



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 424/48 - PIELONEFRITIS FUERA DE CASA

E. Aparicio Castaño<sup>1</sup>, M. Aparicio Castaño<sup>2</sup> y A. Andreo Sola<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Murcia. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 20 años, de nacionalidad húngara, que acudió al centro de salud (CS) por dolor abdominal y fiebre no termometrada de 4 días. El dolor era tipo cólico, en hipogastrio e irradiaba a hipocondrio derecho. No náuseas ni vómitos. Refería disuria y polaquiuria. Con barrera idiomática (hablaba inglés), resultó dificultosa la anamnesis. Con antecedentes personales de 3 infecciones del tracto urinario (ITU) en los 2 últimos años y madre trasplantada renal. Sin intervenciones quirúrgicas previas. Ni tratamiento crónico habitual. Se realizó exploración física y, dados los antecedentes de infecciones de repetición y posible antecedente familiar de patología nefrourológica, se derivó al hospital para realizar pruebas complementarias ante la sospecha diagnóstica.

**Exploración y pruebas complementarias:** T 37,8 °C, TA 109/66, SatO 95% en situación basal. AC: rítmica sin soplos ni extratonos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: no se palpaban masas ni megalias. No defensa ni otros signos de peritonismo. RHA+. Puñopercusión renal derecha +. Blumberg -. Rosving -. Analítica: Hemograma: Hb 12,9, VCM 92, leucocitos 14.900, polimorfonucleares 12.100. CG normal. Bioquímica: glucosa 127 mg/dl, creatinina 1,20 mg/dl, NA 130 mEq/L, K 3,4 mEq/L, CK y LDH normales, PCR 287,3 mg/L. Sedimentos: nitritos +, leucos 100. Eco abdominal: Estenosis de la unión pieloureteral derecha con dilatación, engrosamiento urotelial y detritos pieloinfundibulares. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm sin alteración del ST, QRS 0,4 ms. Rx tórax: ICT normal. No derrames ni condensaciones. Se inició tratamiento antibiótico (tras urocultivo), precisó colocación de catéter doble J por la estenosis pieloureteral e ingresó para completar tratamiento iv.

**Orientación diagnóstica:** Pielonefritis aguda

**Diagnóstico diferencial:** Cistitis, pielonefritis xantogranulomatosa, cólico renal.

**Comentario final:** La pielonefritis es una infección que afecta al parénquima y pelvis renal que suele originarse en una ITU que progresa, frecuente en mujeres jóvenes con actividad sexual y con antecedentes de ITUs de repetición. Lo importante de este caso, es que se pudo orientar el diagnóstico tras realizar una buena anamnesis y exploración clínica a pesar de la dificultad de la barrera idiomática, permitiendo un buen abordaje y evitando un posible error diagnóstico que hubiera determinado una peor evolución clínica.

### Bibliografía

1. Boseta E, Budial A. Urología práctica. Hospital Universitario La Fe de Valencia. 2011.

2. Suárez D, Vargas Romero JC. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de octubre, 8ª ed.

**Palabras clave:** Disuria. Pielonefritis. Dolor abdominal.