



## 212/2048 - BACTERIEMIA TRAS TRATAMIENTO UROLÓGICO

M.T. López Rico<sup>a</sup>, J. Soto Olivera<sup>a</sup>, M. Chacón González<sup>a</sup>, C.J. Sevillano Esquivel<sup>a</sup>, M.S. Pineda Pérez<sup>b</sup>, M. Muñoz Sanz<sup>b</sup>, F. Mora Monago<sup>c</sup>, P. Chico Nieto-Sandoval<sup>a</sup> y A. Moreno Moreno<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 73 años, AP: Insuficiencia mitral, DM-II, HBP, cáncer vesical tratado con RTU y BCG. Consulta en Atención Primaria por fiebre y síndrome miccional, diagnosticándose de ITU y tratándose con ceftriaxona con buena evolución clínica. Varios meses después, tras la última instilación de BCG, reconsulta en varias ocasiones por el mismo motivo en Urgencias; con diagnóstico y tratamiento de ITU, con mejoría clínica. Pero en la última consulta, tras un mes con los mismos síntomas, se decide hospitalización para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Hemograma y coagulación: normales. Bioquímica: glucosa 150; Na<sup>+</sup> 134, LDH 615; GPT 73; GOT 73. Orina: 25 leucocitos. Urocultivo y hemocultivos: negativos. Quantiferón positivo. Cultivo micobacterias en medio líquido y sólido positivos. Aislamiento de M.TBC complex. Tinción BAAR negativa. PCR M.TBC Complex no detectable. Rx tórax: cisuritis; Rx abdomen; TAC tóraco-abdominal y SPECT-TC y gammagrafía con galio 67: normales.

**Juicio clínico:** Diseminación hematogena de BCG.

**Diagnóstico diferencial:** ITU, brucelosis, gripe, TBC, endocarditis.

**Comentario final:** El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una cepa viva atenuada de *M. bovis*. Su administración endovesical es la alternativa más eficaz en el tratamiento del carcinoma superficial de vejiga, pero su uso no está exento de complicaciones: locales, siendo la cistitis la más frecuente, y sistémicas, como la diseminación hematogena, menos común pero más grave. El diagnóstico se realiza mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, la identificación de micobacterias en cultivo y la detección de micobacterias mediante PCR; a veces da falsos negativos, por lo que, la sospecha clínica y el inicio temprano del tratamiento (teniendo en cuenta que *M. bovis* es resistente a pirazinamida), son esenciales.

### Bibliografía

1. Malkowicz SB. Manejo del cáncer superficial de vejiga. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds. Campbell Urología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005:3045-65.

2. O'Donnell MA. Complications of intravesical BCG immunotherapy. UptoDate, 2011.
3. Lamm DL, Efficacy and safety of bacille Calmette-Guerin immunotherapy in superficial bladder cancer. Clin Infect Dis. 2000,31(Suppl 3):S86-90.
4. Heiner JG, Terris MK. Effect of advance age on the development of complications from intravesical bacillus Calmette-Guerin therapy. Urol Oncol. 2008;26:137-40.

**Palabras clave:** *Cáncer vesical. BCG. Diseminación hematógica. Fiebre.*