

Pielonefritis enfisematosa bilateral en paciente diabético

M.^a Carmen García Torrejón¹, Félix Maimir Jané¹, Arturo Capos Palacios¹, Alfredo Villar Franco²
Miguel A. García de la Llana²

Med Mil (Esp) 2000; 56 (2): 94-95

RESUMEN

La Pielonefritis Enfisematosa es una enfermedad poco frecuente, de mal pronóstico y de difícil diagnóstico clínico, que afecta con mayor frecuencia a pacientes diabéticos. Su diagnóstico puede verse retrasado, dada su sintomatología poco específica. Presentamos un caso de pielonefritis enfisematosa bilateral, tratada con antibióticos y nefrectomía de urgencia.

PALABRAS CLAVE: Pielonefritis Enfisematosa. Diabetes Mellitus. Nefrectomía.

INTRODUCCIÓN

La Pielonefritis enfisematosa es una enfermedad rara con un pobre pronóstico. Generalmente es de presentación unilateral y el 90% de casos ocurre en pacientes diabéticos, siendo *E.Coli* el germen más frecuente.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 76 años de edad, diabética no insulino dependiente, e hipertensa, que dos días antes de su ingreso inicia un cuadro de disuria, y malestar general. Acude a urgencias por empeoramiento del estado general y por presentar además dolor abdominal difuso de moderada intensidad.

A su ingreso en Urgencias, la paciente está consciente y orientada témporoespacialmente, sin focalidades neurológicas, ni rigidez de nuca. La Temperatura axilar era de 37,5 °C, T.A: 90/50 mmHg; y la F.C: 100 lpm. La auscultación cardiaca era rítmica y sin soplos ni extratonos. La auscultación pulmonar era normal. El abdomen estaba dolorido, de forma difusa, pero sin signos de peritonismo y con peristaltismo conservado; no se palpaban visceromegalias. La puñopercusión renal fue negativa. Las extremidades inferiores no presentaban edemas ni signos de trombosis venosa profunda y con pulsos periféricos presentes y simétricos.

En la analítica de urgencias destacaba un Hto 45%; Hb 15,7 gr/dl; leucos 9370 (N90%,L5%, M4%); Plaquetas 77.000/ml; Urea 128 mg/dl; Creatinina 3;77 mg/dl; Na 123 mEq/L; K 2,95 mEq/l; Ca 8,7 mg/dl; Proteínas totales 6,6 gr/dl; BT 0,83 mg/dl; AST 15 U/L;ALT 11 U/L; GGT 56 U/L ; Tiempo Protrombina 67%; TTPA 36 seg.; Fibrinógeno 858 mg/dl. La gasometría arterial basal mostraba un pH 7,39; pCO₂ 32,5; pO₂ 58; HCO₃ 19,6; EB - 4,2 mEq/L. La muestra de orina, demostraba gluco-

suria y discreta proteinuria. La Rx de Tórax era normal y el ECG mostraba BRDHH y algún ESV aislado.

En Urgencias se extrajeron muestras para hemocultivo y urocultivo y se comenzó tratamiento antibiótico empírico con Ciprofloxacino. Asimismo se inicia tratamiento con insulina, aporte de volumen y corrección hidroelectrolítica, precisando además fármacos vasoactivos para mantener la Tensión arterial (inicialmente dopamina a 10 mg/kg/min) por lo que se trasladó al Servicio de Medicina Intensiva.

Tras su ingreso en UCI, empeoramiento progresivo de la situación clínica y hemodinámica de la enferma, por lo que ante la sospecha de foco séptico abdominal, se realiza TAC abdomino-pélvico que revela la presencia de abundante gas en el parénquima y espacio perirrenal fundamentalmente derecho (Figuras 1 y 2).

Se decide tratamiento quirúrgico urgente (nefrectomía), produciéndose el éxitus intraoperatoriamente.

Los estudios realizados a la paciente y cuyo resultado se obtuvieron posteriormente, demostraron *E.Coli*, en hemocultivo y urocultivo. La Anatomía patológica de la pieza quirúrgica reveló amplias zonas de necrosis y desestructuración de todo el parénquima renal derecho. No se pudo aislar germen de la pieza, por no haberse enviado muestra a cultivo.

DISCUSIÓN

La Pielonefritis Enfisematosa es una infección necrotizante del tracto urinario superior, caracterizada por la presencia de gas en el parénquima renal y en el espacio perirrenal por bacterias productoras de gas (1, 2).

La presencia de gas en tracto urinario superior puede estar causado: 1) Introducción iatrogénica por manipulación; 2) secundario a una fistula con otros órganos ó 3) secundario a una infección (3).

La Pielonefritis Enfisematosa tiene características clínicas, radiológicas y de tratamiento muy particulares. Es más frecuente en mujeres (70%) y en diabéticos (90%). La presentación clínica es muy variable e inespecífica. En la gran mayoría de casos la afectación es unilateral. Su diagnóstico se basa en las pruebas de imagen, siendo la más sensible y específica la TAC abdomi-

¹ Capitán Médico. Alumno de Especialidad Medicina Intensiva.

² Comandante Médico. Especialista en Medicina Intensiva. H. M. C. Gómez Ulla.

Dirección para la correspondencia: M.^a Carmen García Torrejón. UCI. H. M. Gómez Ulla. Glorieta del Ejército s/n. 28047. Madrid.

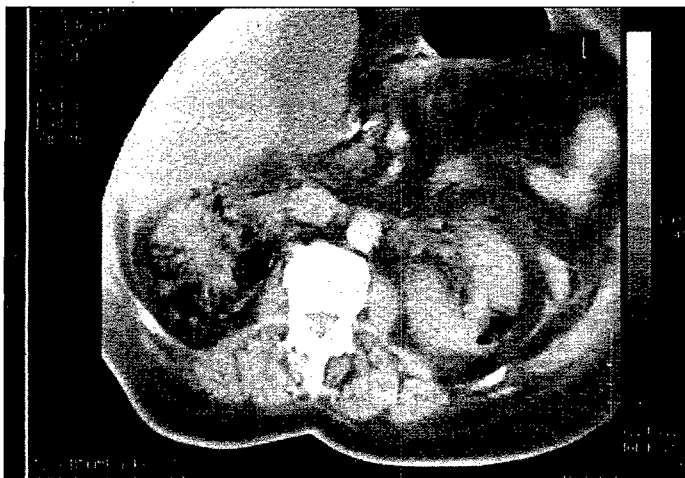


Figura 1: TAC abdomino-pélvico. Pielonefritis enfisematosa bilateral.

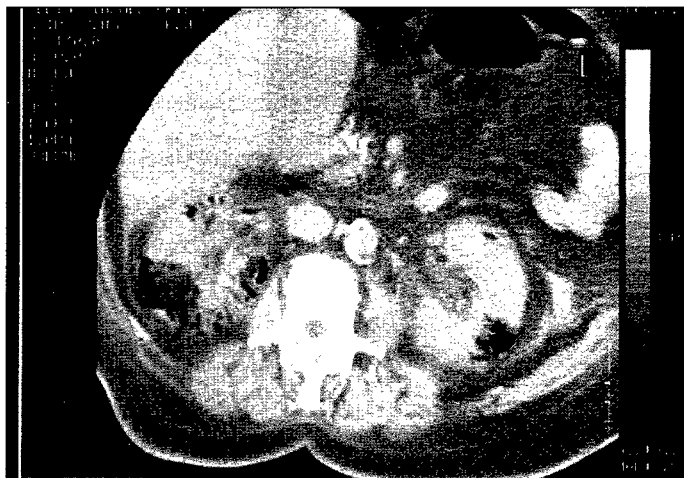


Figura 2: TAC abdomino-pélvico. Pielonefritis enfisematosa bilateral.

no-pélvica, que nos permite valorar la extensión del proceso y monitorizar la evolución en aquellos casos en que se decide inicialmente un tratamiento conservador.

Actualmente existe un consenso en que el tratamiento consiste en realizar una nefrectomía de urgencia (4). A pesar de ello la mortalidad sigue siendo alta, de aproximadamente un 40%. Entre los factores asociados a un mal pronóstico destacan, el antecedente de diabetes mellitus, la afectación bilateral, la presencia de shock séptico, la insuficiencia renal oligoanúrica, el Síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO), la persistencia de gas intraparenquimatoso más de 48 horas diagnosticado por TAC y el retraso en realizar la nefrectomía (5).

En los últimos años se han multiplicado los casos descritos en la literatura de la Pielonefritis Enfisematosa, lo que actualmente nos obliga a pensar en esta entidad en pacientes diabéticos que ingresan con un cuadro séptico. La rápida sospecha diagnóstica con realización de una prueba de imagen

(ECO y/o TAC abdominal) y la inmediata implantación del tratamiento, inicialmente conservador, mejorará el pronóstico. Sin embargo según la evolución clínico-radiológica, no debería retrasarse la realización de la nefrectomía lo más precozmente posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pagnoux E, et al. Emphysematous pyelonephritis in diabetics. *Rev Med Interne* 1997; 18 (11): 888-892.
2. McDermid KP, et al. Emphysematous pyelonephritis: case report and review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract* 1999; 44 (1):71-75.
3. Hansmann y, et al. Emphysematous Pyelonephritis. *Ann. Med. Interne*, 1998; 149 (6): 326-330.
4. Koh BH, Lam HS. Emphysematous Pyelonephritis: drainage or nephrectomy? *Br. J. Urol.* 1993; 71: 609-611.
5. Wan YI, et al. Predictors of outcome in emphysematous pyelonephritis. *J. Urol*, 1998; 159 (2): 369-373.