

Medicina humana

Clínicas médicas
complementarias

“Pielonefritis”

4to

Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Ricardo Acunia Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Pielonefritis

Definiciones

- La pielonefritis aguda no complicada, aunque afecta al mismo segmento de población que la cistitis aguda, mujeres jóvenes con actividad sexual, es menos frecuente que aquella en una proporción de 18/1.
- La pielonefritis aguda complicada consiste en la progresión de una ITU hacia una pielonefritis xantogranulomatosa, absceso córtico-medular, absceso perinefrítico o necrosis papilar.
- La pielonefritis crónica es una causa infrecuente de enfermedad túbulo-intersticial crónica motivada por infecciones recurrentes asociadas a litiasis renal, reflujo ureteral o diabetes.

Epidemiología

Incidencia:

- 12/10.000 mujeres.
- 2/10.000 hombres.

Factores de riesgo:

- Número de relaciones sexuales en el último mes, especialmente si es >3/semana.
- Nueva pareja sexual.
- Uso reciente de espermicida.
- ITU en el último mes.
- Antecedentes de infección del tracto urinario en la madre.
- Diabetes.
- Incontinencia de esfuerzo.

Patogenia

Ascenso y adhesión del microorganismo infectante hasta las células medulares renales. La liberación de lipopolisacáridos origina la respuesta inflamatoria responsable del cuadro.

Clínica

Gravedad moderada, suele cursar con:

- Fiebre (>38º).
- Dolor lumbar, y dolor característico a la presión en el ángulo costo-vertebral.
- Náuseas, vómitos.
- Molestias miccionales. Presente en la mayoría de casos (>80%).

Ocasionalmente puede desembocar en una sepsis con compromiso vital.

Hay que descartar un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica.

Diagnóstico

Determinaciones en orina:

- Sedimento: hematuria, piuria.
- Urocultivo: >104 ufc/mL. Junto con los síntomas es muy sugestivo de pielonefritis.

Determinaciones en sangre:

- Hemograma: la leucocitosis es indicativa del grado de gravedad.
- Hemocultivo: no en cuadros leves, pues concuerda con el urocultivo en el 95%.
- Proteína C-reactiva elevada.
- Procalcitonina elevada (útil como marcador de sepsis).

Diagnóstico por la Imagen: en caso de diagnóstico dudoso o síntomas graves.

- Ecografía: muestra aumento del tamaño renal o presencia de patología concomitante.
- Rx simple de aparato urinario: únicamente detecta la presencia de litiasis.

- UIV: no sistemáticamente puesto que en el 75% de casos el tracto urinario es normal.
- TC: si el cuadro no mejora en 72 horas de tratamiento. Muestra imágenes hipodensas en forma de cuña desde la papila a la cápsula renal. Descarta, además, complicaciones como litiasis, abscesos perinefríticos o pielonefritis xantogranulomatosa.
- Renograma con DMSA, de menor utilidad.

Tratamiento

Origen parenquimatoso: por ello precisa de antimicrobianos capaces de obtener, en corto espacio de tiempo, concentraciones elevadas en orina y bactericidas en suero y tejido renal.

Inicio en cuanto se realiza el diagnóstico clínico sin esperar a los resultados microbiológicos (con excepción de una tinción de Gram) por la rapidez con que se produce la lesión renal.

Duración de 7-10 días pues ciclos más largos no han demostrado superior eficacia. En casos leves 7 días serían correctos. Dos o tres días postratamiento y 1 y 4 semanas más tarde, se realizarán cultivos de orina para comprobar la curación microbiológica.

Tto ambulatorio: en la mayoría de casos y en función de la gravedad de los síntomas.

Antimicrobianos empíricos: teniendo en cuenta la sensibilidad antimicrobiana en España (resistencia >20% a Quinolonas o Cotrimoxazol), parece razonable iniciar el tratamiento con dosis parenteral única o durante 48-72 h (en función del cuadro) seguida de pauta oral de Cefalosporinas (las de 2ª generación poseen un espectro apropiado). Las de 3ª generación se reservan para IU complicadas, inmunodeprimidos o pielonefritis nosocomiales. Ceftriaxona tiene mayor actividad frente a Neisseria y Proteus.

Bibliografía

- Nicolle LE. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis.
- Grabe M, et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology, 2010.

