



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2458 - UNA INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA

L. Tomás Ortiz^a, M. Navarro Miralles^a, M. Muñoz Ayuso^b, B. Blanco Sánchez^c y J. Sánchez Sánchez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^bMédico de Familia. Urgencias Hospital Los Arcos. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años con hipertensión arterial en tratamiento con valsartán. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, amigdalectomía, fístula perianal. Antecedentes familiares de interés: hermano trasplante renal. Consulta en nuestro centro de salud por fiebre de 37,8 °C y oliguria intermitente de un mes de evolución en tratamiento con antibiótico que no sabe precisar (no consulta). Además, disuria ocasional y hematuria sin coluria ni orinas espumosas. En analítica de orina: leucocituria, iniciándose quinolonas. A la semana, evolución tórpida con fiebre de 39 °C con sudoración y escalofríos acompañada de hipotensión. Dolor lumbar bilateral y estreñimiento. Derivamos a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Atención Primaria: T^a 39,0 °C, TA 90/55. Exploración física (normal) y analítica de orina: leucocituria y hematuria. Urgencias: anormales y sedimento (leucocituria, hematuria, moderada bacteriuria). Analítica sanguínea: PCR 12,8. Procalcitonina 155,9. Leucocitos 14.820 (neutrófilos 11.840, linfocitos 1.900). Rx tórax y abdomen: normales. Ecografía abdominal: quiste atípico de 35 mm en riñón izquierdo con contenido ecogénico y tabiques finos. Ingreso medicina interna: TC abdominal: diverticulitis aguda complicada y fístula colovesical. Pielonefritis aguda izquierda complicada por contigüidad y múltiples abscesos. Hemocultivos: bacteriemia secundaria de foco urinario por E. coli resistente a quinolonas. Tratamiento con cefalosporinas y cirugía (colectomía + colostomía).

Juicio clínico: Fístula colovesical. Diverticulitis aguda complicada. Pielonefritis aguda izquierda complicada por contigüidad.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis, absceso perinefrítico, cistitis, epididimitis, prostatitis, patología tumoral, pseudoobstrucción/obstrucción intestinal, embolia mesentérica, trombosis arterial/venosa mesentérica.

Comentario final: La fístula colovesical (FCV) es una comunicación patológica entre la vejiga y el intestino grueso (habitualmente sigma), causada por enfermedades inflamatorias y neoplásicas variadas. Es una complicación no infrecuente. La FCV diverticular afecta principalmente a los hombres en una proporción de 2,6:1, lo que se ha atribuido al efecto protector del útero. La FCV de origen diverticular es poco frecuente, afecta mayoritariamente a varones en torno a 70 años, con comorbilidades y se instala de forma silenciosa. La resección con anastomosis inmediata es el tratamiento quirúrgico de elección en los pacientes aptos para cirugía. A destacar la importancia de la orientación diagnóstica y el diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico.

Bibliografía

1. Johnson JR, Stamm WE. Diagnosis and treatment of acute urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am.* 1987;1:773-91.
2. Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Cek M, Lobel B, et al. The management of urinary and male genital tract infections. *European Association of Urology, Guidelines 2008*;56.
3. Shatila AH, Ackerman NB. Diagnosis y management of colovesical fistulas. *Surg Gynecol Obstet.* 1976;143:71-4.

Palabras clave: Diverticulitis. Pielonefritis. Resistencia antibiótica.