

# PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA, REPORTE DE CASO

Ramírez Deysi; Espinoza Juan; Llanquipacha Víctor  
Centro Rossi – Servicio de Diagnóstico por imágenes Sanatorio Finochietto  
Los autores declaran no tener conflictos de interés.  
Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
dcramirez@cdrossi.com

# Presentación del caso

Masculino de 60 años diabético insulino requiriente, ingresa derivado en ambulancia desde clínica privada con diagnóstico de cetoacidosis diabética. Hemodinámicamente estable, febril 38.1 °C. En laboratorio inicial presentó plaquetopenia, hiperglucemia, falla renal y sedimento urinario inflamatorio. En la ecografía se observó microlitiasis renales derechas.

1



2

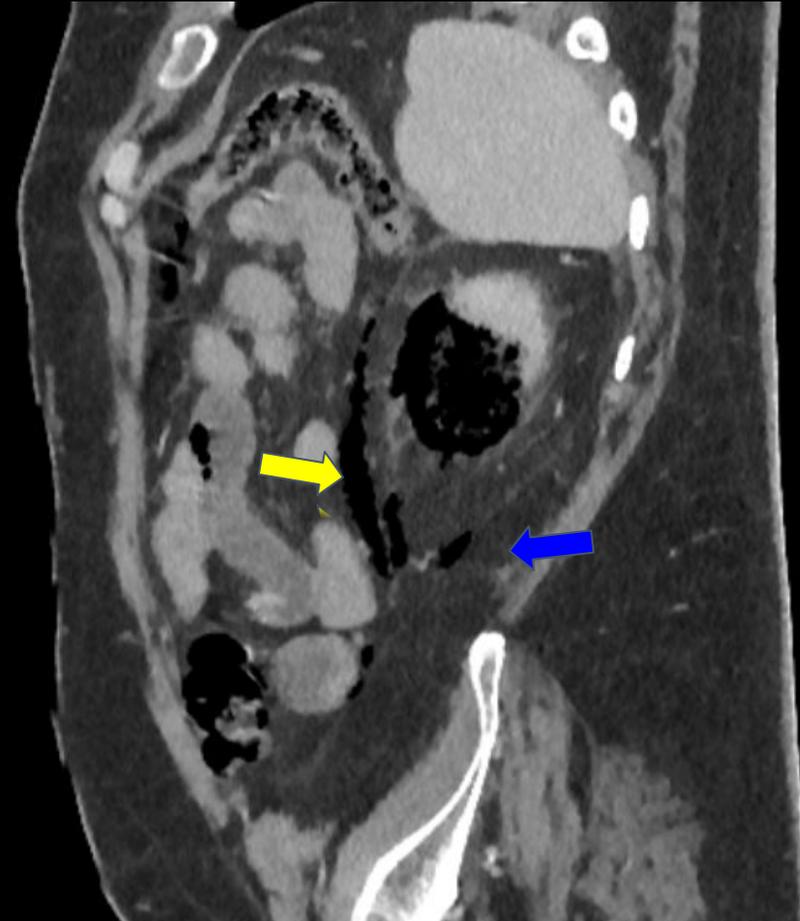


Imagen 1 y 2 – A la izquierda se observa TC de abdomen y pelvis en plano axial en la cual se puede observar destrucción del parénquima con área parcheada enfisematosa (flecha blanca). A la derecha se evidencia TC con reconstrucción sagital que evidencia extensión de componente aéreo hacia fascias renales anterior y posterior. (flecha amarilla y azul respectivamente).

# Hallazgos imagenológicos

3



4



Imagen 3 y 4 – TC de abdomen en fase sin contraste en plano axial. Se observa imagen hiperdensa litiásica en grupo calicial inferior derecho (flecha amarilla). A la derecha reconstrucción en plano sagital se señalan imágenes hipodensas corticomedulares, sugestivas de absceso (Flechas blancas).

# Discusión

La pielonefritis enfisematosa presenta elevada mortalidad, caracterizada por necrosis, abscesos y gas en el parénquima renal, sistema colector o tejido perirrenal. Afecta más frecuentemente a inmunocomprometidos.

La TC nos permite evaluar la morfología renal, visualizar burbujas aéreas, colecciones líquidas y clasificar su severidad. Las fases recomendadas son: sin contraste, fase corticomedular a los 60 segundos, fase nefrográfica a los 120 segundos y fase excretora. El nefrograma estriado es una apariencia descrita para la pielonefritis aguda que muestra rayos discretos de hipotenuación e hiperatenuación alternantes irradiados desde la papila a la corteza a lo largo de la dirección de los túbulos excretores.

5

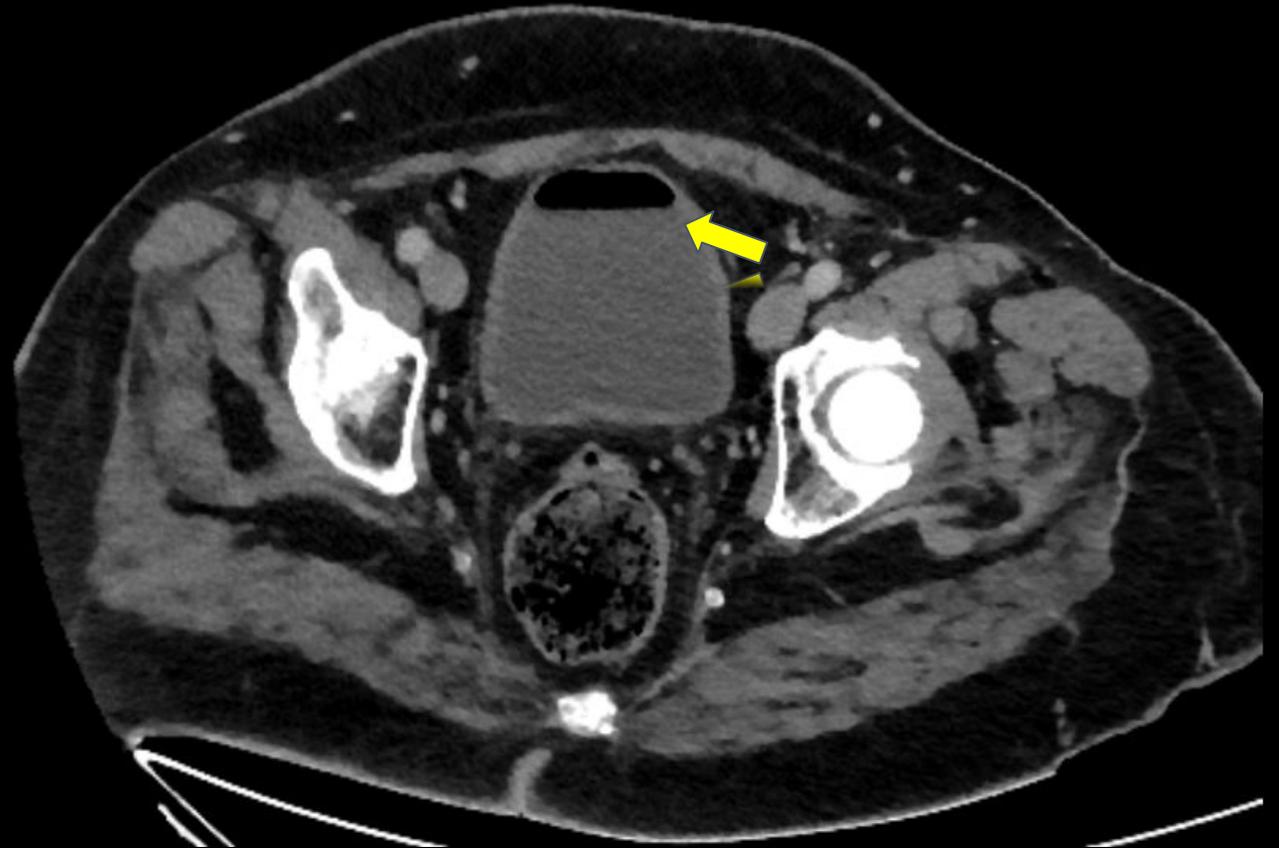


Imagen 5. Se observa TC en plano axial que evidencia contenido aéreo formando nivel hidroaéreo (Flecha amarilla).

# Conclusión

Debido a su elevada morbimortalidad un diagnóstico precoz es fundamental para enfocar un tratamiento médico oportuno, para reducir las complicaciones potencialmente mortales y la necesidad de una intervención agresiva. La tomografía computada nos permitirá conocer la localización y distribución del gas, el grado de destrucción parenquimatosa y el estado hemodinámico del paciente, lo que nos permite clasificar el grado de severidad de los pacientes.

# Bibliografía

1. Kuo CY, Chen TC, Lin WR, et al. Clinical features and prognostic factors of emphysematous urinary tract infection. *J Microbiol Immunol Infect.* 2009; 42:393-400.
2. Muñoz-Lumbreras, E.G., Michel-Ramírez J.M., Gaytán-Murguía, M., Gil-García J.F., Morales-Ordaz, O., Lujano-Pedraza, H. et al, Pielonefritis enfisematosa: revisión de la fisiopatología y tratamiento. *Rev. Mex. Urol.* 2019;79(1):pp. 1-14
3. Das CJ, Ahmad Z, Sharma S, Gupta AK. Multimodality imaging of renal inflammatory lesions. *World J Radiol.* 2014 Nov 28;6(11):865-73. doi: 10.4329/wjr.v6.i11.865. PMID: 25431641; PMCID: PMC4241493.