



Pielonefritis enfisematosa

Soria-Orozco Manuel, Valerdi-Contreras Lorena, López-Íñiguez Álvaro

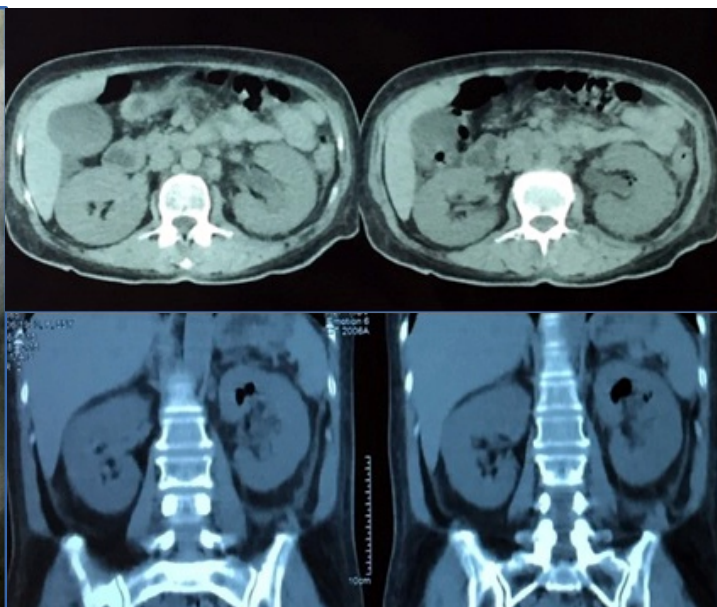
a. Servicio de Medicina Interna. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX.

Autor para correspondencia

Manuel Soria-Orozco. Servicio de Medicina Interna. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX. Calle Hospital 278, Col. El Retiro, Sector Hidalgo, CP 44280. Guadalajara, Jalisco. Tel.: 011-52-444-8112095. Contacto al correo electrónico: manuel.soriaorozco@gmail.com

Lecturas recomendadas:

1. Shokeir AA, El-Azab M, Mohsen T, El-Diasty. Emphysematous pyelonephritis: a 15 year experience with 20 cases. *Urology*. Mar 1997;49(3):343-6.
2. Tang HJ, Li CM, Yen MY, Chen YS, Wann SR, Lin HH, et al. Clinical characteristics of emphysematous pyelonephritis. *J Microbiol Immunol Infect*. Jun 2001;34(2):125-30.
3. Huan JJ, Tseng CC. Emphysematous pyelonephritis: clinicoradiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. *Arch Intern Med*. Mar 27 2000;160(6):797-805.



Descripción de la imagen

Paciente femenino de 55 años que acudió a valoración por dolor abdominal en flanco izquierdo de 72 horas de evolución. Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II de 18 años de diagnóstico sin adecuada adherencia al tratamiento y mal control metabólico además de infecciones repetitivas de tracto urinario en el último año. A la exploración física destacó mal estado de hidratación, dolor a la palmo percusión dorsal izquierda, así como datos de respuesta inflamatoria sistémica (frecuencia cardíaca 110/lpm, frecuencia respiratoria 24/min). Los paraclínicos reportaron procalcitonina de 23.88 ng/ml (0-0.5 ng/ml), leucocitos totales de 7200 con neutrofilia de 88% y hemoglobina glucosilada de 16.8%.

En la radiografía abdominal se evidenció imagen radiolúcida en cuadrante superior izquierdo que se extiende hasta hueso pélvico de bordes regulares y trayecto tortuoso. La tomografía computada (TAC) mostró ambos riñones aumentados en sus dimensiones con cambios inflamatorios y presencia de gas en sus grupos colectores. Se integró diagnóstico de

Pielonefritis Enfisematosa (PNE), se inició manejo con doble esquema de antibiótico piperacilina/tazobactam y amikacina y colocación de catéter doble J con lo que el cuadro remitió.

La PNE es una infección severa del parénquima renal que causa acumulación de gas en el mismo. Es más común entre pacientes diabéticos (95% de los casos) en descontrol metabólico (72% de los casos con niveles altos de hemoglobina glucosilada). La evolución puede ser letal si no se reconoce y se trata de manera oportuna.¹ Las características clínicas típicas son fiebre (79%), dolor abdominal o en flanco (71%), náusea y vómito (17%), disnea (13%), y daño renal agudo (35%). Los hallazgos en laboratorio son leucocitosis, piuria, trombocitopenia, niveles elevados de creatinina sérica y hemocultivos positivos.

La TAC es el estudio de imagen definitivo en la que se reportan patrones de gas parenquimatoso, colección de gas en media luna en el área perinefrica, gas en la vena renal o vena cava inferior y a lo largo del músculo psoas y abscesos perinefricos.² Varios sistemas de

estadificación han sido sugeridos. Un sistema propuesto por Michaeli *et al.* y modificado por Huang y Tseng clasifica la PNE en cuatro clases. La clase I corresponde a gas confinado en el sistema colector, clase II corresponde a gas en el parénquima renal, clase IIIA con extensión de gas en espacio perinefrico o absceso, clase IIIB con extensión de gas más allá de la fascia de Gerota, y clase IV con PNE bilateral o PNE en riñón único.^{2,3}

Con base a lo anterior, el tratamiento conservador se reserva para pacientes en clase I y clase II, o en pacientes en clase III o clase IV con menos de dos factores de riesgo (por ejemplo, trombocitopenia, elevación de creatinina sérica, alteración del estado de alerta o choque); reservando el manejo quirúrgico nefrectomía cuando no es posible el drenaje percutáneo o la colocación de stent interno, o en clases III y IV y en la presencia de dos o más factores de riesgo. A pesar que la nefrectomía ofrece el mejor resultado, el tratamiento conservador con drenaje percutáneo o colocación de stent interno se debe de ofrecer bajo el contexto clínico del paciente.³