

Dolor pélvico recurrente en portadora de trasplante renal

V. Petkov Stoyanov¹, M. Tomás Mallebrera², J.J. Plaza Pérez¹

¹ Servicio de Nefrología. ² Servicio de Diagnóstico por Imagen. Fundación Jiménez Díaz. Madrid

NefroPlus 2010;3(1):56

Mujer de 51 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), poliquistosis hepatorrenal y trasplante renal de donante cadáver en 1998 estable (MDRD-4: 36 ml/min). Cirugías previas de cistocele, histerectomía y doble anexectomía. Tratamiento con tacrolimus, micofenolato y candesartan.

Presenta cuadro de dolor pélvico recurrente, 4-6 defecaciones diarias sin productos patológicos y disuria ocasional de un mes de evolución. En dos ocasiones se trata como infección del tracto urinario (ITU) debido a sedimento urinario patológico.

Finalmente, ingresa por sintomatología similar acompañada de fiebre de hasta 39 °C y MEG. En la analítica muestra aumento de creatinina, leucocitosis

con neutrofilia, anemia, acidosis metabólica, hematuria, leucocituria y piuria intensa.

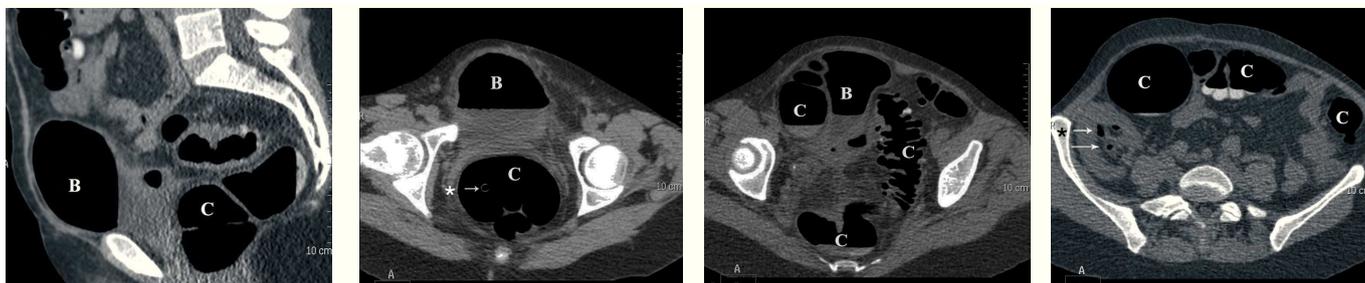
Los estudios de heces, orina, toxina de *Clostridium* y antigenemia de citomegalovirus (CMV) fueron negativos.

El tratamiento con cloxacilina tras crecimiento de *Staphylococcus aureus* sensible a metilina (SAMS) en hemocultivos mejoró el cuadro clínico.

Colonoscopia limitada a 30 cm del margen anal por angulación del colon. Diverticulosis.

La colonoscopia virtual realizada (reconstrucción TAC) ofrece el diagnóstico final de fístula colovesical.

■ Figuras



C: colon, B: vejiga, R: derecha, L: izquierda, A: anterior, P: posterior, H: craneal, F: caudal.

Flechas: *cánula de aire y **aire en la pelvis del injerto renal.

Correspondencia: Vladimir Petkov Stoyanov

Servicio de Nefrología.

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

vpetkov75@gmail.com