



PIELONEFRITIS AGUDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Gema Ariceta. Nefrología Pediátrica. Hospital de Cruces. Vizcaya

En la última década se han producido cambios importantes en la actitud diagnóstica y terapéutica de la pielonefritis aguda en la edad pediátrica. El diagnóstico prenatal de las malformaciones nefro-urológicas, el concepto de lesión renal intraútero no relacionada con infección urinaria, y la mejor calidad de la atención pediátrica en la población general, posibilitan establecer diferentes pautas en un paciente concreto, según su riesgo de desarrollar secuelas renales. La difusión de estos conceptos entre los pediatras de atención primaria es fundamental debido a la elevada incidencia de infección urinaria en el niño: aproximadamente el 8.4% de las niñas y el 1.7% de los niños padecerán al menos una infección urinaria en la edad pediátrica, siendo la afectación del varón 2-3 veces más frecuente en el primer año de la vida.

Es sabido que la pielonefritis aguda en el niño puede producir cicatriz renal, lesión difusa renal con alteración del crecimiento renal, disminución del filtrado glomerular con proteinuria e hipertensión arterial, e incluso insuficiencia renal crónica. En la última década se ha objetivado que es excepcional que la pielonefritis aislada *per se* evolucione al fallo renal en el mundo desarrollado. Por el contrario, se admite que los pacientes con alto riesgo de secuelas post-pielonefríticas son los lactantes en general, y especialmente aquéllos afectados de uropatía obstructiva, masa renal disminuída, reflujo vesico-ureteral severo y/o intrarrenal. Otros factores no congénitos asociados con lesión pielonefrítica son el diagnóstico y/o tratamiento tardío o la evolución tórpida de la infección urinaria, afortunadamente poco frecuentes en nuestro medio.

En niños con pielonefritis aguda sin factores de riesgo de secuela renal a priori, se ha demostrado que las pautas de antibiótico IV de 3-4 días de duración seguidas de antibiótico oral son tan efectivas como las pautas IV más prolongadas, recomendadas anteriormente. Así mismo, existen evidencias de que un número notable de cuadros de pielonefritis aguda en niños sin factores de riesgo pueden ser adecuadamente tratados con cefixima oral de forma ambulatoria, siempre que se asegure el adecuado control del paciente, y no exista sensibilización a dicho fármaco. Este cambio de actitud obliga a realizar estudios de imagen nefrourológica de forma precoz para descartar factores de riesgo no detectados previamente, y la implicación del pediatra en el seguimiento del niño, especialmente durante la fase aguda de la enfermedad. Así mismo, continúan vigentes las recomendaciones de realizar un estudio nefro-urológico en todo niño con pielonefritis aguda, independientemente de la modalidad terapéutica.

Finalmente, en los pacientes con alto riesgo de lesión renal, o en los que el tratamiento ambulatorio no sea factible, o la evolución inadecuada, se mantienen las

recomendaciones tradicionales de ingreso hospitalario y tratamiento parenteral de la pielonefritis aguda.

Referencias:

1. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. *Pediatrics*, 1999; 103: 843-852.
2. Bloomfield P, Hodson EM, Craig JC. The Cochrane collaboration. Antibióticos para la pielonefritis del niño. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, número 1
3. Hoberman A et al. Oral versus initial intravenous therapy for UTI in young febrile children. *Pediatrics*, 1999; 104: 79-86.
4. Wennerstrom M, Hansson S, Jodal U et al. Primary and acquired renal scarring in boys and girls with urinary tract infection. *J Pediatr*, 2000; 136: 30-4.