

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

424/3678 - UNA ITU NUNCA DEJARÁ DE SORPRENDERTE

A. Moreno Forte¹, P. Sánchez Muñoz¹, C. Gracia Díaz¹ y F. Serna Gea²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.²Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años con antecedentes de alergia a penicilina, HTA, DM 2, IAMCEST con colocación de 4 stents hace tres meses y posterior sepsis abdominal por colecistitis alitiásica. En tratamiento con irbesartán 300 mg/24h, metformina 850 mg/12h, AAS 100 mg/24h, ticagrelor 90 mg/12h. Acude a consulta de AP por dolor abdominal intenso desde hace tres días.

Exploración y pruebas complementarias: TA 106/68 mm Hg, T^a 36,2 °C, FC 105 lpm. Exploración física: defensa abdominal con importante dolor en hemiabdomen derecho, Murphy positivo. Auscultación cardiopulmonar normal. ECG: persiste discreta elevación del ST en cara inferior. Rx tórax: sin alteraciones. Analítica: glucosa 154 mg/dL, LDH 252 U/L, sodio 129 mmol/L, PCR 17,50 mg/dL, procalcitonina 2,68 ng/mL, leucocitos 40.150 U/L (91,3% neutrófilos). Orina: cetonuria, microhematuria. Ecografía abdominal: litiasis biliar sin colecistitis. TAC abdominal: cistitis enfisematoso.

Orientación diagnóstica: Cistitis enfisematoso.

Diagnóstico diferencial: Sepsis de origen abdominal. Patología de vía biliar.

Comentario final: La cistitis enfisematoso es una patología rara, infradiagnosticada, rápidamente progresiva y potencialmente mortal. Se han descrito unos 165 casos. Se caracteriza por la presencia de gas en las paredes de la vejiga. Los factores de riesgo son la diabetes mellitus, presente hasta en el 75% de los casos, la inmunosupresión, infecciones urinarias de repetición, vejiga neurógena, alteraciones anatómicas o patología obstructiva. Es más frecuente en mujeres mayores de 60 años. La mitad de los pacientes presentan dolor abdominal, fiebre, piuria y síntomas urinarios irritativos pero en otros puede ser asintomática, pudiendo provocar una sepsis e incluso la muerte. El germe mas típicamente productor de esta patología es el E. coli pero puede deberse también a Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus o Candida albicans. El diagnóstico es radiológico, mediante radiografía simple de abdomen o una ecografía de vías urinarias para visualizar aire en la vejiga, pero la confirmación se hace mediante tomografía axial. El tratamiento se basa en antibiótico de amplio espectro y sondaje vesical. En ocasiones es necesario realizar una cistectomía o nefrectomía.

Bibliografía

1. Cerquera Cleves DM, et al. Cistitis enfisematoso: abordaje clínico y terapéutico. Urología Colombiana. 2016;25(1):46-9.
2. Sirvent-Pedreño AE, et al. Cistitis enfisematoso. Nefrología. 2013;33(1):149-50.

Palabras clave: Cistitis. Infección urinaria. Dolor abdominal.