

Caso
Autores
Centro

(600) Pielitis versus pielonefritis aguda enfisematosa
Itziar Otero, Karmele Armendariz, Libe Arzanegi, Carlos Basoa, Mikel Jauregui, Alba Salvador, Ainhoa Telleria.
Hospital Universitario De Galdakao

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años que acude a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha (FID) de 10 días de evolución con síndrome general y fiebre de 38°C. No presentaba antecedentes personales de interés. Las constantes vitales eran normales y en la exploración física llamaba la atención la defensa en FID. En la analítica presentaba leve elevación de la creatinina con marcada elevación de PCR y procalcitonina, junto con leucocitosis con desviación izquierda. El sedimento urinario era patológico con leucocituria, hematuria y abundantes bacterias. Desde urgencias se solicitó un TC abdominal para descartar apendicitis. Los hallazgos en el TC fueron concluyentes para pielonefritis aguda asociada a pielitis enfisematosa secundaria a litiasis obstructiva, siendo el urocultivo positivo para E.coli. La paciente fue tratada con antibioterapia de amplio espectro y se le colocó un catéter doble J.

DISCUSIÓN

La pielonefritis enfisematosa es una infección necrosante y productora de gas que afecta al parénquima renal (gas intraparenquimatoso) y en ocasiones al tejido perirrenal. Ocurre más comúnmente en diabéticos mal controlados, pudiéndose observar en inmunodeprimidos o asociado con urolitiasis o neoplasias. El diagnóstico diferencial (DD) principal se ha de realizar con la pielitis enfisematosa, la cual consiste en la producción aislada de gas dentro del sistema excretor, 2ª a infección bacteriana aguda. Se trata de una entidad relativamente benigna en comparación con la pielonefritis enfisematosa. Los microorganismos implicados:

-Escherichia coli

-Klebsiella pneumoniae

-Proteus mirabilis

Otros DD son: pielonefritis xantogranulomatosa, necrosis papilar aguda, aire en un absceso renal, formación de fístula entero-renal o cutáneo-renal, perforación retroperitoneal de víscera abdominal, absceso del psoas o una intervención urológica reciente, como la inserción de una nefrostomía.

Existen dos clasificaciones que estiman el pronóstico y el manejo terapéutico del paciente con una pielonefritis aguda enfisematosa:

Clasificación según Wan et al:

-Tipo 1:

Más de 1/3 de destrucción del parénquima renal.

Apariencia de gas veteada o moteada.

Las acumulaciones de líquido intrarrenal o extrarrenal están característicamente ausentes.

Por lo general, es más agresivo y conduce a la muerte en breve, si no se interviene temprano.

Mortalidad 70%.

-Tipo 2:

Destrucción de menos de 1/3 del parénquima.

Colecciones renales o extrarrenales asociadas con gas burbujeante o loculado, o gas dentro del sistema pielocalicial o uréter.

Mortalidad 20%.

Clasificación según Huang y Tseng:

-Clase 1: Gas solo dentro del sistema colector (pielitis enfisematosa)

-Clase 2: Gas limitado al parénquima renal.

-Clase 3A: Gas/absceso en el espacio perirrenal.

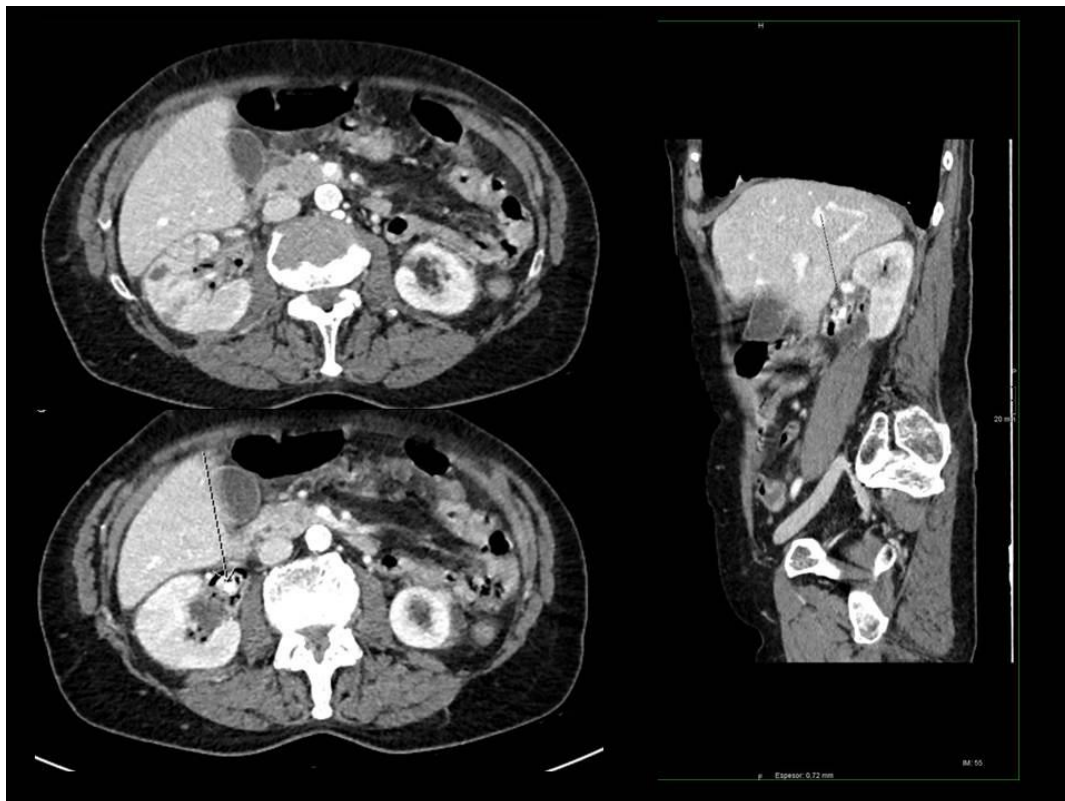
-Clase 3B: Gas/absceso en el espacio pararrenal.

-Clase 4: bilateral

Tanto la pielitis como la pielonefritis enfisematosa se tratan con antibióticos sistémicos junto con drenaje por catéter percutáneo del gas y del material purulento, colocando un catéter doble J en caso de existir una causa obstructiva, recurriendo a la nefrectomía o el drenaje abierto en casos aislados.

CONCLUSIÓN

Tanto en la pielonefritis aguda enfisematosa como en la pielitis aguda enfisematosa existe formación de gas en el tracto urinario secundariamente a una infección del mismo, siendo la principal diferencia entre ambas la existencia de gas intraparenquimatoso en la pielonefritis y ausencia del mismo en las pielitis. Clínicamente son indistinguibles, por lo que las pruebas de imagen serán fundamentales tanto para el diagnóstico como para establecer el pronóstico y un adecuado manejo terapéutico.



Riñón derecho de aspecto tumefacto con hipodensidad generalizada del parénquima asociando múltiples pequeños focos hipodensos en relación a cambios de pielonefritis aguda. Múltiples burbujas aéreas en la vía urinaria, a nivel pieloinfundibular con presencia de litiasis de 5mm en la unión pieloureteral, todo ello compatible con pielitis aguda enfisematosa.

BIBLIOGRAFÍA

- Das CJ, Ahmad Z, Sharma S. Multimodality imaging of renal inflammatory lesions. World J Radiol. 2014 Nov 28;6(11):865-73. doi:10.4329/wjr.v6.i11.865.
- Ubee SS, McGlynn L, Fordham M. Emphysematous pyelonephritis. BJU Int. 2011 May;107(9):1474-8. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09660.x.
- Huang JJ, Tseng CC. Emphysematous pyelonephritis: clinicoradiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. Arch Intern Med. 2000 Mar 27;160(6):797-805. doi: 10.1001/archinte.160.6.797.
- Falagas ME, Alexiou VG, Giannopoulou KP, Siempos II. Risk factors for mortality in patients with emphysematous pyelonephritis: a meta-analysis. J Urol. 2007 Sep;178(3 Pt 1):880-5; quiz 1129. doi: 10.1016/j.juro.2007.05.017.