



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1553 - Cólico purpúrico mortal

F.J. Serna Gea<sup>a</sup>, C. Gracia Díaz<sup>a</sup>, R. Gambín Follana<sup>a</sup>, I. Marín Cabrera<sup>b</sup>, R. Miñarro García<sup>a</sup> y F. Mayea Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Doctor Álvarez de la Riva. Orihuela. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almoradí. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 70 años. Ha consultado varias veces por clínica de cólico nefrítico izquierdo en 10 días. Persistencia del dolor. Dificultad para micción. Tratamiento con dexketoprofeno, metamizol, tamsulosina y diazepam. AP: pendiente de endoscopia por sangre oculta en heces +. Analíticas de sangre y orina en Urgencias: hematuria macroscópica. Plaquetopenia leve (105.000). EF: afebril. TA 120/70 mmHg. Regular estado general. Pálido. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, globuloso, dolor en palpación irradiado desde región lumbar hasta zona inguinal izquierda. Blumberg y Murphy negativos. PPR bilateral dolorosa. Globo vesical. Sondaje vesical: hematuria con coágulos. Se deriva a urgencias para valoración por urólogo y lavado vesical.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica sangre: plaquetopenia (39.000). Analítica orina: hematuria. Rx abdomen: normal. Eco abdominal y TAC abdomen-pelvis: lesión tumoral dependiente de la pared vesical en divertículo lateral izquierdo. Valorado por urólogo, recomienda control del dolor y derivar a consultas externas de urología. Mal control del dolor. Plaquetopenia hasta 20.000. Ingresa a urología. Valorado por hematólogo que diagnostica de PTI e inicia corticoides. Mejoría del dolor. Episodio de SatO2 89%, sudoración e hipotensión. AngioTC pulmonar: descarta TEP. Hemorragias alveolares. Empeoramiento del estado general, elevación de transaminasas, bilirrubina, LDH, FA, plaquetopenia grav. Se traslada a UCI. Se perfunde pool de plaquetas. Se canaliza vía central. Fluidoterapia. Noradrenalina. Se mantiene hipotensio. Nuevo episodio de desaturación, sudoración, bradicardia hasta parada cardio-respiratoria. Exitus.

**Juicio clínico:** Neoplasia vesical. PTI.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico nefrítico complicado. Hepatitis aguda fulminante.

**Comentario final:** Nos muestra un paciente que presenta dos patologías independientes entre sí en el mismo lapso de tiempo y, por lo tanto, la necesidad de estudiarlas por separado y abarcarlas como dos entidades distintas, dándoles la importancia que se merecerían cada una en situaciones independientes. En este ejemplo, el cuadro original de dolor causado por un tumor vesical obstructivo se interpretó como la enfermedad principal del paciente, dejando en un segundo escalón la plaquetopenia y alteración en la coagulación producidas por una PTI que finalmente fue determinante en el desenlace del caso.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 4<sup>a</sup> ed, 2010.

2. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. 2009.

*Palabras clave:* PTI. Hemorragia alveolar.