



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

## 482/1665 - DOCTOR, VEO BURBUJAS EN LA ORINA

M. Tomé Pérez<sup>1</sup>, J. Hernández Zapata<sup>2</sup>, I. Sánchez Valiñas<sup>3</sup> y M. Medrano Pérez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 2-Balconcillo. Guadalajara.<sup>2</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 2-Balconcillo. Guadalajara.<sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 2-Balconcillo. Guadalajara.<sup>4</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años, diabético tipo II e hipertenso; acude al Centro de Salud por dolor en hipogastrio, tenesmo vesical y disuria de una semana de evolución, acompañado de sensación de salida de “burbujas blancas” por la orina. Se realiza sedimento de orina: leucocituria. Nitritos y sangre positivos. Se toma urocultivo y exudado uretral. A la espera de resultados, se inicia tratamiento con azitromicina 1 gramo dosis única y levofloxacino.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente, orientado. Constantes estables. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, molestia a la palpación en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalias. Urocultivo: estéril. Exudado uretral: se cultiva *E. coli*, sensible a levofloxacino. Tras completar tratamiento, el paciente continúa con la clínica por lo que se deriva de manera preferente a Urología. Analítica de sangre: sin alteraciones. Antígeno prostático específico 3,9. Antígeno carcinoembrionario: 2,5. Antígeno Ca 19,9: 12,2. Ecografía aparato urinario: masa sólida de aspecto ecográfico tumoral en pared lateral de vejiga derecha ( posible fistulación hacia sigma). Tomografía axial computarizada (TAC) tórax/abdomen/pelvis: hallazgos sugestivos de fistula entre divertículo colon sigmoides y pared vesical, cambios inflamatorios activos. Valorar posible complicación de diverticulitis con fistula o probable carcinoma perforado hacia colon sigmoide. Cistoscopia: efecto masa extramucosa en fondo con zonas edematosas. No evidencia de lesiones que sugieran malignidad de origen vesical. Colonoscopia: anastomosis íleo-cólica latero terminal; lesiones pseudopopliteas; pólipos colónicos resecados. Anatomía patológica: fistula vesículo-colónica, ausencia de displasia (sin identificar trayecto fistuloso).

**Orientación diagnóstica:** Se diagnostica de fistula colovesical en probable relación con antecedente de diverticulitis.

**Diagnóstico diferencial:** Fistula colovesical. Neoplasia vesical. Infección urinaria. Enfermedad de transmisión sexual (ETS).

**Comentario final:** Una fistula colovesical es la comunicación anormal entre la vejiga y un segmento de tubo digestivo, debido a enfermedades inflamatorias o neoplásicas, siendo la enfermedad diverticular la principal causa. El diagnóstico temprano es complicado, ya que la sintomatología sugiere inicialmente patología urinaria. Con la realización de tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, se observa la triada típica: engrosamiento de la pared vesical adyacente, presencia de aire en vejiga y presencia de divertículos, proceso

inflamatorio o neoformaciones. El tratamiento es quirúrgico.

## Bibliografía

1. Banuera G, Barrera A, Cumsille MA, Melo C, Soto D, Contreras J. Fístula colovesical de origen diverticular. Rev Chil Cir. 2010;62(1):49-54.

**Palabras clave:** Disuria. Fístula. Neoplasia.