

## Cistitis enfisematosa resuelta con tratamiento médico. Caso clínico y revisión de la literatura

Nefrología 2012;32(1):127

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Oct.11209

### Sr. Director:

La cistitis enfisematosa es una rara complicación infecciosa, vista principalmente en diabéticos.

A continuación presentamos el primer enfermo con esta patología que hemos conocido en nuestra Unidad. Se trata de un varón de 69 años, diabético insulino-requiriente con mal control metabólico, que ingresó por un cuadro agudo febril acompañado de náuseas, vómitos y neumaturia. El paciente tiene hipertensión arterial y cardiopatía coronaria revascularizada con *stents*, y es diabético desde hace 20 años. Presenta retinopatía, neuropatía y nefropatía diabéticas. Había estado en control por una uropatía obstructiva secundaria a adenoma de próstata.

En el examen físico se encontró vigil y consciente; presión arterial: 110/60; frecuencia cardíaca: 80 lpm; temperatura axilar: 38° C; yugulares abatidas. El resto del examen fue anodino.

En las pruebas de laboratorio se obtuvieron los siguientes resultados: hemoglobina: 12 g/dl; leucocitos: 6500; glicemia: 738 mg/dl; nitrógeno ureico en sangre: 68 mg/dl; creatininemia: 1,4 mg/dl; [Na<sup>+</sup>] = 127 mM; [K<sup>+</sup>] = 5,4 mM; [Cl<sup>-</sup>] = 88 mM; [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>] = 27 mM.

El examen de orina mostró leucocituria, hematíes > 100 por campo, bacterias abundantes. En el urocultivo: *Escherichia coli* betalactamasa de espectro expandido (+).

La pielo-TAC (tomografía axial computarizada específica) mostró aire en el lumen vesical hacia su cara ventral.

El enfermo inició hidratación, insulino-terapia y tratamiento con ertapenem. La



**Figura 1.** Pielo-TAC que muestra aire intravesical.

evolución fue excelente, no sufrió choque séptico y el síndrome hiperosmolar fue de fácil control.

La cistitis enfisematosa fue descubierta por Eisenlohr<sup>1</sup> a fines del siglo XIX, y Bailey<sup>2</sup> caracterizó esta enfermedad. Puede presentarse desde una forma asintomática hasta sepsis severa, pasando por cuadros de neumaturia y abdomen agudo. En nuestro caso, el síntoma cardinal fue neumaturia y la presencia de aire en la vejiga, demostrada por TAC (figura 1).

En la serie de Thomas et al.<sup>3</sup>, la bacteria más frecuente fue *E. coli*, seguida por *Klebsiella*. El promedio de edad fue de 66 años, afectó más a mujeres (64%) y la mayoría eran diabéticos (67%). El paciente atendido en nuestra Unidad se acerca a esta edad promedio, y su diabetes tenía un pobre control metabólico. Se ha especulado con que el aire es producido por la fermentación de la glucosa en la orina<sup>4</sup>.

El tratamiento suele ser médico, como en nuestro caso, y la mortalidad se aproxima al 7%. En casos aislados se ha usado tratamiento combinado con cirugía o cámara hiperbárica.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Eisenlohr W. Das Interstielle vagina, darm und harnblasenemphysem zurückgeführt auf gasentwickelnde bakterien. Beitr

Path Anat Allg Path 1888;3:101.

2. Bailey H. Cystitis emphysematosa; 19 cases with intraluminal and interstitial collections of gas. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1961;86:850-62.
3. Thomas AA, Lane BR, Thomas AZ, Remer EM, Campbell SC, Shoskes DA. Emphysematous cystitis: a review of 135 cases. BJU Int 2007;100(1):17-20.
4. González-Martin V, Rodrigo E, Arias M, Lastra P. Cistitis enfisematosa en un trasplantado renal. Nefrología 2008;28(1):110-1.

**Héctor Parra-Riffo, Juan Lemus-Peñaloza, Paula Maira**

Unidad de Nefrología.

Hospital FACH. Santiago de Chile (Chile).

**Correspondencia:** Héctor Parra-Riffo

Unidad de Nefrología, Hospital FACH, Av. Las Condes 8631, Santiago de Chile, 7560171 Santiago de Chile, Chile.

hector14@mac.com

## Rabdomiólisis y fracaso renal agudo tras trabajo intenso en un paciente en tratamiento con rosuvastatina

Nefrología 2012;32(1):127-8

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Oct.11118

### Sr. Director:

La afectación muscular es uno de los efectos adversos más importantes de las estatinas y abarca un espectro que va desde las mialgias hasta la miositis/rabdomiólisis<sup>1,2</sup>. La incidencia de mialgias y de rabdomiólisis por estatinas es de 5-10% y 0,01% respectivamente<sup>1</sup>; sin embargo, son los fármacos más frecuentemente implicados en rabdomiólisis<sup>3</sup>.

Los factores de riesgo para desarrollar rabdomiólisis por estatinas incluyen, entre otros, dosis elevadas, ejercicio físico intenso e interacción con otros fármacos<sup>2,4</sup>.

Describimos un paciente en tratamiento con rosuvastatina que desarrolló rab-