

## Nefronía lobar aguda de riñón derecho en paciente mujer con un doble sistema pieloureteral incompleto

Acute lobar nephronia of the right kidney in a patient with an incomplete double pyeloureteral system

José Alberto Hermida Pérez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9694-5268>

María Hernández San Juan<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0002-8813-6676>

José Samuel Hernández Guerra<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002--8031-6769>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. España.

\*Autor para la correspondencia: [hermidana@yahoo.es](mailto:hermidana@yahoo.es)

**Recibido:** 27/02/2023, **Aceptado:** 25/04/2023

### Exposición del caso

Paciente femenina de 15 años de edad, que acude a urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución, localizado en el hemiabdomen inferior, con fiebre de hasta 39,4 °C.

Exploración Física: Constantes: tensión arterial 105/65 mmHg; frecuencia cardíaca 97 latidos por minuto; temperatura 38,1 °C.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en el hipogastrio, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral negativa. No masas ni megalias palpables.

Laboratorio:

- Sangre: creatinina 0,60 mg/dL, procalcitonina 1,050 ng/mL; proteína C reactiva 23,06 mg/dL, leucocitos 24,6 x 10<sup>3</sup>/μL; ferritina 249,30 ng/mL.
- Sistemático de orina: uri-leucocitos 25.

Estudios microbiológicos:

- Exudado cervical cultivo microbiota habitual; exudado cervical chlamydia negativo, Exudado cervical *Protein Chain Reaction* (PCR) *gonococo* negativo; exudado cervical PCR *Chlamydia trachomatis* negativo.
- Urocultivo positivo: *Escherichia coli* más de 100.000 unidades formadoras de colonias/mL.
- Hemocultivos: no se obtiene crecimiento bacteriano.

Ecografía abdomino-pélvica en la que destaca como único hallazgo significativo la presencia de líquido libre periuterino, fue valorada por la guardia de Ginecología y se descartó embarazo y enfermedad pélvica infecciosa.

Tomografía Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis ([fig. 1](#)) en la que se informa: riñón derecho (RD) con zonas hipocaptantes en la parte superior, en relación con proceso inflamatorio (flechas negras), doble sistema pieloureteral con uréteres unidos en la parte proximal (flecha blanca). Muy pequeña cantidad de líquido libre en la pelvis.

No se aprecian otros hallazgos patológicos significativos.

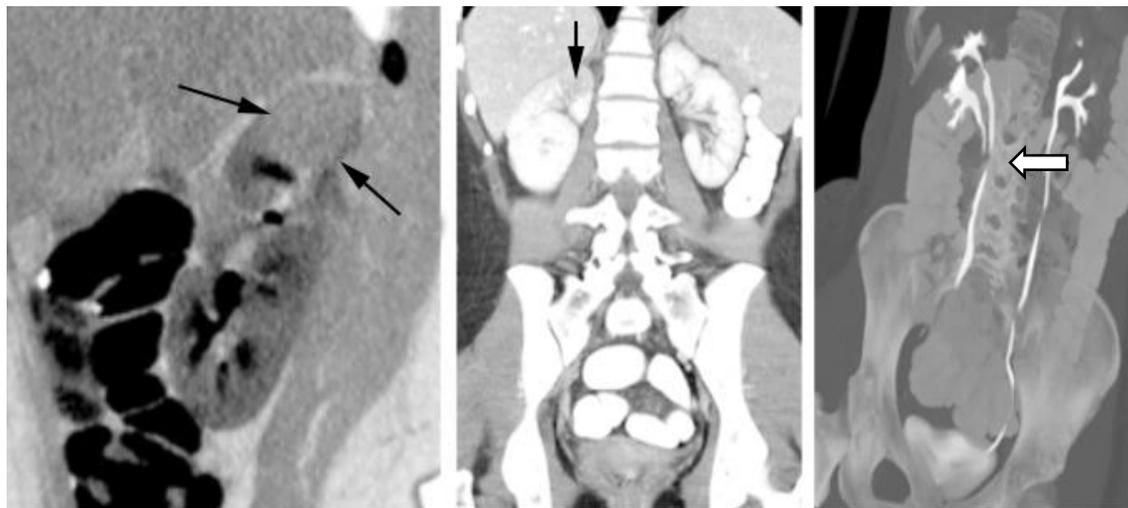


Fig. 1 - TAC de abdomen y pelvis.

Ingresa a cargo de Medicina Interna por sospecha de pielonefritis (PNF) aguda; se inició tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2 g intravenosos (IV) cada 24 horas, fue dada de alta a los 10 días de la terapia IV, por mejoría clínica y analítica, continuación de la terapia antibiótica según el antibiograma del urocultivo con cefixima 400 mg oral cada 24 h durante 10 días. Solicitan interconsulta a Urología, fue valorada y actualmente se encuentra asintomática, pendiente de control con urocultivo y ecografía renal y pélvica.

## Comentario

La Nefritis Focal Aguda (NFA), también denominada nefronía lobar aguda (NLA) es una infección intersticial bacteriana localizada en el parénquima renal. Es una entidad clínica que actualmente está infradiagnosticada. Es infrecuente en adultos. Su curso clínico es agresivo comparada con la pielonefritis (PFN), dado que la fiebre suele persistir por más tiempo luego de iniciado el tratamiento antibiótico. Además, presenta mayor alteración de las cifras de los reactantes de fase aguda de infección: leucocitosis, Proteína C Reactiva, procalcitonina, ferritina y trombocitopenia. El paciente suele tener aspecto tóxico, malestar generalizado, fiebre alta con escalofríos, dolor en la fosa lumbar del lado afecto, dolor abdominal, náuseas y/o vómitos. En numerosas ocasiones suele estar asociada a anomalías renales. La NLA es una infección poco frecuente, en niños o en adultos, ocasionada en la mayoría de los casos por *Escherichia coli*, que migran por vía ascendente a través de la uretra, aunque en ocasiones puede producirse por diseminación hematógena. La etiología de esta entidad es muy discutida y se relaciona con la presencia de reflujo vesicouretral, megauréter, válvulas uretrales y con la evolución de una PNF aguda simple.<sup>(1,2)</sup>

No hemos constatado en la literatura revisada que entre los factores predisponentes a padecer específicamente NLA estén implicados anomalías congénitas del sistema excretor renoureteral, como las duplicidades pieloureterales, si bien, *Albelo* y otros (2023), publican un caso de una paciente femenina de 47 años que sufrió de NLA y en la que se observa en el TAC con contraste de control evolutivo, reconstruida, una dilatación de la pelvis renal con tendencia al afinamiento hacia la unión pieloureteral, imagen esta compatible con un síndrome de la unión pieloureteral. Nuestra paciente, como hallazgo en el TAC realizado, además de observarse la imagen hipocaptante en la parte superior del riñón afectado, en relación con proceso inflamatorio (nefronia lobar) presentaba un doble sistema pieloureteral con los uréteres unidos en su parte proximal (uréter bífido). El uréter bífido es una anomalía en que los dos uréteres se unen para formar uno solo antes de su desembocadura en la vejiga. La unión puede tener lugar a distintos niveles: algunos autores han encontrado mayoría de casos en que la unión se hace en el tercio inferior, pero otros encuentran una distribución igual. Según los casos, no existe entrecruzamiento; los dos uréteres se entrecruzan una sola vez o lo hacen dos veces. En muchas ocasiones, tal vez la mayoría, los uréteres en Y son asintomáticos, pero puede presentarse en ellos infección. La infección en estos casos en que no existe obstrucción del meato ureteral ni reflujo vésicoureteral es debida a un problema dinámico. Se origina una corriente uréter-uréter que favorece la estasis, la infección y la dilatación

La NLA es una infección bacteriana del parénquima renal calificada entre la PNF aguda y el absceso renal, el que en algunas ocasiones requiere diagnóstico diferencial, puesto que los tratamientos de una u otra enfermedad son diferentes.

Para el diagnóstico de la NLA es preciso contar con una TAC abdominal en la que característicamente se aprecian áreas mal definidas, sin realce tras la administración de contraste y generalmente hipodensas. Cuando se analizan las características radiológicas y la evolución de los pacientes con NLA

simple y complicada, la NLA simple muestra imágenes pobremente definidas e hipodensas, mientras que la NLA complicada muestra imágenes de baja densidad, pero heterogéneas. La evolución de estos últimos pacientes es tórpida al iniciar su tratamiento antibiótico. El tratamiento de esta enfermedad es la administración inicial de antibióticos intravenosos y, posteriormente, por vía oral tras mejoría clínica, que debe mantenerse durante 3 semanas aproximadamente.<sup>(2)</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Albelo Abreu Y, Rangel Lorenzo E, Leyva Calafell M. Nefronía lobar aguda. Rev Cubana Urol. 2023 [acceso 12/02/2023];12(1):e893. Disponible en: <https://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/893>
2. Arrabal Polo MÁ, Arrabal Martín M, Valle Díaz de la Guardia F, Zuluaga Gómez A. Nefronia lobular aguda. Rev Méd Chile. 2009 [acceso 12/02/2023];137(10):1401-2. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009001000020&lng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001000020&lng=en)

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.