

Hallazgo renal infrecuente en una paciente con anemia y pérdida de peso

Azpeitia-Hernández FJ.¹, Vallejo-Desviat P.², Castro-Valdés R.³, Molina López-Nava P.², Soriano-Navarro F.¹

Sanid. mil. 2022; 78 (4): 279-280, ISSN: 1887-8571

SUMMARY: 57-year-old woman with autism spectrum disorder and secondary epileptic seizures. A CT of abdomen is requested due to anemia and weight loss. The patient did not refer urinary symptoms. She was admitted four months to Internal Medicine Service, due to urinary sepsis, where *Morganella morganii* was isolated, and bacteremia, with *Staphylococcus epidermidis* isolation.

In the CT performed, we found an increase in the size of the right kidney, with loss of corticomedullary differentiation and replacement of a destroyed renal parenchyma by low-attenuation masses that corresponds to the dilated calyces. A staghorn stone with involvement of the peripelvic fat was also described.

PRESENTACIÓN: Mujer de 57 años con trastorno del espectro autista y crisis epilépticas secundarias que consulta por clínica debida a anemia y pérdida de peso. Como antecedentes más relevantes destaca un ingreso hospitalario por sepsis urinaria, donde se evidenció *Morganella morganii* y una bacteriemia con aislamiento de *Staphylococcus epidermidis*. La paciente no refería en el momento de la consulta clínica urinaria.

Se realizó un TC de abdomen donde se observa un aumento de tamaño del riñón derecho, con pérdida de la diferenciación córtico-medular y sustitución del parénquima renal normal por masas de baja atenuación en el espesor de un parénquima renal destruido que se corresponden con los cálices dilatados. Todo ello asociado a un cálculo coraliforme con afectación de la grasa peripélvica.

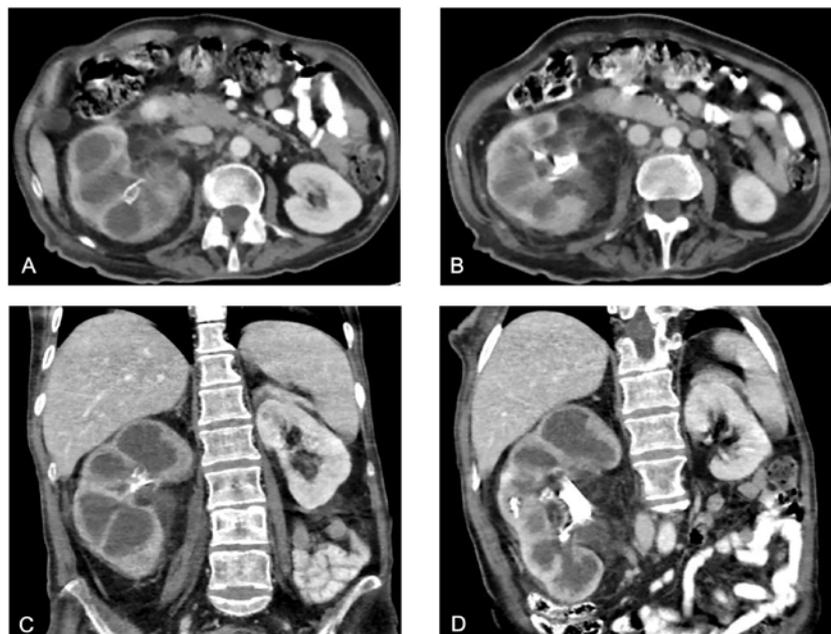


Imagen 1. TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal. A y B. Cortes axiales. C. Corte coronal. D. Reconstrucción multiplanar siguiendo el eje largo del riñón derecho.

¹ Teniente médico interno residente. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España

² Coronel médico. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España

³ Médico adjunto. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España

Dirección para correspondencia: Servicio de Radiología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. 28047 Madrid. España. Correo electrónico: Azpeitia-Hernández FJ. fazpher@mde.es

Recibido: 25 de mayo de 2022

Aceptado: 22 de noviembre de 2022

doi: 10.4321/S1887-857120220004000013

Diagnóstico: pielonefritis xantogranulomatosa

DISCUSIÓN

Los hallazgos observados en el TC son característicos de una pielonefritis xantogranulomatosa, una forma rara de pielonefritis crónica de tipo granulomatosa, que se asocia a un cuadro obstructivo que condiciona una destrucción del parénquima renal y a una pérdida de la función renal¹.

El cuadro clínico suele ser insidioso y consta de síntomas constitucionales como malestar general, pérdida de peso y febrícula, como mostraba la paciente del caso. A veces se asocia hematuria y dolor en el flanco afectado².

Es frecuente la ausencia de sintomatología en tracto urinario, sin embargo, la piuria y los urocultivos positivos están presentes en la mayoría de las ocasiones². Es importante recordar que en el caso presentado, cuatro meses antes la paciente estuvo ingresada por sepsis urinaria, donde se aisló *Morganella morganii* y una bacteriemia con aislamiento de *Staphylococcus epidermidis*.

La prueba diagnóstica más útil para orientar el diagnóstico es el TC abdominopélvico³. El tamaño del riñón aumenta de manera difusa, con unos cálices muy dilatados (con atenuación entre -10 y +30 UH), y dan como resultado un aspecto multiloculado. Este signo característico se conoce como *signo de la garra del oso*⁴.

Paradójicamente, la pelvis renal está contraída. El cálculo coraliforme está presente en un 90 % de los casos. Debemos realizar un diagnóstico diferencial con una hidronefrosis con la que no se debe confundir, ya que los cálices dilatados están rellenos de un infiltrado inflamatorio, no con orina como ocurriría en la hidronefrosis¹.

La resonancia magnética no suele aportar información adicional al TC².

En una patología más frecuente en mujeres de edad media (40 – 70 años) lo que se relaciona con la mayor incidencia de infec-

ciones del tracto urinario por parte de las mujeres. Asimismo, suele presentarse en pacientes que padecen diabetes mellitus³.

Hay dos formas de presentación: la más habitual en la que hay una afectación difusa (90 %), como en el caso presentado, y la forma de afectación focal, donde solo se encuentra un infundíbulo afectado¹.

A pesar de presentar unos hallazgos radiológicos muy característicos (aumento unilateral del riñón con litiasis coraliforme), el diagnóstico diferencial se debe establecer con absceso, tuberculosis renal, hidronefrosis, pionefrosis, linfoma o metástasis. La forma focal puede simular un carcinoma de células claras o un carcinoma transicional².

La pielonefritis xantogranulomatosa es una patología con buen pronóstico que suele requerir tratamiento antibiótico previo a la nefrectomía. Debido a que presenta una clínica insidiosa, se produce un retraso diagnóstico de unos 6 meses en el 40 % de los casos⁴.

Si no se recibe un tratamiento el proceso inflamatorio finalmente se extiende a los tejidos perirrenales e incluso a los órganos adyacentes, en las imágenes se puede visualizar afectación de la grasa renal peripélvica.

Cuatro meses después de la realización del TC abdominal, se practicó una nefrectomía derecha a la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craig WD, Wagner BJ, Travis MD. Pyelonephritis: radiologic-pathologic review. *Radiographics*. 2008; 28(1):255-77.
2. Kawashima A, LeRoy A. Radiologic evaluation of patients with renal infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2003; 17(2):433-56.
3. Kenney PJ. Imaging of chronic renal infections. *AJR Am J Roentgenol*. 1990; 155(3):485-94.
4. Dyer RB, Chen MY, Zagoria RJ. Classic signs in uro-radiology. *Radiographics*. 2004; 24 Suppl 1: S247-80.