



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2065 - CASO CLÍNICO: PIELONEFRITIS AGUDA

A. Caballero Guindo<sup>a</sup>, M. Ineva Santafé<sup>b</sup>, S. Rodrigálvarez del Val<sup>c</sup>, H. Salanova Serralbo<sup>d</sup>, S. Santolaria Sancho<sup>c</sup> y O. Ruiz Sannikova<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre-Ramona. Zaragoza.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

<sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza. <sup>d</sup>Médico

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza. <sup>e</sup>Médico

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 22 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor en hipocondrio izquierdo de tipo cólico irradiado a hipogastrio y disuria de 3 días de evolución. Además refiere malestar general, escalofríos y fiebre termometrada de hasta 39 °C. No presenta antecedentes personales de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 90/65 mmHg, frec.cardíaca 143 lpm, Tª 39 °C y SatO2 97%. Regular estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no megalias y doloroso a la palpación de hemiabdomen izquierdo. Puño-percusión renal izquierda positiva. Hemograma: leucocitos 20.900, neutrófilos 18.100 (86,4%), linfocitos 900 (4,3%), Hb 13,6 g/dl, plaquetas 213.000. Coagulación: hiperfibrinogenemia y tiempo de protrombina ligeramente aumentado. Bioquímica: glucosa 105 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 0,84 mg/dl, cloro 99 mEq/L, sodio 133 mEq/L y potasio 3,7 mEq/L. Análisis de orina: densidad 1,016, pH 6, cuerpos cetónicos ++, hemoglobina +, nitritos negativos. Sedimento: piuria, hematías 10-25 por campo × 400 aumentos, células epiteliales muy abundantes, flora bacteriana muy abundante. En hemocultivo no se observó crecimiento tras 5 días de incubación y en urocultivo se aisló Escherichia coli - > 100.000 ufc/ml. Rx de tórax sin alteraciones significativas. Ecografía abdominal sin alteraciones valorables.

**Juicio clínico:** Pielonefritis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Cistitis complicada, cólico renal complicado, enfermedad pélvica inflamatoria.

**Comentario final:** La clínica de la paciente hizo sospechar desde un principio una pielonefritis aguda. Se instauró tratamiento precoz con ceftriaxona 2 g iv, tobramicina 100 mg iv, enantyum 1 amp iv y paracetamol 1 g iv. La paciente tuvo una excelente evolución clínica tras 24h en observación. Estando hemodinámicamente estable y con apirexia se decidió alta y tratamiento domiciliario con cefuroxima 500 mg 1/12h durante 10 días y paracetamol 1 g 1/8h. Como conclusión, un diagnóstico precoz de pielonefritis aguda permite la rápida instauración de tratamiento evitando

posibles complicaciones como shock séptico o el desarrollo de una pielonefritis enfisematosa.

### **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Mensa Pueyo J. Infecciones de las vías urinarias. En: Farreras Valentí P. Rozman C. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 861-8.

**Palabras clave:** Pielonefritis. Disuria.