

pios del microorganismo y de factores de defensa del huésped. Dentro de los factores propios del microorganismo se encuentran la capacidad de adhesión al uroepitelio, el tamaño del inóculo y la velocidad de reproducción del microorganismo. Dentro de los factores propios del huésped encontraríamos el efecto de arrastre del flujo urinario, el pH ácido de la orina y la elevada osmolaridad, la presencia de mucina que impide la fijación bacteriana y la acción inmunológica local (IgM, A, macrófagos) y sistémica. El factor que desempeña un papel más crítico es la dilución y eliminación de la orina.

Los microorganismos más frecuentemente implicados en las ITUs en la mujer son: *E. coli*, *Klebsiella*, *Staphylococcus saprophyticus* (especialmente en mujeres entre 15 y 25 años), estreptococos del grupo B (embarazadas) y enterococos. En raras ocasiones son producidas por virus, aunque la viruria asintomática no es rara en determinadas infecciones víricas.

CLÍNICA

La mujer con cistitis presenta disuria, en general intensa, de inicio agudo que puede acompañarse de polaquiuria, tenesmo vesical, dolor suprapúbico y micción urgente. Asimismo podemos encontrar febrícula y hematuria. En la mujer y en el anciano es relativamente frecuente la incontinencia de orina. La existencia de fiebre, dolor lumbar o puñopercusión lumbar positiva, han de hacernos sospechar en infección del riñón (pielonefritis).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la pielonefritis son la fiebre con escalofríos francos, el dolor en la fosa lumbar por distensión de la cápsula renal y el síndrome miccional. Puede producirse bacteriemia en

el 20-30% de los casos. Como factores de riesgo para desarrollar una pielonefritis en la mujer; encontramos el embarazo, infección previa en el último mes, edad inferior a los cinco años, clínica de más de una semana de evolución, inmunodepresión, diabetes, insuficiencia renal, anomalía anatómica o funcional de las vías urinarias o infección por *Proteus*

DIAGNÓSTICO

La cistitis es una infección del tracto urinario bajo que cursa con disuria, polaquiuria y urgencia miccional, +/- hematuria o dolor suprapúbico. La clínica nos ayuda en la orientación diagnóstica, pero la confirmación la obtenemos mediante el sedimento de orina y urocultivo.

En la mujer es importante hacer diagnóstico diferencial del síndrome miccional entre las siguientes entidades (tabla I):

1. **Cistitis.** ⇒ Piuria + urocultivo positivo.
2. **Uretritis infecciosa.** ⇒ Piuria + urocultivo negativo. Sospecharlo en paciente con ETS en la pareja, promiscuidad sexual, cambio reciente de pareja o ausencia de respuesta al tratamiento de la cistitis. Muchas veces son asintomáticas. Los gérmenes habituales son *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, virus herpes simple. El cultivo es imprescindible para realizar el diagnóstico. Para el estudio de *N. gonorrhoeae* se debe tomar muestra directa del exudado uretral y se realizará tinción de Gram y cultivo en medio de Thayer-Martin. Para la *Chlamydia trachomatis* detección de antígeno o ARN y cultivo en medio U9B. Se puede iniciar tratamiento empírico con Ceftriaxona 250 mg, i.m., unidosis o Cefixima 400-800 mg, v.o., monodosis, entre otras opciones. Una vez confirmada la