M, Maistro Guimarães C, Mayer Júnior J, Fernandes Bordignon GP, Queiroz-Telles F. Hospital-associated funguria: Analysis of risk factors, clinical presentation and outcome Braz J Infect Dis. 2001;6:319-23.
3. Kauffman CA. Candiduria: Diagnostic and treatment Conundrums. *Current Treatment Options in Infectious Diseases*. 2002;4:513-9.
4. Sobel JD, Kauffman CA, McKinsey D, Zervos M, Vázquez JA, Karchmer AW, et al. Candiduria: A randomized, double-blind study of treatment with fluconazole and placebo. *Clin Infect Dis*. 2000;30:19-24.
5. Triolo V, Gari-Toussaint M, Casagrande F, Garraffo R, Dageville C, Boutte P, et al. Fluconazole therapy for *Candida albicans* urinary tract infections in infants. *Pediatr Nephrol*. 2002; 17:550-3.
6. Rebhandl W, Saadi S, Herneth AM, Presterl E, Kurosh P, Wandl-Vergesslich K, et al. Successful conservative treatment of severe renal candidosis with fungus balls. *Pediatr Nephrol*. 1999;13:688-92.