

Nefronía lobar aguda

Acute lobar nephronia

Yuniel Albelo Abreu¹ <https://orcid.org/0000-0001-8171-1119>

Evelyn Rangel Lorenzo¹ <https://orcid.org/0000-0003-4904-8323>

Marcia de los Ángeles Leyva Calafell^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-1133-8472>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: mleyvacalafell@gmail.com

Recibido: 16/09/2022, **Aceptado:** 18/10/2022

Exposición del caso

Paciente femenina, blanca, 47 años con antecedentes de infección urinaria recurrente. Acude a cuerpo de guardia por presentar fiebre 38 °C, náuseas y vómitos desde hace siete días acompañado de pérdida del apetito.

En el examen físico se detecta maniobra puño percusión positiva y puntos pielorenoureterales positivos en fosa lumbar derecha. Los exámenes de laboratorio mostraron:

Leucograma :11,4 x 10⁹/L

Granulocitos 69,3 %

Monocitos 13,7 %

Linfocitos 17 %

Hb: 6,7g/l

Creatinina: 58 mmol/l.

Urocultivo: Se aíslan más de 100 000 UFC/

E. coli sensible a: amikacina, kanamicina, nitrofurantoina, piperacilina + tazobactam.

Se realizó ultrasonido abdominal que mostró el riñón derecho con ptosis renal con caliectasia ligera, parénquima conservado hacia polo superior. Imagen heterogénea predominantemente sólida de 36 x 50 mm.

La tomografía computarizada (TAC) contrastado reveló el riñón derecho con proceso ocupativo en cara posterior del polo superior. Este provoca afinamiento y elongación de los cálices con reticulación de la grasa perirrenal, engrosamiento de los tabiques perirrenales involucrando el psoas correspondiente con engrosamiento de la pelvis y tercio superior del uréter asociado a ligera dilatación del sistema excretor a este mismo nivel. El proceso mide 38 x 44 x 40 mm y presenta captación heterogénea periférica de contraste con hipodesidad mantenida en su centro ([figura 1A](#)).

La paciente recibió tratamiento por 14 días con piperacilina + tazobactam 1g c/8h. Se le indicó tratamiento para la anemia.

El TAC evolutivo contrastado reportó mejoría imagen lógica significativa ([figura 1B](#)) y en fase excretora tardía una ligera hidronefrosis derecha con uréter de calibre normal sin demostrarse causa de obstáculo. Se sospecha de estenosis de la unión ureteropielica con retardo en la eliminación de este riñón ([figura 2](#)). No se definen otras alteraciones en órganos abdominales. Egresó con cultivo negativos, pendiente de resultados de la gammagrafía renal con MAG3.

Comentario

La NFA (nefritis focal aguda) o NLA (nefronía lobar aguda) es una infección intersticial bacteriana, localizada en el parénquima renal que, actualmente, está infradiagnosticada y es infrecuente en adultos. La nefronía lobar tiene curso clínico agresivo comparada con la pielonefritis, dado que la fiebre persiste por más tiempo luego de iniciado el tratamiento, presenta mayor leucocitosis, elevación de la proteína C reactiva y trombocitopenia. El paciente suele tener aspecto tóxico, malestar generalizado, escalofríos, fiebre y vómito. Histológicamente, en la pielonefritis existe edema e infiltración leucocitaria difusa.

En la nefronía lobar aguda estos hallazgos son similares, pero más intensos y localizados y pueden progresar hasta llegar a la necrosis y licuefacción tisular en el área afectada, constituyendo un absceso renal. Su patogenia es controvertida, habiéndose descrito el acceso por vía ascendente desde el tracto urinario inferior, así como por vía hematógena. El principal agente involucrado en la etiología es *Escherichia coli*. El diagnóstico es mediante imágenes, observando en la ecografía una lesión hipoperfundida, de márgenes irregulares y alteración de la relación cortico medular. Por lo que, en fases tempranas, se puede observar edema del polo renal. No obstante, dependiendo del estadio de evolución de la NFA, las lesiones varían desde hiperecogénicas-isoecogénicas-hipoecogénicas.

La tomografía computarizada (TC) muestra áreas mal definidas, con forma de cuña, sin realce tras la administración de contraste. Se describe un 90 % de sensibilidad de la 18F-FDG PET/CT en la nefronía lobar aguda. Antes de la aparición de características anatómicas anormales, se identificaron focos de hipermetabolismo en áreas de infección/inflamación. Esto ayudó al diagnóstico y tratamiento precoz.

Este tratamiento debe ser oportuno, apropiado, y debe prolongarse hasta por tres semanas; de no ser así, podría evolucionar hasta en un 25 % de los casos a un absceso renal.^(1,2)

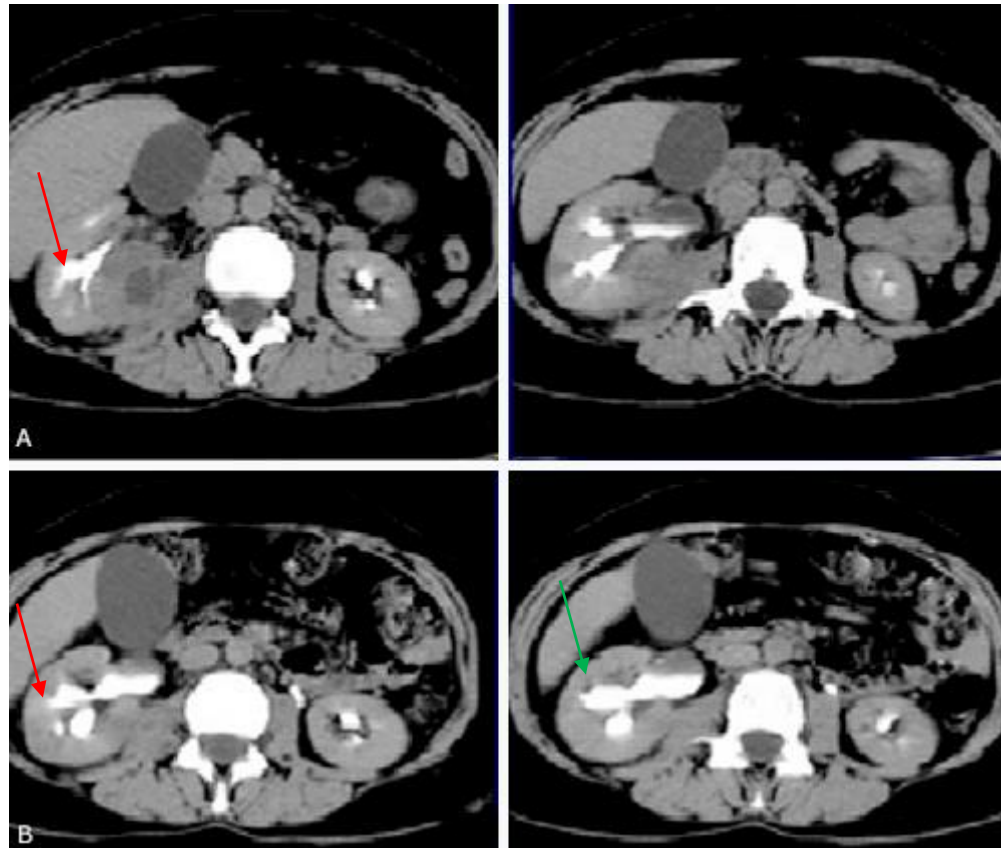


Fig. 1- TAC contrastada: A muestra el riñón derecho con proceso ocupativo en cara posterior de captación heterogénea periférica de contraste con hipodensidad mantenida en su centro (flecha roja). B: estudio evolutivo luego del tratamiento, signos de mejoría imagenológica (flecha roja) dilatación ligera de la pelvis renal (flecha verde).



Fig. 2- TAC Contrastada evolutiva reconstruida que muestra dilatación de la pelvis renal con tendencia al afinamiento hacia la unión pieloureteral.

Referencias bibliográficas

1. Lucas García J, Oltra Benavent M, Ferrando Monleón S, Marín Sierra J, Rabasco Álvarez MD, Benito Julve P. Marcadores predictivos de nefritis focal bacteriana aguda. Estudio multicéntrico casos-control. An Pediatr. 2020[acceso 12/06/2021];93(2):77-83. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-marcadores-predictivos-nefritis-focal-bacteriana-articulo-S1695403320300412>
2. Madero-Morales PA, Pallares-Méndez R, Romero-Mata R, Vizcarra-Mata G, Guillén-Lozoya A. Acute bacterial nephritis. A descriptive study of an underdiagnosed entity. Rev Mex Urol. 2020;80(3). DOI: <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v80i3.556>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.