

RÉPLICA

REPLY

Sr. Editor: En respuesta a la carta del Dr. Benjamín Horwitz, nos permitimos comentar:

1. Coincidimos con el Dr. Horwitz en que las cifras reflejan una situación compleja y preocupante, que debería motivar a las Escuelas de Medicina para realizar actividades de prevención específica y promoción de estilos de vida saludables entre sus estudiantes.
2. Agradecemos la amable corrección del Dr. Horwitz a nuestra involuntaria omisión de su artículo "Prevalencia de hábitos, conductas e intereses de estudiantes de medicina de 5 escuelas del país". La omisión pudo deberse, en parte, a que nosotros definimos como palabras clave de búsqueda bibliográfica "DRINKING, SMOKING AND MEDICAL STUDENTS" y el Dr. Horwitz y cols, las palabras "MEDICAL HUMANITIES, MEDICAL STUDENTS", que dan cuenta del enfoque más amplio de su trabajo.
3. Esta Carta al Editor nos da ocasión para comparar nuestros resultados, además, con los publicados, hace más de 20 años, por Ernesto Medina y cols en esta *Revista*¹. La prevalencia de fumadores de alrededor de un tercio, encontrada en estudiantes de primer año en 1983, en nuestro estudio es 17%; en cuarto año era cerca de la mitad y en nuestro estudio es 28%; en séptimo año las cifras de alrededor de 45% son ahora 40%. Habida consideración de las diferencias entre ambos grupos estudiados pudiera ser que estemos ante un descenso, ojalá sostenido, de la frecuencia de tabaquismo entre estudiantes de medicina.

Dra. María Inés Romero

Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

REFERENCIA

1. MEDINA E, PASCUAL JP, ALEGRÍA A, BIRON M, BUHLER J, BUSTOS P ET AL. Tabaquismo en médicos y estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile* 1985; 113: 688-94.

Correspondencia a: Dra. María Inés Romero.
E mail: mromeros@uc.cl.

NEFRONÍA LOBAR AGUDA

ACUTE LOBAR NEPHRONIA

Sr. Editor: La nefronía lobar aguda (NLA) es una infección poco frecuente, en niños o en adultos, ocasionada en la mayoría de los casos por *Escherichia coli*, que migran por vía ascendente a través de la uretra, aunque en ocasiones puede producirse por diseminación hematógena¹.

Una paciente de 31 años de edad, con antecedentes de psoriasis actualmente sin tratamiento, acudió al Servicio de Urgencia por síndrome miccional, dolor en fosa renal izquierda y fiebre. Los exámenes del laboratorio mostraron proteína C reactiva 52,06 ng/ml, neutrofilia sin leucocitosis y sedimento urinario con leucocituria y test de nitritos positivos. En la ecotomografía se observó un leve aumento de tamaño del riñón izquierdo. Se planteó el diagnóstico de pielonefritis aguda izquierda. Los urocultivos y hemocultivos fueron negativos. Se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico y gentamicina. A las 72 h de su ingreso la paciente continuaba con fiebre y dolor en la fosa renal izquierda, por lo que se solicitó TAC abdominal en la que se apreció riñón izquierdo congestivo, con áreas circunscritas y no definidas, hipodensas, consideradas características de una nefronía lobar aguda (Figura 1). Se cambiaron los antibióticos a meronem 1 g cada 8 h, evolucionando satisfactoriamente.

La nefronía lobar aguda es una infección bacteriana calificada entre la pielonefritis aguda y el absceso renal, con el que en algunas ocasiones requiere diagnóstico diferencial, puesto que los tratamientos de una u otra patología difieren. La etiología de esta entidad es muy discutida y se relaciona con la presencia de reflujo vesicouretral, megauréter, válvulas uretrales y con la evolución de una pielonefritis aguda simple². Para el diagnóstico de la NLA es preciso contar con una TAC abdominal en la que característicamente se aprecian áreas mal definidas, sin realce tras la administración de contraste y generalmente hipodensas¹. Cheng et al analizaron las características radiológicas y la evolución de pacientes con NLA simple y complicada. Mientras la NLA simple muestra imágenes pobremente definidas e hipoden-

Correspondencia a: Miguel Ángel Arrabal-Polo.
E mail: arrabalp@ono.com

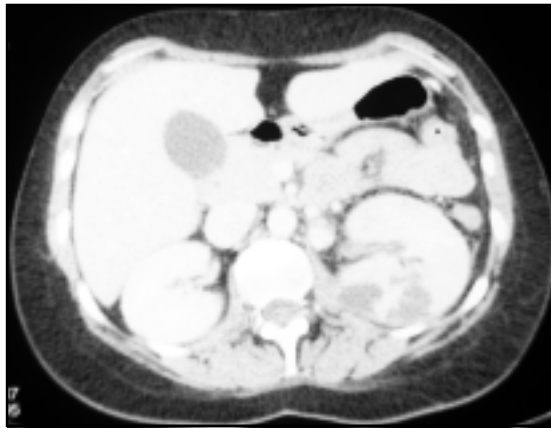


Figura 1. Riñón izquierdo congestivo con áreas circunscritas y no definidas, hipodensas, sin extensión extracapsular al espacio perirrenal.

sas, la NLA complicada muestra imágenes de baja densidad pero heterogéneas. La evolución de estos últimos pacientes es tórpida al iniciar su tratamiento antibiótico³. El tratamiento de esta patología es la administración de antibióticos intravenosos y posteriormente por vía oral, tras mejoría clínica, durante 3 semanas aproximadamente⁴.

Queremos destacar en este caso el diagnóstico de NLA en una paciente adulta, siendo más frecuente su diagnóstico en los niños; la importancia del diagnóstico diferencial con el absceso renal; y la necesidad de instaurar un tratamiento antibiótico precoz y adecuado para evitar la agravación de la enfermedad.

Miguel Ángel Arrabal-Polo, Miguel Arrabal-Martín, Francisco Valle-Díaz de la Guardia, Armando Zuluaga-Gómez

Servicio de Urología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

REFERENCIAS

1. GRANADOS MOLINA A, ESPINO HERNÁNDEZ M, GANCEDO BARANDA A, ALBILLOS MERINO JC, ALVAREZ-CORTINAS JF, MOLINA AMORES C. Acute lobar nephronia: Diagnosis, treatment and prognosis. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66: 84-6.
2. SEIDEL T, KUWERTZ-BRÖKING E, KACZMAREK S, KIRSCHSTEIN M, FROSCH M, BULLA M, HARMS E. Acute focal bacterial nephritis in 25 children. *Pediatr Nephrol* 2007; 22: 1897-901.
3. CHENG CH, TSAU YK, CHEN SY, LIN TY. Clinical courses of children with acute lobar nephronia correlated with computed tomographic patterns. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28: 300-3.
4. CHENG CH, TSAU YK, LIN TY. Effective duration of antimicrobial therapy for the treatment of acute lobar nephronia. *Pediatrics* 2006; 117: e84-89.