



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2612 - SÍNDROME DE LA ORINA PÚRPURA

M. Sotelo Pérez<sup>a</sup>, N. Franco Zárata<sup>b</sup>, A.M. Ruido Taboada<sup>b</sup>, A.L. Lorenzo Pereira<sup>c</sup>, T. Gómez Fernández<sup>a</sup> y Á.M. Carro Ferreiro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Valle Inclán. Ourense. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Ourense. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Valle Inclán. Ourense.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 90 años encamada y con sonda urinaria permanente cuyos familiares solicitan consulta a domicilio por cambio de coloración de la orina en la bolsa colectora, sin clínica acompañante. Alérgica a penicilina. Antecedentes: DM, demencia, osteoporosis, estreñimiento, prolapso urogenital, infecciones urinarias de repetición. A tratamiento domiciliario con alprazolam, furosemida y fentanilo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y colaboradora. NC,NH,NP. Afebril. TA 130/70. Abdomen: blando, depresible. Resto de exploración: anodina. Bolsa colectora: 600 cc, orina de color violeta-púrpura. Realizamos comburtest: hematies+++ , leucos+++ ,nitritos- pH: 6. Solicitamos analítica y urocultivo. Pautamos tratamiento empírico con ciprofloxacino a la espera de los resultados. Resultado urocultivo: > 100.000 UFC Morganella morganii resistente a ampicilina, amoxicilina-clavulánico, cefuroxima. Sensible a cefotaxima, gentamicina, ciprofloxacino, trimetropin-sulfametoxazol, fosfomicina. Pautamos cambio de sonda y continuamos con ciprofloxacino. Analítica sin alteraciones respecto a previas. Tras terminar pauta antibiótica clara mejoría y desaparición del color de la orina.

**Juicio clínico:** Síndrome de la orina púrpura.

**Diagnóstico diferencial:** Cambio de coloración de orina: ingesta alimentos con colorantes, tintes, medicación: amitriptilina (azul verdoso), indometacina (azul verdoso), doxorubicina (rojo), propofol (verde). Infección tracto urinario por Pseudomonas (verde), síndrome pañal azul (síndrome Drummond).

**Comentario final:** El síndrome de la orina púrpura es un enfermedad poco prevalente, pero interesante desde el punto de vista de AP por lo llamativo del cuadro y la posibilidad de encontrarla en algún momento de nuestra actividad profesional. Consiste en un cambio de coloración de la orina a azul-violeta o púrpura asociado a una ITU. Su etiopatogenia no es bien conocida. Los compuestos ricos en triptófano procedentes de la dieta se transforman en indol por acción de la flora bacteriana y éste se absorbe por la circulación portal para posteriormente excretarse por la orina. Aquí, por acción de bacterias capaces de producir enzimas sulfatasa y fosfatasa, se transforman en índigo e indirrubina, que proporcionan una coloración azul y roja,

respectivamente, a la orina. Las bacterias que con mayor frecuencia se han asociado a este proceso son: *Providencia* spp., *E. coli*, *Proteus* spp., *Pseudomonas* spp., *Klebsiella pneumoniae*, *Morganella* spp. y enterococos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zanetti M, Ku V, Ruíz J, González E.. Síndrome de la bolsa de orina púrpura: Presentación de un caso. *Cuad Med Forense*. 2012;18(3-4):153-6.
2. Fernández de Orueta L, Esteban Fernández J, Pérez Caballero G, Melero Bermejo JA, Regajo Gallego R, Martínez Carrilero J. Orina púrpura. *Nefrología (Madr.)*. 2011;31(4):489-90.

160/2666

Motivo de consulta oculto

J. Naranjo Muñoz<sup>a</sup>, C. Naranjo Muñoz<sup>b</sup> y A.M. Moreno Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

**Descripción del caso:** Varón de 58 años que acude a su Médico de Atención Primaria porque hace dos semanas sufre quemadura a nivel de MMII izquierdo con el tubo de escape de la moto que no se resuelve. Además presenta prurito concomitante a las lesiones cutáneas y refiere que últimamente ha notado una disminución de su diuresis, astenia y disnea en reposo. Antecedentes personales: no RAMC, HTA de años de evolución sin tratamiento, fumador importante. Ex-ADVP desde hace 20 años. No otros hábitos tóxicos. Intentando recopilar información sobre sus antecedentes médicos, comenta que nunca ha acudido a su médico de Atención Primaria y por lo tanto no presenta analíticas previas. Ante la clínica y la importante edematización de miembros inferiores, el paciente es derivado a urgencias hospitalarias para valoración, ingresando a cargo de servicio de Nefrología para continuar estudios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, disneico en reposo, TA: 160/85 mmHg, FC 80 lpm. AC: rítmico sin soplos audibles, AP: MVC con crepitantes bilaterales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Globuloso con presencia de líquido, no a tensión. Miembros inferiores: edemas bilaterales con fovea hasta genitales, pulsos conservados y simétricos. Analítica: hemoglobina 6,9, 4.800 leucocitos y 81.000 plaquetas, urea 379, creatinina 21,71, sin alteraciones iónicas. Serología: VHC positivo, VHB negativo. Estudio inmunológico: negativo. Ecografía abdominal: riñones de tamaño reducido con parénquima ecogénico y escasa diferenciación cortico-medular, lo que sugiere nefropatía médica. Hígado heterogéneo de parénquima granular y contorno nodular, sin LOEs. Porta permeable y dilatada en 17 mm. Vesícula biliar con paredes engrosadas, con dos imágenes en relación con coledoclitiasis. Abundante ascitis. TAC de abdomen: se aprecia hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal, nefropatía crónica, quiste Bosniak IIF-III de polo inferior derecho, coledoclitiasis, cardiomegalia.

**Juicio clínico:** Enfermedad renal crónica estadio V no filiada. Cirrosis hepática.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad renal crónica, fracaso renal agudo, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** El paciente estuvo hospitalizado en el servicio de Nefrología durante 17 días, siendo incluido en programa de hemodiálisis, donde se le transfundía hierro y eritropoyetina. Al mes

del alta falleció por parada cardio-respiratoria. La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública importante ya que según estudios su prevalencia es aproximadamente del 10% de la población adulta, siendo considerada una enfermedad infradiagnosticada. La prevalencia en pacientes con un seguimiento periódico desde la consulta de atención primaria puede alcanzar el 35-40%. Por lo tanto es realmente importante el seguimiento e identificación de factores de riesgo, así como concienciar al paciente de ellos, ya que la HTA y la diabetes, enfermedades que encontramos en un alto porcentaje de la población adulta son las dos primeras causas de enfermedad renal crónica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lorenzo Sellares V, López Gómez JM. Nefrología al día. Barcelona: Grupo editorial Nefrología; 2010.