

## La pielonefritis aguda sin obstáculo del adulto (\*)

Dr. Boccon-Gibod, L.(\*\*)

La pielonefritis aguda sin obstáculo del adulto están frecuentemente ligadas a una infección urinaria a colibacilo (generalmente se trata de colibacilos particularmente agresivos, munidos de finbrias), los cuales colonizan la vejiga en donde se adhieren al urotelio, alcanzando los últimos milímetros del uréter terminal.

La endotoxina producida por esos colibacilos provoca una disminución, y hasta una desaparición del peristaltismo uretral, permitiendo a los gérmenes remontar contra la corriente y alcanzar las cavidades renales.

Se produce entonces una cascada de acontecimientos que incluyen la activación del complemento, quimiotaxis y fagocitosis, llegando a la producción de super óxido dismutasas y posterior muerte celular.

En el plano clínico, en la gran mayoría de casos, las pielonefritis agudas primitivas sin obstáculo del adulto curan rápidamente bajo el efecto de una antibioticoterapia de amplio espectro de tercera generación, tipo PEFLOXACINA, CIPROFLOXACINA, NORFLOXACINA y OFLOXACINA, administradas en un primer tiempo por vía parenteral seguido de un período de vía oral.

En ciertos casos la evolución es grave, ya se por la virulencia de los gérmenes o por la debilidad del terreno. Entre los factores ligados al terreno hay que tener en cuenta la edad, y nosotros sabemos que la infección urinaria del aparato urinario superior en la edad avanzada puede ser particularmente grave y el diagnóstico a veces difícil; el embarazo, la diabetes, conociendo la extrema gravedad de la pielonefritis xantogranulomatosa, y finalmente los estados

de depresión del sistema inmunitario, particularmente en la actualidad el síndrome de inmunodeficiencia adquirido o SIDA.

En presencia de una pielonefritis aguda no obstructiva del adulto, hay que saber que cuando a pesar del tratamiento médico bien realizado, persiste la fiebre elevada, el dolor y la hiperleucocitosis, es indispensable repetir los exámenes radiológicos a fin de reconocer a tiempo una alteración parenquimatosa.

La secuencia de los exámenes radiológicos sigue un orden lógico, y el primero de ellos es la urografía intravenosa, que permite confirmar la permeabilidad de la vía excretora.

Este examen debe ser seguido de una ecografía a la búsqueda de una lesión focal. Cuando ella está ausente, el tratamiento médico debe ser mantenido según necesidad, con reevaluación de la antibioticoterapia. Cuando ella está presente, el examen debe ser seguido por una tomografía que permitirá poner en evidencia desde las lesiones de pielonefritis focal segmentaria hasta un absceso renal o un absceso en evolución hacia la formación de un flemón perinefrítico.

Si bien la lesión segmentaria de nefritis focal justifica el mantenimiento del tratamiento médico, el hallazgo de una imagen de absceso renal o de un flemón perinefrítico va a necesitar de un drenaje, por vía percutánea o eventualmente un drenaje quirúrgico por lumbotomía.

En el diabético, la presencia de gas en las placas radiográficas es característico de una pielonefritis aguda enfisematosa, que implica una nefrectomía de urgencia, la cual no evita, desafortunadamente, una mortalidad del orden del 25%.

En caso de inmunodepresión (infección HIV, SIDA o toxicómanos), hay que saber que la pielonefritis aguda puede ser fulminante, con una evolución rápidamente supurativa, pudiendo necesitar un drenaje quirúrgico.

(\*) Conferencia dictada en el Curso de Avances en Urología - 1992

(\*\*) Clinique Urologique de l'Hospital Bichat  
75018 Paris, France