



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2299 - Neumatúria: un síntoma clave

M. de la Roz Sánchez^a, I. Olaya Velázquez^b, N. Fernández Sobredo^c, S. Vidal Tanaka^c, A. Ruíz Álvarez^d, A. Estrada Menéndez^e, S. Junquera Alonso^b, J. Flórez García^b, N. González García^f y T. Flórez Gómez^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de la Magdalena. Avilés. Asturias. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Magdalena. Avilés. Asturias. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Magdalena. Avilés. Asturias. ^gDUE. Hospital de Avilés. Avilés. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años, con alergia a amoxicilina/ácido clavulánico. Fumador activo, no consumidor habitual de alcohol. Antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, úlcera duodenal y adenocarcinoma de próstata intervenido. Sigue tratamiento habitual con bromuro de tiotropio, salmeterol/fluticasona, paracetamol, manidipino y candesartán/hidroclorotiazida. Acude a consulta por presentar dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda e hipogastrio de 3 días de evolución, sin náuseas ni vómitos. No fiebre ni alteración del hábito intestinal. Refiere neumatúria desde el inicio del proceso. Ante la sintomatología del paciente se le remite a Urgencias de su hospital de referencia para realizar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración anodina excepto por abdomen globuloso, blando, depresible con dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda con defensa. Peristalsis normal. Blumberg y Murphy negativos. En analítica general tan solo destaca leve hiperglucemia con PCR 0.54 y leucocitosis sin desviación izquierda. Radiografía de tórax y abdomen: Sin hallazgos significativos. TC abdominal: Se detecta vejiga urinaria distendida con nivel hidroaéreo y engrosamiento de pared anterolateral izquierda con fístula colovesical causada por diverticulitis complicada.

Juicio clínico: Fístula enterovesical secundaria a diverticulitis complicada.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse entre las principales causas de neumatúria: cistitis enfisematosa, fístula enterovesical o vesicovaginal, o bien complicación secundaria a maniobras endoscópicas y sondaje.

Comentario final: El paciente evolucionó favorablemente tras la instauración de tratamiento antibiótico con ciprofloxacino por vía parenteral y posterior intervención. Este caso debe hacernos reflexionar sobre la importancia de realizar una historia clínica exhaustiva y una exploración física dirigida a los síntomas que nos indica el paciente, de tal forma podremos evitar la evolución de un cuadro potencialmente peligroso y relativamente frecuente como la fístula enterovesical,

especialmente en relación a una diverticulitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miyaso H, Iwakawa K, Hamada Y, Yasui N, Nishii G, Akai M, Kawada K, Nonoshita T, Kajioka H, Isoda K, et al. Ten Cases of Colovesical Fistula due to Sigmoid Diverticulitis. *Hiroshima J Med Sci.* 2015;64(1-2):9-13.
2. Golabek T, Szymanska A, Szopinski T, Bukowczan J, Furmanek M, Powroznik J, Chlosta P. Enterovesical fistulae: aetiology, imaging, and management. *Gastroenterol Res Pract.* 2013;2013:617967.
3. Yang HY, Sun WY, Lee TG, Lee SJ. A case of colovesical fistula induced by sigmoid diverticulitis. *J Korean Soc Coloproctol.* 2011;27(2):94-8.