Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):220

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-121. - TIGECICLINA (TGC), ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES del TRACTO URINARIO (ITU) POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES (MR). A PROPÓSITO DE 3 CASOS

A. Ródenas[1], V. Díaz de Brito[1], E. Rovira[1], A. Foix[1], A. González[2], A. Capellà[3], E. Bragulat[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Microbiología, [3]Servicio de Farmacia. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Existe un incremento en la incidencia de MR cómo agente etiológico de ITU, en parte consecuencia de la emergencia de bacilos gram negativo productores de betalactamasas de espectro extendido (BGN BLEE) antibióticos como los carbapenémicos, aminoglicósidos, quinolonas y otros como cotrimoxazol o fosfomicina muchas veces son las únicas alternativas para el tratamiento de ITU por BGN BLEE. Sin embargo, otras condiciones como la adición de otras resistencias, la gravedad de la infección, insuficiencia renal (IR) o alergia a β-lactámicos reduce el arsenal terapéutico, complicando el tratamiento de éstas. Tigeciclina (TGC), es un derivado de la minociclina que posee un amplio espectro de acción, excelente distribución tisular, metabolismo extra-renal y una buena tolerancia, se ha demostrado útil en infecciones por MR. No obstante, algunos clínicos han debatido su uso en la ITU en base a la baja excreción urinaria del fármaco.

Métodos: A continuación describimos nuestra experiencia en tres casos clínicos de ITU tratados con TGC.

Resultados: Caso 1: mujer 91 años, monorrena funcional, portadora de catéter doble J (cat. JJ), cuadros de repetición de sepsis urinaria secundaria a litiasis obstructiva. Nuevo episodio con aislamiento de Klebsiella pneumoniae BLEE en urocultivo (UC) Atendiendo al grave empeoramiento de la función renal, se decide iniciar TGC para evitar nefrotoxicidad. Tras 14 días de tratamiento, la paciente tiene alta con resolución del cuadro y UC de control negativo. Caso 2: mujer 75 años en tratamiento de tuberculosis (TBC) renal, monorrena funcional secundaria a TBC, portadora de cat. JJ e IR crónica grave, ingresa por pielonefritis aguda. Se inicia empíricamente amoxicilina-ac. clavulánico ajustado a función renal. Por mala evolución, empeoramiento de la función renal y en base a los hallazgos del UC (Escherichia coli BLEE), se inicia TGC con buena evolución y UC negativo tras 14 días de tratamiento. Caso 3: mujer de 70 años, ingresada por segunda recaída de colitis pseudomembranosa (CPM) por Clostridium difficile, secundaria a exposición previa a antibióticos por ITU de repetición, presenta también una nueva ITU por Escherichia coli y Enterococcus faecalis. Debido a la CPM de repetición se decide tratamiento con TGC con mejoría de la CPM y negativización del UC al final del tratamiento.

Discusión: La presencia de MR, recurrencia de clínica a pesar de tratamiento con fármacos de primera línea, así como factores relacionados con el paciente (insuficiencia renal, alergia a β-

lactámicos, co-existencia de CPM) complica el tratamiento de las ITUs. TGC podría ser una alternativa en dichas situaciones. A pesar de la baja eliminación de la TGC en orina (30% aproximadamente), hecho que hace cuestionar su indicación para tratamiento de ITU. Probablemente otros factores como el pH urinario, las concentraciones electrolíticas y otros factores locales hagan que los resultados del tratamiento con TGC en ITU por gérmenes MR sea óptimo, aunque existe muy poca literatura al respecto. Sin embargo, la bacteriuria puede persistir hasta en el 50% de los casos. Nuestra experiencia, aunque muy limitada, confirma dicho éxito terapéutico que además es también patente en la resolución de la bacteriuria.

Conclusiones: La literatura científica encontrada, así como nuestra experiencia, sugiere que TGC es una buena alternativa en tratamiento de las ITU por MR o por otros gérmenes, cuando se produzca fallo terapéutico con fármacos de primera línea o exista algún factor limitante (IR, alergia a β-lactámicos, CPM, etc.).

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.