

### Caso Clínico

#### Infecciones de repetición del tracto urinario relacionadas con un divertículo vesical.

Verónica López García, Flor Pérez González, Beatriz Estalayo Gutiérrez, Rocío Ibáñez del Castillo, Marina Sobreviela Albacete.

Centro de salud José María Llanos.

Varón de 67 años, entre sus antecedentes personales destacan dislipemia, HTA y asma. Su tratamiento habitual: irbesartán 150 mg 1-0-0, pitavastatina 2mg 0-0-1, formoterol/beclometasona 1 inh./ 12 h..

Presenta además HBP sin seguimiento ni tratamiento en el momento de la consulta. El paciente acude en varias ocasiones por síntomas en relación con síndrome miccional sin afectación sistémica. Se pautó tratamiento antibiótico empírico por sospecha de ITU con buena respuesta. Tras finalizar la pauta antibiótica y pasar 10 días se solicitó analítica de orina de control. En el sistemático de orina destaca leucocituria de 125 cel/ $\mu$ L sin hematuria (Figura 1). Y en el urocultivo se detecta crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE, lo que obliga a repetir la pauta de tratamiento antibiótico según el antibiograma. Se completó el estudio con analítica de sangre, resultando normal (incluido perfil renal) salvo discreto aumento de VSG y PCR. La exploración física no mostraba alteraciones siendo un abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, tampoco globo vesical. Interrogando sobre las características del chorro miccional se encontraba disminuido con tenesmo vesical unido a disuria sin incontinencia.

#### ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la consulta de Atención Primaria se procedió a la realización de ecografía vesical de orientación diagnóstica detectando un voluminoso divertículo dependiente de pared posterior, con una imagen hiperecoica con sombra acústica en su interior, sugerente de litiasis. (Figura 2 y 3).

#### Derivación al servicio de Urología.

Ante dicho hallazgo se derivó al paciente al servicio de urología para completar estudio. Confirmándose con ecografía imagen diverticular de 72mm. con una litiasis en su interior, próstata de 43x59x47mm con contornos mal definidos y ecoestructura heterogénea. Además, se

realizó ureterocistoscopia, donde se confirma una vejiga de lucha con gran divertículo retrotrigonal. Y pesencia de litiasis en su interior de 3-4 mm, próstata shivers III obstructiva y congestiva.

ESTUDIO BÁSICO Y SEDIMENTO. ORINA			
pH	7		
Densidad	1010	g/L	1005 - 1030
Proteínas	Negativo	mg/dl	30
Glucosuria	Negativo	mg/dl	15
C.Cetónicos	Negativo	mg/dl	5
Bilirrubina	Negativo	mg/dl	
Urobilinógeno	Negativo	mg/dl	1
Nitritos	Negativo		
Hematíes	Negativo	cel/ $\mu$ L	5
Leucocitos	125	cel/ $\mu$ L	10
Sed: Eritrocitos/campo	Aislados		
Sed: Leucocitos/campo	20-40 c		
Sed: Cel. epit. transición	Aisladas		

Figura 1



Figura 2.

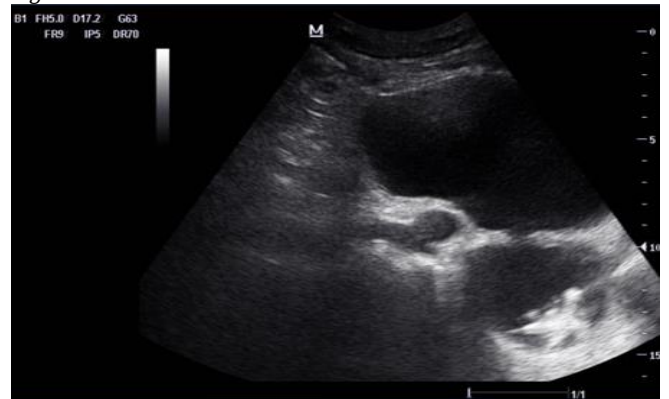


Figura 3.

Finalmente, el servicio de urología decidió realizar

inicialmente una desobstrucción infravesical mediante la técnica de fotovaporización prostática con láser XPS.

En el seguimiento posterior por urología se han realizado nueva cistoscopia, cistouretrografía miccional seriada (CUMS), y una flujometría :

- **Cistoscopia:** estenosis relativa de fosa navicular que permite el paso ajustado de cistoscopio flexible. Uretra anterior rígida, pero de buen calibre a nivel de uretra bulbar. Estenosis rígida anular que no permite la progresión del cistoscopio flexible.

- **Cums:** Se rellena una uretra anterior de calibre normal sin estenosis ni defectos de repleción. En la uretra posterior se observa una estenosis de 1,55 cm de longitud. Con una luz aproximadamente de 3 mm. Cambios postquirúrgicos con una celda post prostatectomía. Vejiga aumentada tamaño con pared múltiples divertículos destacando uno de 8 cm en la cara posterolateral derecha. Importante residuo postmiccional con escaso vaciamiento del divertículo vesical de mayor tamaño.

- **Pc:CO:** negativo. AS:Cr 0.89 PSA:0.44

- **Flujometría:** No valorable por escaso volumen 77 ml. Refiere orinar mejor en su domicilio.

Con los resultados de las pruebas complementarias realizadas y la estabilidad clínica que presenta el paciente, sin nuevos episodios de ITU ni cólicos se valora el caso en sesión clínica y se decide manejo conservador de la litiasis renal y divertículo.

Actualmente se realizan ecografías de control en Atención Primaria para vigilar la evolución de dicho divertículo vesical y la litiasis que presenta, además del seguimiento específico desde la consulta de urología.

## COMENTARIO:

Las infecciones urinarias son un motivo de consulta muy frecuente en Atención primaria. De ahí la importancia de saber hacer un buen diagnóstico diferencial.

Las ITU recurrentes son aquellas que presentan 3 o más episodios al año, o 2 episodios en 6 meses. Se considera recidiva cuando reaparece en menos de 2 semanas (dentro del periodo de antibiótico) y el causante es el mismo germen. Se considera reinfección cuando está fuera de las 2 semanas y el microorganismo es diferente en cada ocasión. Nuestro caso es del 20% de pacientes con ITU recidivante. El manejo inicial es repetir cultivo y tratar durante dos semanas con antibiótico. Si persiste derivar para estudio urológico. Gracias a la ecografía en AP se pudo establecer un diagnóstico de imagen en tiempo real que justificase la clínica recurrente del paciente.

## ITUS DE REPETICIÓN. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ESTUDIAR EN PROFUNDIDAD

Nos deberemos plantear un estudio más profundo en pacientes con ITU de repetición si son hombres que persisten con clínica tras tratamiento. También si presentan: sepsis grave, mala respuesta a tratamiento, antecedentes de litiasis, malformaciones o vejiga neurógena, gérmenes atípicos (*Pseudomonas*, *Proteus*), recaídas tras una segunda tanda larga o recidivas en mujeres postme-

nopaúsicas.

Los divertículos vesicales corresponden a hernias de la mucosa vesical a través del músculo detrusor. Aun siendo una patología poco frecuente debe ser contemplada en el diagnóstico diferencial de las ITU de repetición. La dehiscencia muscular que origina el divertículo puede ser raramente congénita asociándose a valvas de la uretra posterior o vejiga neurógena. El 90% de los casos son adquiridos debidos a un aumento de la presión endovesical con localización predominante en la región paraureteral. Hasta un 70% de los divertículos adquiridos son en varones debido a obstrucción uretroprostática, como le sucede al paciente de nuestro caso clínico debido a la HBP.

Suelen ser asintomáticos o clínicamente irrelevantes. Sus principales complicaciones pueden ser tumores uroteliales que cursa como hematuria franca. O como en esta ocasión, infecciones y litiasis debido a la dificultad de vaciamiento vesical.

El tratamiento de los divertículos una vez que se complican es quirúrgico, por vía endoscópica o retropúbica. La diverticulectomía vesical profiláctica para eliminar el riesgo de complicaciones es cuestionable, por lo que se prefiere esperar y observar su evolución. Cuando los divertículos son asintomáticos, se opta por la abstención terapéutica. La ecografía es clave en este caso, ya que sirvió para la aproximación diagnóstica. Y en la actualidad es el método de vigilancia para controlar su evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fujita T. Two cases of primary carcinoma developed in a vesical diverticulum treated with ileal neobladder for total bladder replacement. *Japan J Urol.* 2000;91:645-8.
- Harrison TR. *Principios de medicina interna.* 16.a ed. Madrid: McGraw Hill; 2006.
- Pace AM, Powell C. Congenital vesical diverticulum in a 38-year-old female. *Int Urol Nefrol.* 2005;37:473-5.
- Serrano-Brambila EA. Mecanismo de retención urinaria aguda en pacientes con divertículo vesical gigante. A propósito de cuatro casos. *Gac Med Mex.* 2001;137:471-7.