



Comunicación breve

Quiste renal infectado en fiebre persistente post-neumonía neumocócica

Infected renal cyst in persistent fever post pneumococcal pneumonia

Julio F. Jiménez-Bonilla^{a,*}, Dora García Sánchez^b e Ignacio Banzo^a

^a Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de investigación Imagen molecular - IDIVAL, Santander, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospitalización a domicilio, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España



El diagnóstico de quistes renales simples es un hallazgo frecuente al realizar estudios de imagen solicitados por otro motivo. Sin embargo, la detección de un quiste renal infectado es infrecuente y puede ser la causa o coexistir con un proceso febril de evolución tórpida o persistente que, con un tratamiento adecuado, puede resolver definitivamente el cuadro del paciente¹.

Presentamos un varón de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño e hipertrofia benigna de próstata, en tratamiento con apocard, apixabán, duodart y valsartán-amlodipino-hidroclorotiazida. Ingresó en la unidad de corta estancia del hospital por fiebre, tos y disnea, y se diagnosticó una neumonía basal izquierda (leucocitosis desviación izquierda, infiltrado radiológico en base izquierda y antígeno neumococo positivo en orina). Recibió tratamiento con piperacilina-tazobactam y, posteriormente, con levofloxacino 10 días, experimentando una mejoría parcial. Una TC torácica mostró mejoría de la neumonía. Fue remitido a la unidad de hospitalización a domicilio por persistencia de fiebre hasta 38,5 °C sin clínica respiratoria, cambiándose la antibioterapia por cefalosporina de tercera generación más levofloxacino. La leucocitosis persistió con desviación izquierda, sin aislamientos bacteriológicos (urocultivos y hemocultivos negativos), y solo refirió dolor en la articulación esternoclavicular derecha. Ante sospecha de artritis se solicitó una gammagrafía con galio-67, en la que se objetivó un foco de depósito patológico del radiotrazador en la articulación esternoclavicular derecha y un gran quiste en el polo renal superior izquierdo, de 8 cm de diámetro, con intensa captación patológica de galio-67 en sus paredes y signos de ocupación, bien delimitado en las imágenes de fusión SPECT/TC (fig. 1A-D).

Con el diagnóstico gammagráfico de quiste renal infectado se modificó la antibioterapia sustituyendo el levofloxacino por meropenem y asociándole daptomicina, realizándose punción ecoguiada del quiste 48 h después, tras suspenderse la anticoagulación (apixabán), evacuándose 120 ml de líquido purulento (fig. 1E). Desde

entonces se apreció evolución favorable con desaparición de la fiebre en 48 h y del dolor articular esternoclavicular en una semana. El cultivo microbiológico del líquido del quiste fue negativo, y se añadieron antiinflamatorios no esteroideos para el tratamiento sintomático del dolor articular. Ante la buena evolución clínica, el servicio de urología descartó un abordaje quirúrgico del quiste, manteniendo la antibioterapia (meropenem y daptomicina) hasta 14 días y desescalándola a ciprofloxacino y clindamicina durante otros 14. El paciente presentó una evolución favorable hasta la actualidad, con disminución importante del tamaño del quiste en la ecografía de control.

La gammagrafía con galio-67 es útil para orientar el proceso diagnóstico y el tratamiento de pacientes con fiebre persistente sin foco claro o conocido². El carácter inespecífico del radiotrazador permite poner de manifiesto causas tumorales, infecciosas o inflamatorias, y la posibilidad de realizar un rastreo de cuerpo completo e imágenes de fusión SPECT/TC sin necesidad de nuevas administraciones del mismo supone una ventaja diagnóstica importante. En nuestro caso, además de la valoración de la articulación esternoclavicular pudimos descubrir patología renal inesperada, lo que motivó un cambio terapéutico que se demostró eficaz.

El diagnóstico de quiste renal infectado es un reto debido a que no siempre la ecografía puede diferenciarlo del no infectado, y además presenta importantes dificultades terapéuticas por su elevada resistencia a los agentes antimicrobianos, debido a la baja concentración que alcanzan en el líquido del quiste³. El tratamiento indicado es el drenaje percutáneo, y hasta que no se realiza, no suele demostrarse la relación entre la fiebre y el quiste complicado. Por otra parte, nuestro paciente presentó, además de fiebre, dolor articular focalizado en la región esternoclavicular derecha. La artritis es una complicación infrecuente pero no rara de las neumonías neumocócicas, especialmente en las formas de enfermedad neumocócica invasora.

El caso muestra el valor y el rendimiento diagnóstico de la gammagrafía clásica con galio-67, mejorada con la imagen híbrida SPECT/TC, que aumenta la seguridad y la confianza diagnóstica aportadas por la valoración de la distribución patológica del radiotrazador, en un proceso infeccioso en el que el galio-67 ya ha demostrado su valor⁴. Aunque hoy día existe una tendencia bien

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juliofrancisco.jimenez@sccsalud.es (J.F. Jiménez-Bonilla).

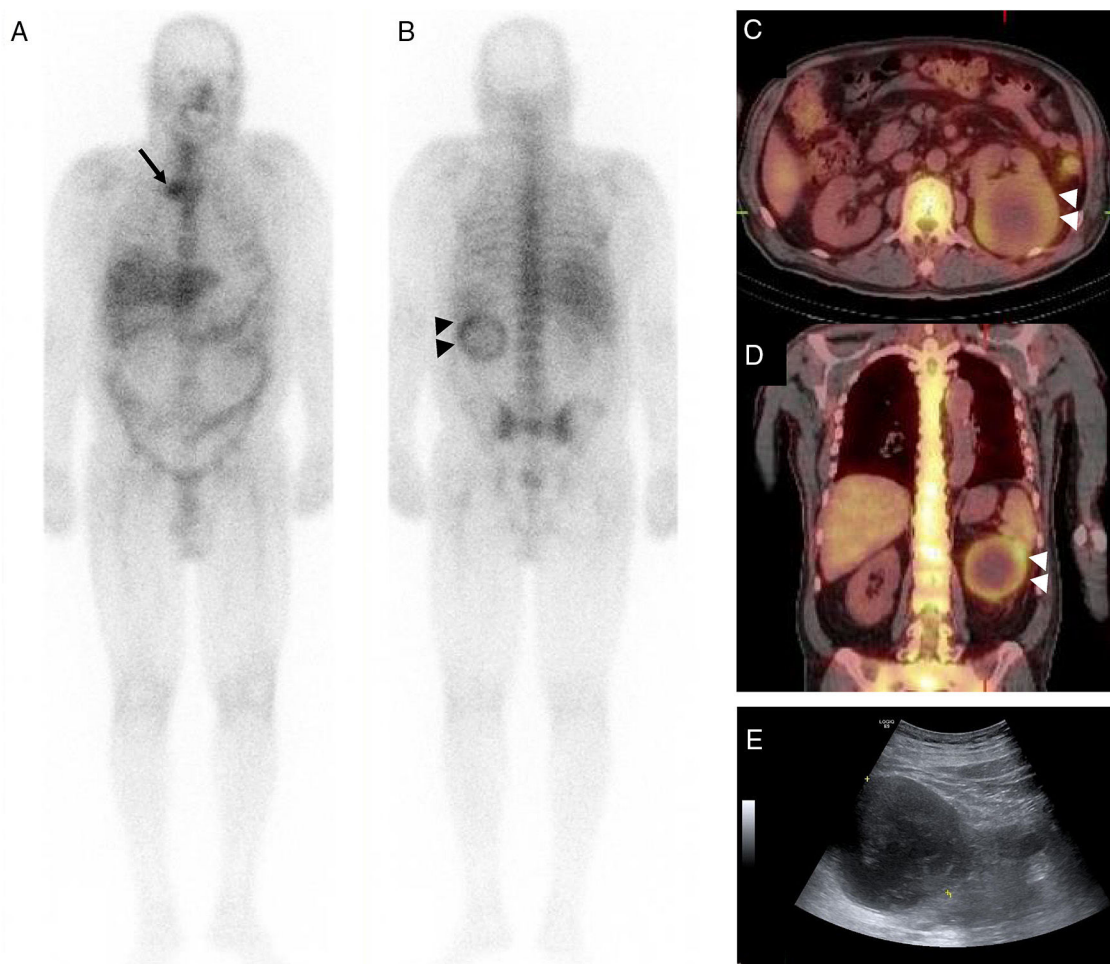


Figura 1. El rastreo corporal con Ga-67 (A,B) y SPECT/TC en transverso (C) y coronal (D) muestra captación patológica en la articulación esternoclavicular derecha (flecha) y en paredes del quiste renal izquierdo (puntas de flecha). La ecografía renal muestra el gran quiste renal antes de la punción (E).

fundada para estudiar la patología infecciosa-inflamatoria con ^{18}F -FDG PET/TC⁵, casos como este demuestran que la gammagrafía con galio-67 continúa siendo de valor para orientar el tratamiento de un paciente con fiebre cuando no se dispone de tecnología PET/TC.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Eknayan G. A clinical view of simple and complex renal cysts. *J Am Soc Nephrol* 2009;20:1874–6, <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2008040441>

- Serrano J, Parras E, Infante JR, Ray JI, García L, Caballero M, et al. 67-gallium SPECT/CT in febrile syndromes of unknown origin. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol* 2018;37:354–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.remnm.2018.05.003>
- Harvey CJ, Alsafi A, Kuzmich S, Ngo A, Papadopoulou I, Lakhani A, et al. Role of US contrast agents in the assessment of indeterminate solid and cystic lesions in native and transplant kidneys. *Radiographics* 2015;35:1419–30, <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2015140222>
- Jiménez-Bonilla JF, Quirce R, Calabia ER, Banzo I, Martínez-Rodríguez I, Carril JM. Hepatorenal polycystic disease and fever: Diagnostic contribution of gallium citrate Ga 67 scan and fluorine F 18 FDG-PET/CT. *Eur Urol* 2011;59:297–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2009.05.049>
- Kouijzer IJE, Mulders-Manders CM, Bleeker-Rovers CP, Oyen WJG. Fever of unknown origin: The value of FDG-PET/CT. *Semin Nucl Med* 2018;48:100–7, <http://dx.doi.org/10.1053/j.semnuclmed.2017.11.004>