



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1443 - ¡Aire en la vejiga!

A.M. Parrella Martín-Gamero^a, S. Berbel León^a, S. Sánchez Lozano^a, M. Medina Sampedro^b, L. Serrano González^b, J. Fuentes Cruzado^c, J.M. Molina Ramos^b, M.A. Martínez Montero^b, B. Navalón Martínez^b y P. Fayerman Rogero^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años que acude a consulta refiriendo clínica urinaria desde hace 4 días, no fiebre ni dolor lumbar. Se hace comburtest: nitritos+, sangre+, leucocitos++. Se pauta fosfomicina 3 g 2 sobres. Al cabo de una semana acude de urgencias por persistencia de la clínica urinaria y acompañada de fiebre de hasta 38,5 °C y dolor intenso en hipogastrio. No clínica digestiva ni respiratoria acompañante. Antecedentes personales: No AMC, No hábitos tóxicos, ITU de repetición, BMN, cervicalgia y dorsalgia crónica.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, T^a 38,5 °C, no rigidez meníngea, ACP normal. Abdomen: blando, depresible, no palpo masas ni megalias, doloroso a la palpación en hipogastrio, Blumberg y Murphy negativo, ruidos positivos, puño percusión renal bilateral negativo, EEII: no edemas. Tira reactiva: densidad 1.021, proteínas 100, glucosa negativo, cc negativos, nitritos positivos, leucocitos 500, hematíes 30. Analítica: leucocitos 8,15, Hb 11,90, plaquetas 462, pH 7,43, glucosa 97, iones normales, transaminasas normales, creatinina: 0,73, urea 26, PCR 57,10. Rx torax y abdomen sin alteraciones significativas. Hemocultivos y urocultivos negativos. Eco renal: proceso inflamatorio y/o infeccioso afectando a la pelvis mayor y menor con la existencia de muy probable contenido aéreo/gas en el interior de la vejiga junto con cambios inflamatorios y engrosamiento del colon descendente de la FII y del sigma, con líquido libre adyacente, recomendando descartar clínicamente un cuadro de diverticulitis aguda complicada que ha podido fistulizar a la vejiga urinaria. TAC abdominal: diverticulitis aguda con fístula enterovesical como complicación y múltiples adenopatías reactivas locoregionales de carácter reactivo. Ingresa con meropenem con evolución clínica favorable. Consultados los servicios de Urología y Cirugía General se aconseja actitud conservadora y revisión en consulta, dan de alta con amoxicilina-clavulánico 875 cada 8h de manera indefinida hasta su consulta en Cx General para programar la cirugía.

Juicio clínico: Sepsis urinaria secundaria a fístula enterovesical como complicación de diverticulitis aguda.

Diagnóstico diferencial: ITU, cólico renal, pielonefritis aguda, retenciones urinarias, diverticulitis aguda, apendicitis aguda, salpingitis, EPI, embarazo ectópico, pseudoobstrucción/obstrucciones intestinales, embolia mesentérica, trombosis arterial/venosa mesentérica, neoplasias.

Comentario final: La fístula enterovesical es una complicación no infrecuente. A la paciente tras varios días de antibioterapia en el hospital y ante la persistencia de febrícula y dolor abdominal y persistencia de la ITU se decidió realizar pruebas de imagen y la presencia de pneumaturia fue definitiva para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatta G, Di Grezia G, Di Mizio V, et al. Crohn's disease imaging: a review. *Gastroenterology Research and Practice*. 2012, Article ID 816920.
2. Bouassida M, Mighri MM, Trigui K, et al. Meckel's diverticulum: an exceptional cause of vesicoenteric fistula: case report and literature review. *The Pan African Medical Journal*. 2013;15(9).