

388/16 - ORINO VIOLETA Y NO HE COMIDO REMOLACHA

L. Bea Berges, M. Prieto Aranguren, J. Monsalve de Torre, M. Resa Pascual, A. Vázquez Medrano.

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 42 años, con antecedentes de mielomeningocele con paraplejia y vejiga neurógena con reflujo secundario, intervenida a los pocos meses de edad. A los 9 años intervenida de artrodesis de columna. Amputación de EII tras osteomielitis. Úlcera por presión en muñón de EII por Pseudomonas aeruginosa. Histerectomía y doble anexectomía por pólipos endometriales y metrorragias. Absceso perirrenal izquierdo por pielonefritis crónica. Anemia ferropénica. HTA. Tratamiento habitual: omeprazol 20mg/24h, hierro oral 80mg/24h, ácido fólico 1/24h, enalapril 10 mg/24h, lorazepam 1mg/12h, paroxetina 20 mg/24h. Situación funcional basal: Se desplaza en silla de ruedas. Portadora de sonda vesical permanente. Acude a la consulta por presencia de orina color púrpura en bolsa colectora y catéter desde hace 24 horas. No refiere síntomas urinarios. La sonda está correctamente colocada. Tampoco presenta síntomas gastrointestinales. No sensación distérmica ni fiebre. No refiere cambios recientes en su tratamiento ni en su dieta habitual. Presenta infecciones urinarias recurrentes, pero nunca había visto un color tan llamativo en su orina

Exploración y pruebas complementarias: TA 123/70mmHg, FC 86lpm, Sat 96%, temp 36,8°C, Peso 112 kg. Auscultación cardíaca y pulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, globuloso, no doloroso a la palpación. Peristaltismo presente. Murphy y Blumberg negativo. Puñopercusión renal bilateral negativa. Sistemático y sedimento orina de sonda vesical: leucocitos 500 cel/?l, proteínas 50 mg/dl, nitritos 0,2 mg/dl, hemoglobina 0,50 mg/dl, hematíes 4-10/campo, leucocitos 20-50/campo, bacterias ++. Cultivo orina: flora mixta

Juicio clínico: Síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS).

Comentario final: El PUBS es una entidad benigna poco frecuente que no suele desencadenar complicaciones graves. Más prevalente en mujeres, de edad avanzada con sondaje de larga evolución o permanente, pluripatológicas, con estreñimiento crónico, insuficiencia renal crónica e incremento de indol en el intestino, asociado a una dieta hiperproteica e hipercalórica. En este proceso se ven implicadas bacterias intestinales, que metabolizan el triptófano de la dieta pasándolo a indol. Este se transforma en indoxil sulfato mediante el mecanismo de conjugación hepático y es excretado por la orina. Si existen bacterias en la orina productoras de sulfatasa y fosfatasa (P. mirabilis, P. aeruginosa, K. pneumoniae, E.coli, M.morgani...) lo transforman de nuevo en indoxil. Este se convierte en índigo (color azul) e indirrubina (color rojo). La sonda vesical y la bolsa que están fabricadas con plástico y cloruro de polivinilo interaccionan y pueden teñirse con distintas tonalidades de rojo, azul o púrpura. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la ingesta de determinados colorantes alimentarios, alimentos como remolacha, compuestos yodados, fármacos (amitriptilina, indometacina), el exceso de vitamina B o la porfiria. Al tratarse de una infección urinaria asintomática

algunos autores defienden que no precisa tratamiento. Otros recomiendan tratamiento antibiótico dirigido. La resolución del cuadro exige el recambio de la sonda vesical. No precisa controles analíticos ni seguimiento posterior. La paciente recibió tratamiento con cefuroxima oral. En los dos meses posteriores, tuvo dos nuevos episodios asintomáticos de PUBS. En el primero se aisló flora mixta y se trató con ciprofloxacino. En el segundo, se aisló *P. aeruginosa* >100.000 UFC/ml sensible a fármacos de uso hospitalario por lo que no se trato. En los tres episodios se realizó recambio de sonda vesical y bolsa colectora. No ha vuelto a presentar episodios similares.

Bibliografía

Fernández K, López-Bas R. ¿Y esta orina?, AMF 2015;11(8):1713.