



262/160 - SÍNDROME MICCIONAL PERSISTENTE EN VARÓN. INTENTANDO MEJORAR NUESTRA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA

J. Terrero García^a, J. González González^b y S. Arenas Sotelo^b

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años, con antecedentes de HTA, exfumador, bebedor moderado, intervenido de hernia inguinal izquierda y neoplasia prostática. Siguió tratamiento del cáncer de próstata hace cinco años con radioterapia y continuó seguimiento por urología sin signos de avance de esta enfermedad. En los últimos seis meses ha acudido a la consulta de su médico de familia en múltiples ocasiones por síndrome miccional, el cual mejora parcialmente tras varios tratamientos con antibioterapia según antibiograma. Comenta la existencia de un cerco marrónáceo al orinar. En los dos últimos meses presenta molestias abdominales inespecíficas, astenia y pérdida de peso por lo que solicitamos analítica y derivamos a medicina interna donde no encuentran patología diferente considerando que no precisa más pruebas complementarias. Interconsultamos a urología, quienes no objetivan patología. Pendiente de TAC abdominal hace un mes. Por último, avisa a domicilio por dolor abdominal agudo y vómitos fecales por lo que se deriva a urgencias con diagnóstico de sospecha de obstrucción intestinal. Se realiza tac urgente que aprecia un adenocarcinoma de sigma con fístula colonovesical.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor leve difuso en hipogastrio hasta el día del ingreso. Bioquímica, hemograma, bioquímica, análisis de orina y urocultivos, Rx abdomen y TAC abdominal.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de sigma con fístula colovesical.

Diagnóstico diferencial: ITU, prostatitis, obstrucción intestinal, cólico nefrítico, osteoartrosis vertebral, isquemia mesentérica crónica, pancreatitis crónica.

Comentario final: La infección de orina en el varón se considera complicada en este caso. Reflexionamos sobre que entidades frecuentes en la consulta de atención primaria, como la infección de orina, cuando se hacen persistentes pueden estar manifestando patologías graves que no diagnosticamos a priori. En este caso planteamos si la petición de una prueba accesible desde atención primaria como una ecografía abdominal hubiese ayudado a enfocar mejor al paciente.

Bibliografía

1. Kiani QH, George MI, Carapeti EA, Williams AB. Colovesical fistula: should it be considered a

single disease? *Ann Coloproctol.* 2015;31(2):57-62.

2. Butler CC, Hawking MK, Quigley A, McNulty Ca. Incidence, severity, help seeking, and management of uncomplicated urinary tract infection: a population based survey. *Br J Gen Pract.* 2015;65(639):702-7.