

o ginecológico es inferior al 10%, pero en autopsias se ha encontrado infiltración asintomática hasta en un 90% de los casos. La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) es la afectación paraneoplásica más frecuentemente encontrada a nivel renal y se presenta generalmente con insuficiencia renal o síndrome nefrótico.

**Caso clínico:** Paciente de 81 años con antecedentes de HTA, dislipemia, fibrilación auricular, HBP e hipoacusia crónica. Ingresa en Nefrología en septiembre de 2018 por insuficiencia renal progresiva desde una creatinina basal de 1.26 mg/dL hasta 2.54 mg/dL, asociado a microhematuria y proteinuria; sin proceso intercurrente ni exposición a nefrotóxicos. Se encuentra asintomático, sin hallazgos patológicos a la exploración física. Se objetiva proteinuria de 7.7 gramos en orina de 24 horas, proteinuria de Bence Jones negativa y hematuria persistente. Así mismo, se objetiva una linfocitosis de 5.8x10<sup>3</sup>/microL. Se completa el estudio etiológico mediante biopsia renal, con el diagnóstico de GNMP. En las pruebas de inmunohistoquímica, se objetiva un infiltrado linfocítico en cápsula renal CD20 positivo, CD23 y CD5 focalmente positivos; compatible con infiltración por LLC. En la citometría de flujo de sangre periférica, se halla un 38,1% de linfocitos B maduros, siendo un 96% elementos clonales con inmunofenotipo de LLC con coexpresión de CD20, CD19, CD23, CD200 y CD5. En la citogenética se obtiene trisomía del cromosoma 12. Presenta biología molecular no mutada para TP53 y VH. En la serie ósea no se objetivan imágenes osteolíticas. En diciembre de 2018, Nefrología inicia tratamiento con ciclofosfamida intravenosa y corticoterapia ante progresivo empeoramiento de función renal con creatinina de 4.62 mg/dL secundario a GNMP. Ante la buena respuesta clínica, y de acuerdo con Hematología, se mantuvo tratamiento hasta completar cinco dosis de ciclofosfamida en mayo de 2019. Tras finalizar el tratamiento por GNMP, presenta insuficiencia renal residual con creatinina de 2.5 mg/dL y filtrado glomerular de 24.96 mL/min/1.73m<sup>2</sup>. El paciente se encuentra asintomático, el recuento absoluto de linfocitos es 1.2 x10<sup>3</sup>/microL, no presenta citopenias, adenopatías ni esplenomegalia y se mantiene en seguimiento por Hematología.

**Conclusión:** En la LLC, el estudio de posible afectación renal no se encuentra sistematizado como en otras neoplasias hematológicas. Sin embargo, en presencia de insuficiencia renal o proteinuria de nueva aparición estaría indicado realizar una biopsia renal para descartar un proceso paraneoplásico asociado. Como en este caso, esto puede suponer una indicación de tratamiento en pacientes que no presentan otros criterios clásicos para tratamiento y determinar la evolución clínica y abordaje posterior.

**PB-071**

**BACTERIEMIA SECUNDARIA A BALANITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA XDR EN PACIENTE CON LLC CON INMUNOSUPRESIÓN SEVERA PROLONGADA**

Martín-Consuegra Ramos S<sup>1</sup>, Hernández Mata C<sup>1</sup>, Gomez Martinez A<sup>1</sup>, Pinzon Marino S<sup>1</sup>, Garcia Ortego A<sup>1</sup>, Salvador Ruperez E, Villalba Montaner M, Moreno Carbonell M, Gonzalez Gomez E, Civeira Marín M, Delgado Beltran P

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet

**Introducción:** La neutropenia severa (<100cel/mm<sup>3</sup>) y prolongada (>7-10 días) es indicación de profilaxis antibiótica en pacientes de alto riesgo para desarrollo de infección según guías de recomendación. En enfermedades con clonalidad linfoide como la leucemia linfática crónica (LLC), se añade frecuentemente el desarrollo de hipogamaglobulinemia, que produce afectación de la inmunidad innata y humoral, aumentando el riesgo infeccioso de base.

**Caso clínico:** Paciente de 70 años con antecedentes de colicitis ulcerosa (CU) y LLC estadio Rai 4 Binet C desde mayo de 2017, con cadena pesada de las inmunoglobulinas y p53 normales, que recibió Ibrutinib durante 20 días en diciembre de 2017, suspendiéndose por múltiples complicaciones infecciosas: NAC, bacteriemia por E. Coli, gripe A y aspergilosis pulmonar invasiva. Ingresa en hematología en abril de 2018 por diarrea, disuria y balanitis prepucial de una semana de evolución. Presenta fiebre en contexto de neutropenia severa y prolongada, con posible foco infeccioso digestivo y/o urinario. Se inicia tratamiento antibiótico empírico y se continúa tratamiento antifúngico previo. Digestivo descarta que la diarrea sea secundaria a brote de CU. Presenta mejoría de cuadro diarreico con empeoramiento de balanitis, documen-

tándose aislamiento de P. aeruginosa XDR en orina y exudado uretral. Se realizó cambio de antibiótico a aztreonam y colistina según antibiograma recogido en Tabla 1. Durante la evolución, se reactiva infección por CMV y se decide inicio de valganciclovir sin evidencia de lesión orgánica o enfermedad por CMV. Se descarta infección fúngica invasiva activa durante la hospitalización. Debido a progresión clínica de adenopatías y aumento de hepatoesplenomegalia, además de neutropenia persistente, secundarios a infiltración por LLC; se decide inicio de quimioterapia con esquema R-Clorambucilo y reinicio de G-CSF (G-CSF inefectivo en ingresos previos). Se descarta transformación de hemopatía de base mediante biopsia de médula ósea. Se produce reducción importante de adenopatías axilares e inguinales con menor respuesta del conglomerado adenopático abdominal. La evolución es tórpida y el 14/05/18 se documenta aislamiento de P. aeruginosa XDR en hemocultivos, con el mismo espectro de resistencia al previo. El 29/05/18 hay nuevo incremento del tamaño de las adenopatías, por lo que el 31/05/18 se decide cambio de esquema quimioterápico a R-Bendamustina. Se logra reducción de adenopatías, sin respuesta medular ni incremento periférico de neutrófilos. Continúa con neutropenia febril diaria y empeoramiento del estado general pese a la ampliación de cobertura antibiótica. El 13/06/18 presenta shock séptico e infección grave por C. Difficile, sin respuesta clínica a terapia doble con vancomicina oral y metronidazol intravenoso. Finalmente, fallece en 48 horas.

**Conclusión:** Se trata de un paciente con LLC con indicación de tratamiento. Debido a la edad, el estado funcional y el estado no mutado de IGH, estaría indicado tratamiento con Ibrutinib, que no se puede mantener debido a múltiples infecciones. Nuestro paciente presenta la peculiaridad de desarrollar una bacteriemia secundaria a balanitis por P. Aeruginosa XDR, lo cual es muy poco habitual. En la literatura se recogen escasos casos de balanitis por P. Aeruginosa, pero ninguno con bacteriemia secundaria. Además, ante la hospitalización recurrente y la persistencia de neutropenia severa, se plantea la duda de administrar tratamiento con quimio y/o inmunoterapia, con la intención de disminuir la carga tumoral medular y permitir la recuperación de la serie granulocítica y, con ello, la disminución del riesgo infeccioso y la mejor resolución de estos procesos.

**Tabla 1. Antibiograma de hemocultivos y urocultivo positivos.**

ANTIBIOGRAMA	PSEUDOMONA AERUGINOSA XDR					
	Urocultivo 14/04/18		Hemocultivo 14/05/18 - 26/05/18		Hemocultivo 01/06/18	
		CMI		CMI		CMI
<b>Pipe-tazobactam</b>	Resistente	64	Resistente	64	Resistente	64
<b>Ceftacídima</b>	Resistente	16	Resistente	16	Resistente	16
<b>Cefepime</b>	Resistente	16	Resistente	16	Resistente	16
<b>Aztreonam</b>	Intermedio	4	Intermedio	4	Intermedio	4
<b>Imipenem</b>	Resistente	>8	Resistente	>8	Resistente	>8
<b>Meropenem</b>	Intermedio	4	Resistente	>8	Resistente	>8
<b>Gentamicina</b>	Resistente	>8	Resistente	>8	Resistente	>8
<b>Tobramicina</b>	Resistente	>8	Resistente	>8	Resistente	>8
<b>Amikacina</b>	Intermedio	16	Intermedio	16	Resistente	32
<b>Ciprofloxacino</b>	Resistente	>2	Resistente	>2	Resistente	>2
<b>Levofloxacino</b>	Resistente	>4	Resistente	>4	Resistente	>4
<b>Colistina</b>	Sensible	<=2	Sensible	<=2	Sensible	<=2

**Tabla 2. Serologías para CMV.**

SEROLOGIA	24/04/18	04/06/18	11/06/18
<b>Carga viral CMV (PCR)</b>	91 UI/ml	1110 UI/ml	215 UI/ml
<b>Unidades logarítmicas</b>	2.0	3.0	2.3