



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

160/929 - ¿Sólo una infección de orina?

M. Valtueña Camacho^a, M. Muro Culebras^b, D. Museros Sos^c, M. Pastor Sanz^d y L. Rodríguez Serra^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 47 años, alérgico a la penicilina, y con antecedentes de colon irritable y diverticulosis. Acude a la consulta del Centro de Salud por presentar disuria de dos días de evolución, no ha presentado fiebre ni dolor lumbar asociado. Episodio de infección del tracto urinario (ITU) el mes previo por lo que fue atendido en el servicio de urgencias objetivándose piuria en analítica de orina y con analítica sanguínea y ecografía sin hallazgos relevantes y tratado con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 7 días con mejoría de la sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza test de orina reactivo que resulta positivo ante la determinación de leucocitos, por lo que se recoge urocultivo y se pauta tratamiento con norfloxacino 400 mg cada 12 horas durante 10 días y se indica al paciente que vigile posibles complicaciones que puedan asociarse; citándolo en la consulta a la semana para ver la evolución. El paciente acude de nuevo al día siguiente consultando por la aparición de fecaluria; ante este nuevo síntoma y dados los antecedentes de patología colónica se remite para ser valorado por el servicio de cirugía general de manera preferente, que decide ingreso para estudio en planta de hospitalización. Se solicita TAC abdomino-pélvico, donde se objetiva: diverticulosis de colon, especialmente florida en su tramo sigmoideo. En sigma distal aparece una solución de continuidad entre la pared de esta estructura y la cúpula vesical. La vejiga contiene una pequeña burbuja de gas de localización anterior. Estos hallazgos, en el contexto clínico propuesto, sugieren localizar la fistulización entre la pared anterior de sigma distal y el margen posterior de la cúpula vesical. Finalmente se realiza una resección anterior de sigma con cierre primario de vejiga donde asentaba la fistula.

Juicio clínico: Diverticulosis de sigma complicada con fistulización sigmoideo-vesical.

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria, fistula colovesical.

Comentario final: Por definición, las ITU en varones son consideradas como complicadas, y se suelen asociar a algún tipo de malformación del aparato urinario o son secundarias a manipulaciones del mismo. En el caso de nuestro paciente, al asociar fecaluria y debido a los antecedentes de diverticulosis, se sospechó de una posible fistulización, pese a la ausencia de dolor abdominal u otra sintomatología indicativa de complicación diverticular. Es importante recordar que las causas más frecuentes de esta patología son diverticulitis (60%), neoplasias (20%) y enfermedad inflamatoria (15%), que la presencia de neumaturia o fecaluria son signos específicos y que para llegar a su diagnóstico la prueba complementaria con mejores resultados ha sido el TAC, donde se podrá observar la triada típica: presencia de gas en vejiga, engrosamiento de la pared

intestinal adyacente y visualización del trayecto fistuloso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastià Cerqueda C, Merino Peña E, Quiroga Gómez S, Álvarez-Castells A. Fístulas vesicosigmoideas secundarias a diverticulitis. Diagnóstico mediante tomografía computarizada helicoidal. Radiología. 2007;49(5):343-5.
2. Bannura G, Barrera A, Cumsille MA, Melo C, Soto D, Contreras J. Fístula colovesical de origen diverticular. Rev Chil Cir. 2010;62(1):49-54.