



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3041 - HEMATURIA CON IMPOSIBILIDAD DE SONDAJE VESICAL

L. González Díaz^a, A. Olivares Loro^b y C. Valenzuela Núñez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pecé. San Fernando. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 80 años derivado por hematuria franca con coágulos e imposibilidad de sondaje vesical por hipospadias. Como antecedentes personales: no alergias medicamentosas, DM, dislipemia. Hidrocefalia crónica del adulto, HBP, hipospadias, ateromatosis aórtica. Intervenciones quirúrgicas: prótesis hombro izquierdo por fractura de húmero. Tras varios intentos y de modo traumático con abundante sangrado se consigue el sondaje. A las pocas horas, presenta cuadro súbito de hipotensión, taquicardia y bajo nivel de conciencia coincidiendo con vómitos de aspecto fecaloideo y relajación de esfínteres con deposiciones abundantes sin aspecto de melenas ni otros productos patológicos. Remontó con sueroterapia y se evidenció en analítica. No había presentado fiebre previamente ni clínica infecciosa asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente. Mal estado general. TA 85/42 mmHg. FC 91 lpm. SpO2 98%. ACP: tonos rítmicos con soplo pansistólico. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, molestias generalizadas a la palpación profunda, mínimos ruidos hidroaéreos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Orina hematúrica con uretrorragia abundante. Analítica: glucemia 190 mg/dl, urea 61 mg/dl, creatinina 1,7 mg/dl, sodio 148 mmol/L, potasio 3,76 mmol/L, GPT 82 U/L, GOT 226 U/L, LDH 561 U/L, bilirrubina total 0,68 mg/dl, PCR 49,1 mg/dl. Gasometría venosa: pH 7,14, bicarbonato 11,3. Sistemático de orina: 500 leucocitos, nitritos negativos, hematíes 250. Radiografía abdominal: dilatación de asas de colon derecho, probable íleo paralítico. AngioTc abdominal: no se aprecian signos de isquemia intestinal. Estenosis significativa en el origen del tronco celíaco. No neumoperitoneo. Resto del estudio sin alteraciones. Urocultivo: crecimiento de *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis*.

Juicio clínico: Sepsis grave de origen urinario tras manipulación por *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis*.

Diagnóstico diferencial: Hematuria con coágulos, sepsis urinaria, obstrucción intestinal.

Comentario final: Ante un paciente con Hematuria y dificultades para el sondaje debemos pensar en que pueden aparecer complicaciones ya sean inmediatas o diferidas. En este caso debido a la manipulación se produjo una sepsis urinaria como complicación del proceso que con las adecuadas medidas de fluidoterapia y antibioterapia se controló, descartándose otras causas mediante la realización de pruebas complementarias de imagen.

Bibliografía

1. Gómez J, Muñoz R, Baños V, Gómez G. Tratamiento de las infecciones urinarias adquiridas en la comunidad: perspectivas actuales y enfoque clínico del paciente.

Palabras clave: Hematuria. Sepsis.