Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2865

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4837 - ¡CUIDADO CON LAS ITUS EN VARONES!

Z. Oreja Durán[a], F. Caminero Ovejero[a], E. Romero Cantero[a], S. García Espada[b] y M. Rangel Tarifa[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP San Roque. Badajoz. [c]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Acude a nuestra consulta un paciente de 66 años con antecedentes personales de HTA, DLP, EPOC con buen control, e intervenido quirúrgicamente de una eventroplastia y una hernia umbilical; al que valoramos en menos de dos meses en varias ocasiones por clínica miccional sin fiebre ni malestar general acompañante. Ante la sospecha de infección del tracto urinario inferior (ITU) de repetición se le realizan sistemáticos y urocultivos de orina en todas ellas siendo tratado correctamente. Además se le solicita ecografía abdominal sin encontrar hallazgos patológicos. En la última visita nos comenta que aparte de la sintomatología miccional, nota expulsión de gas por la uretra y en algunas ocasiones salida de heces por el meato uretral. Ante la noticia de estos nuevos hallazgos y la sospecha de fístula rectovesical se deriva a Urología de manera preferente. Es valorado por Urología que solicita un TAC abdominopélvico y lo deriva a su vez a las consultas de Digestivo para completar estudio, que se realiza, y se diagnostica de diverticulosis colónica y fístula enterovesical. Es intervenido quirúrgicamente y evoluciona favorablemente desde entonces, no volviendo a presentar ITUs.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales, tacto rectal, ecografía abdominal, cistoscopia sin hallazgos significativos. Colonoscopia no valorable por mala preparación. Tac colonoscopia: vejiga vacía con aire en su interior en relación con fístula vésico-sigmoidea. RMN pelvis: diverticulosis. Vejiga con nivel hidroaéreo y alteraciones compatibles con trayecto fistuloso enterovesical.

Juicio clínico: Fístula enterovesical.

Diagnóstico diferencial: ITU recurrentes. Neoplasia fistulizada. Diverticulitis.

Comentario final: Ante el diagnóstico de una ITU en varón, que se considera complicada por definición, siempre se debe realizar pauta larga de antibioterapia y estudio complementario para descartar organicidad. En nuestro caso el motivo era una fístula enterovesical, que la sospechamos por la clínica referida, por lo que el diagnóstico es eminentemente clínico, destacando neumaturia, infecciones recurrentes del tracto urinario, fecaluria y hematuria.

Bibliografía

1. Najjar SF, Jamal MK, Savas JF, Miller TA. The spectrum of colovesical fistula and diagnostic paradigm. Am J Surg. 2004;188:617-21.

Palabras clave: Fecaluria. Neumaturia. ITUs.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.