Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1891

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1770 - Neumaturia y fecaluria, a razón de un caso en atención primaria

J. Chávez Galván[a], L. Alonso Bravo[b], L.J. Molina Martínez[c], P.L. García Flores[d], M. Forte Guerrero[e] y J. Herrador Paredes[a]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. [b]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. [c]Médico de Familia. Centro de Salud La Paz. Badajoz. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Acude a nuestra consulta un paciente varón de 49 años que refiere disuria de varios días de evolución por la que ya ha consultado en PAC hace dos días etiquetándose de infección urinaria y pautándole amoxicilina/clavulánico con el que continua en la actualidad. Según comenta sigue sufriendo dichas molestias más acentuadas, acompañándose de expulsión de gases (neumaturia) y restos alimenticios, “pipas de melón” (fecaluria) por la uretra. No refiere fiebre ni otros síntomas generales. Antecedentes personales de psoriasis, hiperuricemia e intervenido de hernia inguinal derecha en 2009. En estudio por Digestivo por sospecha de enfermedad de Crohn. Fumador de 20 cigarrillos/día y marihuana ocasional. Bebedor ocasional. Antecedentes familiares de hermana con pólipos colónicos resecados y dos tíos fallecidos por cáncer colorrectal a los 40 y 60 años.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración física completa siendo anodina. Se solicita combur test e enfermería con resultado de: leucocitos 4+; hematíes 4+; proteínas 2+; resto normal. Temperatura de 36,5 ^{o}C. Se deriva a Urgencias para completar estudio y tratamiento. Se ingresa al paciente. Durante ingreso se realiza TAC abdominal y entero-RMN donde se objetiva engrosamiento de la pared de sigma, con algún divertículo y con tracto comunicante a vejiga, además de imagen adyacente a sigma sugestivo de absceso, sin poder descartar proceso

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

neoplásico añadido.

Juicio clínico: Fístula enterovesical e infección urinaria.

Diagnóstico diferencial: Formación endógena por gérmenes que fermentan la glucosa y provocan cistitis enfisematosa. Maniobras endoscópicas, lavados vesicales, sondajes o traumatismos. Procesos neoplásicos, como el cáncer colorrectal, pueden dar lugar a estas complicaciones, o e incluso la radioterapia abdominal. Enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn (primera sospecha) o la colitis ulcerosa. Diverticulitis aguda, complicada en este caso hacia la que se orientó dicho cuadro tras los hallazgos radiológicos sin poder descartar otras causas asociadas.

Comentario final: Con este caso lo que pretendemos señalar es como unos síntomas poco habituales como son la neumaturia y la fecaluria, se ven asociados a procesos más frecuentes como en nuestro caso fue la diverticulitis aguda. Por tanto tendremos que tener presente ante la aparición de estos síntomas desde atención primaria dicha enfermedad y las referidas en el diagnóstico diferencial. Las fístulas enterovesicales rara vez cierran solas, por lo que el tratamiento será quirúrgico, como lo fue en nuestro paciente. Las fístulas crónicas con escaso componente inflamatorio se manejan con resección intestinal segmentaria y cierre vesical, mientras que en fístulas con gran inflamación y abscesificación, como en nuestro paciente, es necesaria la colocación de colostomía inicial y tratamiento antibiótico de amplio espectro, para después abordar la fístula.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Navarro R, Vilar Bonacasa EY, Roig Salgado C. Neumaturia. Semergen. 2010;36(3):177-81.

2. Galiano Baena JF, Caballero Romeu JP, Galán Llopis JA, Leivar Tamayo A, Lobato Encinas JJ. Cistitis enfisematosa. Caso clínico y revisión de literatura. Actas Urol Esp. 2008;32:948-50.

3. Allona Almagro A, Sanz Migueláñez JL, Pérez Sanz P, Pozo Mengual B, Navío Niño S. Fístulas urinarias: puesta al día. Actas Urol Esp. 2002;26:776-95.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.