

## Cartas al director



### Fístula nefrobronquial secundaria a pielonefritis crónica xantogranulomatosa como causa de absceso pulmonar y hemoptisis persistente

Sr. Director:

La pielonefritis xantogranulomatosa (PNX) es una forma poco frecuente de pielonefritis crónica, que se caracteriza por la destrucción del parénquima renal y su sustitución por macrófagos cargados de lípidos<sup>1</sup>. Se ha relacionado con diferentes procesos, como infección urinaria (*Proteus* y *Escherichia coli*), litiasis renal y diabetes mellitus. Suele ser un proceso unilateral y cursar con fiebre, dolor lumbar y síndrome constitucional. En las formas más evolucionadas puede llegar a fistulizar a abdomen, piel o cavidad torácica, produciendo empiema pleural y en más raras ocasiones abscesos pulmonares<sup>2,3</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 64 años que consultó por hemoptisis, fiebre de 38 °C y dolor costolumbar derecho. En la radiografía simple de tórax se apreció una condensación pulmonar basal derecha y en la de abdomen, varios cálculos al nivel de pelvis renal derecha. Tanto en el cultivo de orina como de esputo creció *E. coli*, y en la broncoscopia se pudo apreciar un sangrado activo procedente del segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho. El estudio se completó con una tomografía computarizada toracoabdominal (fig. 1), en la que se apreció una lesión cavitada en lóbulo inferior derecho con neumonitis asociada y pequeño derrame pleural homolateral, así como un riñón derecho atrófico con múltiples cálculos y una marcada desestructuración del polo renal superior derecho, con extensión al espacio perirrenal. La paciente fue sometida a una nefrectomía derecha y desbridamiento retroperitoneal; el diagnóstico histológico fue de PNX. En un segundo tiempo se realizó una toracotomía derecha, con resección atípica del absceso pulmonar y cierre del defecto diafragmático que comunicaba con el espacio retroperitoneal<sup>4</sup>. La evolución postoperatoria transcurrió sin incidentes, y se pudo dar el alta el cuarto día de postoperatorio. En los sucesivos controles ambulatorios la paciente ha permanecido asintomática, con evolución satisfactoria, 5 años después de ser intervenida.

R. Embún Flor<sup>a</sup>, J.J. Rivas de Andrés<sup>a</sup>, I. Royo Crespo<sup>a</sup>,  
E. Ramírez Gil<sup>a</sup>, F.J. García Tirado<sup>a</sup>, P. Martínez Vallina<sup>a</sup>  
y A. Borque Fernando<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

<sup>b</sup>Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

#### Bibliografía

1. Álvaro Paez B, Angel Simi M, A. Diego G, Juan Gómez R, Jesús Blázquez I, et al. Pielonefritis xantogranulomatosa (PXG). Estudio retrospectivo. Arch Esp Urol. 1990;43:843-9.



Fig. 1. A: pielonefritis y litiasis renal derecha con importante desestructuración del parénquima renal y afectación del espacio perirrenal posterior, indicativo de pielonefritis xantogranulomatosa. B: lesión pulmonar cavitada de 3 cm de diámetro, con nivel hidroaéreo y pared engrosada, a nivel del segmento 10 del lóbulo inferior derecho.

2. Lascort Fernández M, Gutiérrez Fernández MJ, González Rodríguez MA, Antuña Braña MT. Empiema pleural masivo secundario a pielonefritis. An Med Interna. 2001;18:47-8.
3. Granados Loarca EA, Quezada Ochoa RE, Salazar Monterroso CB. Absceso renal con perforación a tórax. Actas Urol Esp. 2004;28:129-32.
4. Alifano M, Venissac N, Chevallier D, Mouroux J. Nephrobronquial fistula secondary to xantogranulomatous pyelonephritis. Ann Thorac Surg. 1999;68:1836-7.