



## Empiema pleural secundario a pnonefrosis

**Sr. Director:** Los empiemas pleurales rara vez poseen un origen extrapulmonar y, cuando éste se halla presente, es primordial su localización para poder controlar el proceso por completo. Se presenta el caso de una paciente con pnonefrosis secundaria a una pielonefritis xantogranulomatosa que debutó como empiema pleural masivo.

Mujer de 51 años de edad, que acudió al servicio de urgencias por cuadro de disnea a esfuerzos moderados, acompañado de astenia y dolor en el costado izquierdo. Como antecedentes personales refirió diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales y anemia ferropénica en tratamiento con hierro oral, además de haber presentado varios episodios de litiasis renal. En la exploración física sólo destacó en la auscultación una disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo con soplo pleural, indicativo de derrame pleural. El hemograma objetivó una cifra de hemoglobina de 6,4 g/dl, con volumen corpuscular medio del 68 fl; 26.750/L leucocitos (el 95% polimorfonucleares), y cifra de glucemia de 220 mg/dl. En la radiografía de tórax se apreció un derrame pleural masivo izquierdo. Se practicó una toracocentesis y se extrajo un material purulento con 55.000/L leucocitos (el 90% polimorfonucleares), pH de 6,04, glucosa de 1 mg/dl y cifra de lactatodeshidrogenasa de 10.266 UI/L, motivo por el que se colocó un drenaje pleural y se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro. El cultivo microbiológico del líquido pleural demostró la presencia de bacilos gramnegativos (*Proteus mirabilis* y *Escherichia coli*). Varios días después, a pesar del tratamiento, la paciente continuaba febril, con malestar general y dolor en el costado izquierdo, por lo que se realizó una tomografía computarizada que evidenció un absceso renal izquierdo que fistulizaba a la cavidad pleural homolateral (figs. 1 y 2). Se decidió entonces llevar a cabo una nefrectomía izquierda y resección del trayecto fistuloso hasta el tórax. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica demostró la existencia de pielonefritis xantogranulomatosa crónica con destrucción de prácticamente todo el riñón, con varios cálculos "coraliformes" y abundante material purulento.

El empiema pleural se define como la presencia de líquido pleural purulento, tinción de Gram o cultivo positivos, que en su mayor parte tiene su origen en procesos pulmonares primarios. Sin embargo, en una pequeña proporción de los casos la causa es extratorácica<sup>1</sup>, si bien se sabe que el 3-5% tiene un origen subdiafragmático. En torno al 70-85% de los procesos renales pueden producir lesiones pulmonares<sup>2</sup> (pequeñas atelectasias o derrames pleurales mínimos) y, a pesar de su relativa frecuencia, Villena Garrido et al<sup>3</sup> no lo mencionan como causa desencadenante en la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. En muy contados casos<sup>1,4,5</sup>, como el aquí expuesto, se han descrito empiemas masivos, que dificultan su control global, ya que en ocasiones cursan de forma casi asintomática o se manifiestan con clínica torácica, como en el presente caso, en el que sólo la persistencia de los síntomas infecciosos obligó a la realización de pruebas de imagen que evidenciaron la causa primaria del proceso, tras lo cual se adoptó una actitud mucho más agresiva.



**Fig. 1.** Orificio fistulizado que comunica la cavidad abdominal con la pleural.



**Fig. 2.** Absceso renal izquierdo que destruye el parénquima y formación calculosa coraliforme localizada en la pelvis renal.

La asociación de litiasis renal y bacilos gramnegativos suele ser muy común<sup>6</sup>. Sin embargo, la presencia de estos gérmenes en los procesos pulmonares primarios es extremadamente rara, por lo que su presencia en la pleura debe obligar a descartar una afección urinaria asociada<sup>7</sup>, para lo cual las técnicas de imagen como la tomografía computarizada, la resonancia magnética o incluso la ecografía pueden ser de gran ayuda al poner de manifiesto la causa principal, que de otra forma pasaría inadvertida.

La normativa SEPAR<sup>3</sup> aconseja realizar pruebas complementarias que orienten la sospecha clínica, si bien la mayoría de ellas están destinadas a buscar el origen torácico, dejando de lado la búsqueda de otras posibles localizaciones como las subdiafragmáticas, las digestivas o en el retroperitoneo. Así pues, recomendamos incluir en futuras revisiones del manejo y tratamiento del derrame pleural el origen nefrológico como causa del derrame pleural e incluso de empiema, debido a su frecuencia y a su particular manejo.

**José María Hernández Pérez<sup>a</sup>,  
Pedro Miguel Rodríguez Suárez<sup>b</sup>  
y Jordi Freixinet Gilart<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Sección de Neumología. Hospital General de La Palma. Breña Alta-La Palma. Santa Cruz de Tenerife. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

1. Lacort Fernández M, Gutiérrez Fernández M, González Rodríguez M, Antuña Braña M, Herrero Fernández S, Espina Angulo M. Empiema pleural masivo secundario a pnonefrosis. *An Med Interna*. 2001;18:147-8.
2. Shan A. The pleura. *Am Rev Respir Dis*. 1988;138:184-234.
3. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, De Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Rodríguez Panadero F, et al. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:349-72.
4. Villalta J, Collado A, Cid M, Bernardo P, Ingelmo M, Balcells A. Empiema pleural masivo: una rara complicación del absceso perinefrítico. *Med Clin (Barc)*. 1984;83:253-5.
5. Vargas Puerto A, Alfageme Michavila I, Moreno Arrastio I, Beitzegui Sillero A, Barahona Martín M, Campoy Martínez P. Asociación de empiema pleural e infección perinefrítica: a propósito de cuatro casos. *Rev Clin Esp*. 1993;192:383-5.
6. Pandya K, Wilcox J, Khaw H, Cleveland D, Sharma OP. Lung abscess secondary to xantogranulomatous pyelonephritis. *Thorax*. 1990;45:297-8.
7. O'Brien J, Ettinger N. Nephrobronchial fistula and lung abscess resulting from nephrolithiasis and pyelonephritis. *Chest*. 1995;108:1166-8.