

## 347/259 - ¡DOCTORA, ORINO AIRE!

I. Hernández Medina<sup>a</sup>, A. Condón Abrantó<sup>b</sup>, V. Cusati Velasco<sup>a</sup> y A. Sanz Collado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Juan XXIII. Tarragona. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Pere-Reus. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años que consulta por neumaturia de una hora de evolución. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumador. Hipertensión arterial. Dislipemia. Estenosis carotídea bilateral. Rinitis crónica. Hernia inguinal derecha. Hemorroides. Medicación habitual: Adiro, Cardyl, Lobivon, Micardis, Secalipt, alprazolam, budesonida. Anamnesis: paciente que acude por episodio de neumaturia aislada hace una hora, después de deposición en contexto de estreñimiento. Presenta molestias anales, sensación de prolusión rectal y rectorragia. Hace 3 días, consultó por disuria y tenesmo vesical, en tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico, con mejoría clínica. Afebril. No vómitos ni diarreas. No síndrome miccional, no dolor abdominal, no fecaluria ni alteración de la coloración de la orina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normoconstante. Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado, normocoloreado. Eupneico. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria: buena ventilación bilateral, no ruidos sobrañadidos. Abdomen: peristaltismo conservado. Percusión anodina. Blando y depresible, no masas ni megalías. Doloroso a la palpación profunda de hemiabdomen izquierdo. Analítica sanguínea anodina: PCR 0,4 mg/dl. Sin leucocitosis. Rx abdomen: no lesiones de partes óseas ni blandas. No signos de neumoperitoneo. Abundantes heces en marco cólico. Sedimento: moderados cristales de oxalato cálcico, 5-10 eritrocitos por campo, 60-100 leucocitos por campo.

**Orientación diagnóstica:** Neumaturia.

**Diagnóstico diferencial:** Infección del tracto urinario. Cistitis enfisematoso. Fístula enterovesical.

**Comentario final:** La neumaturia es definida como la presencia de gas en la orina. Descartada la etiología yatrogénica, la causa más frecuente es una fístula enterovesical secundaria a diverticulitis, enfermedad de Crohn o proceso neoplásico intestinal. En la clínica se debe prestar atención a las posibles alteraciones electrolíticas y parámetros infecciosos. El síntoma más frecuente es la neumaturia, seguido de fecaluria y síntomas irritativos. Para completar el diagnóstico, es de elección la realización de tomografía computarizada abdominal. El tratamiento dependerá de la gravedad de la clínica, siendo de preferencia la conducta conservadora con reposo intestinal y antibioticoterapia. En casos más avanzados o fracaso de tratamiento expectante, estará indicada la cirugía.

### Bibliografía

1. Harcharan S, Gill MD. Surgical Clinics of North America. 2016;96:583-92.

2. Intestinal fistulae. Clinical Overview. Elsevier point of Care. Updated May 31, 2017.

**Palabras clave:** Neumaturia. Fecaluria. Fístula.