



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/406 - DOCTOR, ORINO PERLAS BLANCAS

M. Moro Mateos¹, M. Torrecilla García², M. Bernad Vallés³ y D. Plaza Martín⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca. ²Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ³Médico de Familia. Centro de Salud de Calzada de Valdunciel. Salamanca. ⁴Pediatra. Centro de Salud Garrido Norte. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, exfumador desde hace 10 años de 30 cigarrillos diarios durante 40 años. Acude a consulta con polaquiuria, disuria y tenesmo vesical, sin No otra sintomatología. Se realiza tira reactiva de orina, positiva para leucocitos y nitritos. Tras 8 días con fosfomicina vuelve con la misma sintomatología. Se realiza un sistemático de orina (leucocitos, nitritos y bacterias) y cultivo (positivo para E. coli sensible a fosfomicina y cefuroxima), por lo que se pauta cefuroxima.

Exploración y pruebas complementarias: Después de 10 días de tratamiento acude con la misma sintomatología, se repite el cultivo, siendo positivo para *Klebsiella oxytoca*, tras tratamiento con trimetropín-sulfametoxazol persiste la misma sintomatología, pero con hematuria. Dados los antecedentes personales de fumador y hematuria se solicita una citología y ecografía que eran normales. La exploración fue normal durante todo el proceso, pero el paciente acude refiriendo que orina "perlas blancas", además de la sintomatología descrita. Se deriva a urología donde realizan una cistoscopia que informan como normal, una colonoscopia donde objetivan divertículos en sigma sin signos de complicación, ni alteraciones de la mucosa. Realizaron un TC de abdomen que muestra múltiples divertículos en sigma con aumento de densidad de la grasa pericólica y liquido libre, una comunicación con vejiga que presenta un engrosamiento mural asimétrico (en el punto de comunicación con sigma), aire extraluminal. Hallazgos que sugieren una fístula entero-vesical.

Orientación diagnóstica: Fístula entero-vesical cuyo origen puede estar en relación con un proceso diverticular inflamatorio-infeccioso, sin excluir un proceso neofornativo vesical subyacente.

Diagnóstico diferencial: Proceso neofornativo vesical, neoplasia fistulizada en colon, diverticulitis.

Comentario final: La fístula entero-vesical es una comunicación anómala entre vejiga y segmento de tubo digestivo. Puede ser colovesical, ileovesical, rectovesical y apendicovesical. La presentación clásica se describe como síndrome de Gouverneur (disuria, polaquiuria, tenesmo y dolor suprapúbico). La neumaturia y fecaluria son patognomónicos. Los pacientes son tratados durante meses de infecciones urinarias. El diagnóstico se realiza mediante cistoscopia, colonoscopia, TC. El tratamiento quirúrgico es el único que garantiza la curación (sigmoidectomía con anastomosis y cierre del orificio vesical).

Bibliografía

1. Bannura G, Barrera A. Fístula colovesical de origen diverticular. Rev Chil Cir. 2010;62:49-54.
2. Scozzari G, Arezzo A. Entero-vesical fistules: diagnosis and management. Tech Coloproctol. 2010;14:293-300.

Palabras clave: Bacteriuria. Fecaluria y diverticulosis.