

Caso	(098) Un diagnóstico para no olvidar (fácil y grave): Pielonefritis Enfisematosa
Autores	Carlos Alberto Marichal Hernández, Mónica Fernández Del Castillo Ascanio, Pilar Nímar Núñez Vila, Areúsa Porras Hernández, Carla Souweileh Arencibia
Centro	Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora De Candelaria

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 54 años, AP: ExADVP. DM tipo I mal controlada con síndrome metadiabético, retinopatía diabética. VHC. Cáncer de recto intervenido, siendo portador de colostomía, intervenido de fístula enteroperineal, sin evidencias de recidiva. Hace dos meses gangrena gaseosa en MID, con sepsis grave secundaria, resuelta con amputación supracondílea.

EA: Ingresa con el diagnóstico de sepsis de origen urinaria. Actualmente paciente muy adormilado, tras episodio de agitación.

Analítica: Plaquetas 52000 Leucocitos 7490 Neutrofilos 6410

Se realiza ecografía ante la no mejoría clínica-analítica a pesar de antibioterapia extensa. En la ecografía se objetiva imagen sugestiva de aire intraparenquimatoso renal derecho por lo que se completa con TC abdominal, objetivando múltiples defectos de perfusión parenquimatosos bilaterales, en relación con pielonefritis bilateral, así como burbujas aéreas intraparenquimatosas y perirenales derechas indicativas de pielonefritis enfisematosa. Asimismo se identifica una litiasis renal derecha.

DISCUSIÓN

Se trata de una infección necrotizante renal, caracterizada por la formación de gas dentro o alrededor del riñones. Se asocia a diabetes mal controlada (90%) y a otras inmunodeficiencias, y los pacientes suelen presentar obstrucción del tracto urinario.

Los organismos más comúnmente identificados son E. coli, Klebsiella pneumonia y Proteus mirabilis.

Es una infección rápidamente progresiva, con sepsis fulminante y una alta tasa de mortalidad.

La radiografía demuestra gas en la fosa renal o en la fascia de Gerota.

La ecografía demuestra un riñón agrandado con ecos dentro del parénquima renal, con reverberaciones.

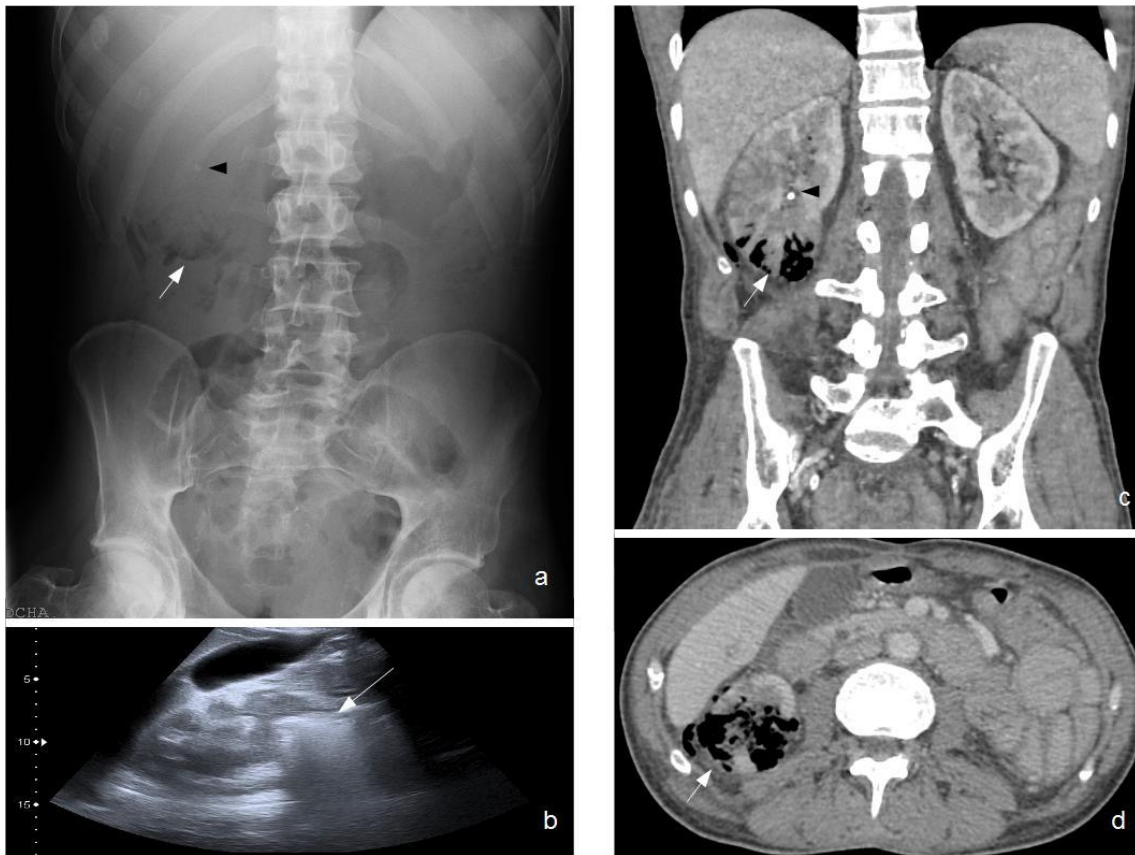
En el TC (técnica de elección) los hallazgos incluyen: agrandamiento del parénquima y destrucción tisular, burbujas aéreas peri y/o intraparenquimatosas, así como colecciones asociadas. Además el TC permite identificar la causa de la obstrucción (litiasis, tumoral...). El contraste suele revelar un realce renal

asimétrico o una excreción retrasada, asimismo ayudará a identificar áreas de necrosis tisular focal o formación de abscesos.

Una clasificación por TC (Wan et al.) la divide en tipo I (destrucción del parénquima con acumulaciones de gas, pero sin acumulaciones de líquido) y tipo II (gas dentro del parénquima o sistema colector con acumulaciones de líquido renal o perirrenal). La pielonefritis enfisematosa tipo I tiene una tasa de mortalidad del 69% frente al 18% para el tipo II.

CONCLUSIÓN

La pielonefritis enfisematosa es una entidad asociada al paciente inmunodeprimido, especialmente al paciente diabético con mal control, que presenta una elevada mortalidad, no obstante es de fácil diagnóstico radiológico. Por todo ello el radiólogo General debe conocer, sospechar y diagnosticar precozmente esta entidad.



a) Radiografía simple de abdomen; b) Ecografía del riñón derecho con adquisición sagital; c) Reconstrucción coronal de TC de abdomen y pelvis con contraste i.v.; d) Corte axial de TC de abdomen y pelvis con contraste i.v. en fase portal; Flecha blanca: parenquimograma aéreo renal; Punta de flecha negra: litiasis renal

BIBLIOGRAFÍA

Craig WD, Wagner BJ, Travis MD. Pyelonephritis: Radiologic-pathologic review. *Radiographics*. 2008;28:255-77. Grayson DE, Abbot RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *Radiographics*. 2002; 22:543-561