



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1688 - ¿Por qué tengo tantas infecciones de orina?

E. de Dios^a, J.I. Berrocó Sánchez^b, J.I. Delgado Redondo^b, G. Lucía Ramos^c, Á.F. Viola Candela^d, M. Robles Torres^c, C. Sánchez Peinador^d, N. Diego Mangas^e, Á. Morán Bayón^e y A. Pérez Santamaría^e

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años con antecedentes de HTA, dislipemia y diverticulitis, en tratamiento con simvastatina, enalapril que acude a su médico de cabecera por presentar molestias al orinar, nicturia y sensación de tenesmo vesical. El médico le diagnostica de infección del tracto urinario y le pauta tratamiento antibiótico con fosfomicina 3 g. En las semanas posteriores la paciente vuelve a consultar por este motivo en varias ocasiones sin mejoría del cuadro a pesar del tratamiento con otros antibióticos como ciprofloxacino y en la última consulta refiere asimismo la expulsión de gases por la uretra.

Exploración y pruebas complementarias: E. física: general: buen estado general. Consciente orientada. Eupneica. Colabora. Cabeza y cuello: No IY a 45°. Tórax: AC: tonos rítmicos no extratonos ni soplos. AP: MVC. No ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación en hipogastrio. Extremidades: no edemas. P. complementarias: analítica de sangre: normal. Orina: presencia de esteroides leucocitarias. Cultivo de orina: positivo para *Klebsiella* sensible a cotrimoxazol. Ante esta situación, se decide solicitar eco renal y de vías urinarias, que no determina alteraciones que justifiquen las ITU de repetición. Se derivó a la paciente al servicio de urología por clínica miccional dada por nicturia de 4 veces, dificultad de vaciado y neumatúria. Dentro del estudio se realiza cistouretrografía donde destaca presencia de burbuja aérea a nivel vesical. Posteriormente se solicita TAC con contraste oral objetivándose comunicación entero vesical, se indica tratamiento quirúrgico resolviéndose el problema.

Juicio clínico: Fístula enterovesical.

Diagnóstico diferencial: Cistitis. Diverticulitis. Neoplasia fistulizada. Absceso pararenal. Absceso perinefrítico.

Comentario final: Para el médico de atención primaria es importante saber relacionar estos datos clínicos que nos refiere la paciente de clínica miccional de repetición que no mejora con tratamiento antibiótico asociado a expulsión de gases por la uretra para detectar un posible evento desencadenante de base como una fístula enterovesical en paciente con antecedentes personales de diverticulitis. Asimismo pueden acompañarse de expulsión de material intestinal. Esta enfermedad suele ocurrir secundariamente a procesos de diverticulitis del colon, y más raramente en cáncer de colon y enfermedad inflamatoria intestinal. También puede ser causada por infecciones urinarias, producidas por gérmenes anaerobios que generan gas por lo que ante la presencia de estos síntomas es importante derivar lo antes posible a urología al paciente para la realización de

las pruebas diagnósticas pertinentes y le decisión terapéutica más apropiada para cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupper M, Kravtsov A, Potasman I. Emphysematous Cistitis Illustrative case report and review of the literature. *Medicine*. 2007;86:47-53.
2. Hernandez Millan I, Salinas Sánchez AS, Pastor Guzmán JM, et al. Fistulas vesicointestinales. *Actas Urol Esp*. 1993;17(4):255.