

347/1617 - IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DE ITU ENFISEMATOSA EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. Barranco Apoita^a, L. Olivo Alcaraz^a, M. Gentil Girón^b y M. Docavo Barrenechea-Moxo^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campamento. Madrid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años con antecedentes de DM II de difícil control, en tratamiento con metformina/sitagliptina e Insulinoterapia. Sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta por presentar desde hace 24 horas molestias abdominales, náuseas y vómitos de contenido bilioso con intolerancia oral, asociando fiebre de hasta 38,5º y malestar general. Niega alteraciones en las deposiciones ni clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 137/83 mmHg; FC: 117 lpm; 38,3 °C; BMT: 235. Impresiona de MEG. Taquicárdica, sudorosa. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen blando, depresible, molestias generalizadas de predominio en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión negativa. Analítica: leucocitosis (11.600) con neutrofilia, PCR: 0,65, urea 132, Glu: 232, Cr: 1,67 (previa normal), FG: 32, LDH: 668, CK: 220, lactato: 2,3. Debido a la afectación del estado general, y a las alteraciones analíticas (leucocitosis, elevación de LDH, CK, lactato; empeoramiento agudo de la función renal) se decide derivación hospitalaria. Uroanálisis: bacterias abundantes, piuria intensa, microhematuria. Rx abdomen/pelvis: se observan pequeñas imágenes hipodensas redondeadas agrupadas en región pélvica, aspecto “en panal”. Se completa estudio con TAC Abdomen: múltiples burbujas de gas intramural en pared anterior de vejiga.

Orientación diagnóstica: Vómitos, intolerancia oral y fiebre de 24 horas de evolución en paciente diabética mal controlada.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, efectos secundarios farmacológicos (metformina), cetoacidosis diabética, pielonefritis, EIP, isquemia intestinal aguda, absceso intraabdominal, apendicitis aguda.

Comentario final: Juicio clínico: cistitis enfisematoso. La paciente fue valorada en conjunto por los servicios de Urología y Medicina Interna, descartándose necesidad de tratamiento quirúrgico, colocando sondaje vesical e iniciando antibioterapia empírica de amplio espectro con favorable evolución, pudiendo ser dada de alta tras la finalización del ciclo antibiótico. La cistitis enfisematoso es una enfermedad poco frecuente, que afecta principalmente a pacientes diabéticos (90%), y que presenta una alta tasa de mortalidad si no se instaura tratamiento antibiótico en fases tempranas. Por ello se debe tener un alto índice de sospecha en todo paciente diabético, principalmente anciano, con afectación severa del estado general o molestias

abdominales, incluso en ausencia de síntomas ni signos urinarios típicos.

Bibliografía

1. Wientrob AC, Sexton DJ. Emphysematous urinary tract infections. UpToDate; 2017 [consultado 24 mayo 2018].

Palabras clave: Cistitis enfisematoso. Diabetes mellitus.