

Cistitis enfisematosa

Jorge Mora Constantino,¹ Maribella Álvarez Rodríguez,²
Olga Chamberlin Varela,² Oziel Jahel Valles Pérez,² Óscar Negrete Pulido³

Paciente masculino de 89 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, con diagnóstico de hipertrofia prostática benigna de 10 años con antígenos prostáticos normales, que acude por polaquiuria y disuria de 24 horas de evolución. Sin datos anormales a la exploración, se realiza ultrasonido de abdomen encontrando riñones normales e imágenes hiperecogénicas en vejiga; el examen general de orina mostró orina turbia de color rojizo, con presencia de 500 mg/dL de glucosa y 100 mg/dL de proteínas; hemoglobinuria de +++; 55 leucocitos y más de 100 eritrocitos por campo, con urocultivo positivo para *Escherichia coli* con más de 100,000

UFC sensibles a sulfametoxazol-trimetoprima. Se efectuó tomografía de pelvis que mostró cistitis intersticial severa de tipo enfisematosa, además de divertículo vesical de base ancha (Figura 1). Se le manejó con sonda vesical y antibiótico indicado, con evolución satisfactoria a los 10 días con orina clara y ultrasonido que no muestra datos de persistencia de gas en vías urinarias.

La cistitis enfisematosa es una entidad clínica rara, progresiva y fatal si no se detecta de manera temprana. Más del 90% de los casos ocurren en pacientes diabéticos e inmunodeprimidos.¹ Los microorganismos más frecuentemente involucrados son *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*.²

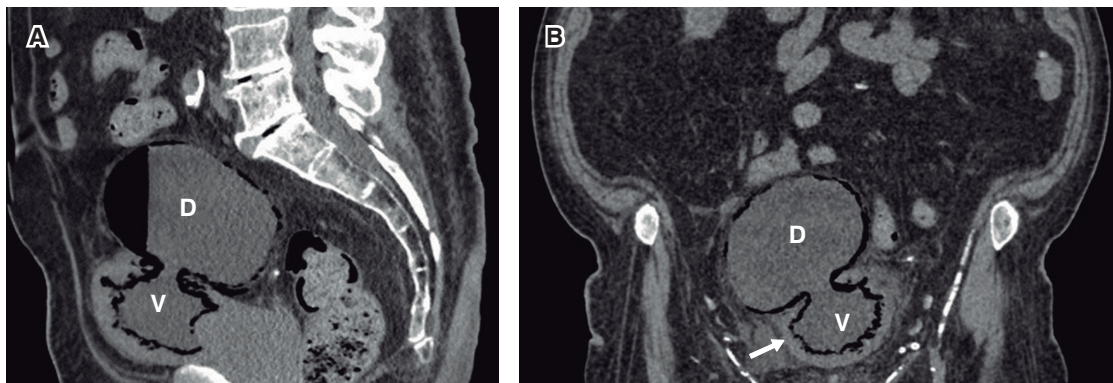


Figura 1: Tomografía de pelvis en cortes sagital (A) y coronal (B), mostrando vejiga [V] con engrosamiento de su pared (flecha), además de imagen sacular que corresponde a divertículo vesical [D], y presencia de gas adosado a la mucosa vesical por cambios inflamatorios de la grasa periférica, que corresponde a cistitis enfisematosa en octogenario diabético.

¹ Radiólogo, Jefe del Departamento de Imagenología.

² Radiólogo, Departamento de Imagenología.

³ Urólogo. División de Cirugía.

Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

Correspondencia:

Maribella Álvarez Rodríguez

Correo electrónico: maria.alvarez.rodriguez@hotmail.com

Aceptado: 12-01-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

El mecanismo por el cual hay producción de gas en las infecciones enfisematosas se atribuye a la producción de CO₂ por el microorganismo a través de la fermentación de la glucosa y/o albúmina. La sintomatología de la CE es similar a la de una infección urinaria, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, nicturia, hematuria y retención urinaria; puede existir dolor abdominal en hipogastrio y malestar general que podría llegar a sepsis.³ El estudio de elección para el diagnóstico es la tomografía computarizada.⁴ En todo paciente anciano y diabético que presenta infección del tracto urinario debe mantenerse un alto índice de sospecha. El tratamiento conservador con antibióticos y

cateterización de la vejiga es generalmente exitoso, con una tasa de complicaciones inferior al 20%.

REFERENCIAS

1. Orlich CC, Loyola CE. Cistitis enfisematosa en el paciente diabético. *Rev Mex Urol*. 2010; 70 (1): 41-43.
2. Chávez-Valencia V, Orizaga-de la Cruz C. Cistitis enfisematosa. *Med Int Mex*. 2014; 30 (4): 474-477.
3. Vera AN, Zwanzger C, Troncoso CP. Cistitis enfisematosa: una inusual forma de presentación de la infección del tracto urinario. *Rev Med Chile*. 2015; 143 (3): 387-390.
4. Eken A, Ergum A. Emphysematous cystitis: The role of CT imaging and appropriate treatment. *Can Urol Assoc J*. 2013; 7 (11-12): E754-E756.