



REPORTE DE CASO

ABSCEOS RENALES EN VARÓN DE 18 AÑOS SIN COMORBILIDADES.

KIDNEY ABSCESES IN A 18 YEARS OLD PATIENT WITHOUT COMORBIDITIES.

Juan Umaña¹, Víctor Guíñez¹, Javier Licanqueo¹, Raúl Calderón¹, Miguel Aguilar².

¹Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

²Médico-Cirujano, Servicio de Urología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

RESUMEN

Introducción: Los abscesos renales típicamente ocurren en el contexto de una pielonefritis, particularmente en pacientes con anomalías anatómicas. Habitualmente se presentan en pacientes inmunocomprometidos.

Caso Clínico: Paciente de 18 años sin antecedentes mórbidos conocidos consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal; el día de la consulta se agrega sensación febril, calofríos, disuria, polaquiuria y hematuria; se realizan exámenes donde se constata sedimento urinario sugerente de infección urinaria y elevación de parámetros inflamatorios. Se inicia ceftriaxona. Evolucionando tórpida, se conecta a ventilación mecánica, se realizan exámenes que muestran parámetros concordantes con *shock* distributivo. Se inicia terapia antibiótica con Imipenem. Se complementa estudio con pesquisa de virus de inmunodeficiencia humana virus hepatitis B y virus hepatitis C, todos negativos. Se mantiene terapia antibiótica con excelente respuesta. Se realiza tomografía computada de abdomen-pelvis con contraste que muestra imagen compatible con absceso renal izquierdo. Dada evaluación favorable, se mantiene terapia antibiótica y control imagenológico.

Discusión: El cuadro clínico de un absceso renal es inespecífico y aparenta una pielonefritis aguda con evolución tórpida; en este caso hubo mala respuesta a ceftriaxona, por lo que se complementó con imágenes; una tomografía computada con contraste es el mejor examen para identificación de abscesos renales. La terapia antibiótica se continúa al menos 2 a 3 semanas, aunque debe adaptarse al estado del paciente, exámenes de laboratorio y resolución del absceso. La indicación para drenaje del absceso renal depende en gran parte del tamaño de éste; el drenaje percutáneo es preferido generalmente por la menor morbilidad comparado con el drenaje quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: *absceso; riñón; hombre.*

ABSTRACT

Introduction: Renal abscesses typically occur in the context of pyelonephritis, particularly in patients with anatomic abnormalities. Usually they occur in immunocompromised patients.

Clinical Case: 18 years old patient without known previous morbidities refers a 3-day history of abdominal pain; the day of the consultation feverishness, chills, dysuria, augment of urinary frequency and hematuria are added; exams show urinary sediment suggestive of urinary tract infection and elevated inflammatory parameters. Use of Ceftriaxone starts. He doesn't evolve as expected, being connected to mechanical ventilation, tests show concordance with distributive shock. Imipenem antibiotic therapy is initiated. Study is complemented by screening for human immunodeficiency virus,





hepatitis B virus and hepatitis C virus, all of them negative. Antibiotic therapy with excellent response is maintained. Abdominal-pelvis computed tomography is performed with contrast showing image compatible with left renal abscess. Given a favorable evaluation, antibiotic therapy and imaging control is maintained.

Discussion: The clinical presentation of a renal abscess is unspecific and appears as an acute pyelonephritis with bad evolution; in this case there was poor response to ceftriaxone, which is why the study is supplemented with imaging; computed tomography with contrast is the best test for identifying renal abscess. Antibiotic therapy is continued at least for two to three weeks, but must be adapted to the patient's condition, laboratory tests and resolution of the abscess. The indication for renal abscess drainage depends largely on its size; percutaneous drainage is generally preferred due to its lower morbidity compared to surgical drainage.

KEYWORDS: abscess; kidney; man.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos renales y peri-renales corresponden a infecciones supuradas que comprometen el riñón y/o el espacio perinefrítico. Los abscesos perirrenales generalmente son el resultado de la rotura de un absceso cortical agudo hacia el espacio perirrenal por debajo de la fascia de Gerota o de siembras hematógenas provenientes de otros focos sépticos⁽¹⁾. Particularmente en pacientes con anomalías anatómicas o en pacientes inmunocomprometidos. Hoy en día predominan las bacterias gram-negativas, y se deben generalmente a una complicación tardía de una infección urinaria, especialmente si ésta se asocia con la presencia de urolitiasis.

Está asociado a una alta mortalidad que afecta al 39-50% de los casos^(2,3). La incidencia de esta patología según literatura internacional relata 1-10 casos por cada 10.000 ingresos⁽⁴⁾. Factores de riesgo descritos incluyen diabetes mellitus, obstrucción ureteral, reflujo vesico-ureteral, uso de drogas endovenosas e inmunosupresión⁽¹⁾. Los hombres y las mujeres se ven afectados con igual frecuencia, aunque existen series donde predomina en la población femenina^(5,6).

El objetivo de reportar este caso es el estar alerta en cuanto a signos y síntomas clásicos de un absceso renal, y tener una alta sospecha diagnóstica en el caso de una evolución tórpida de una pielonefritis aguda; por último siempre tener en consideración el estudio de imágenes.

CASO CLÍNICO

Paciente sin antecedentes mórbidos conocidos que consulta por cuadro de 3 días de evolución de compromiso de estado general, dolor abdominal y deposiciones líquidas. El día de la consulta se agrega sensación febril, calofríos, disuria, polaquiuria y un episodio de hematuria. Acude con exámenes donde se constata orina completa con sedimento urinario sugerente de infección del tracto urinario, elevación de parámetros inflamatorios (proteína C reactiva: 254mg/L, leucocitos: 31.100/mm³, leve trombocitopenia (131.000/m³)), hemoconcentración (hemoglobina: 14.5gr/dl), INR(International Normalized Ratio):1.78 y leve deterioro agudo de la función renal. Se solicita urocultivo y hemocultivos. Se decide iniciar ceftriaxona. Evoluciona durante la noche con hipotensión sin respuesta a volumen, iniciándose noradrenalina en dosis progresivas y aumento progresivo de requerimientos de oxígeno asociado a falla respiratoria, cianosis y taquipnea, relación Presión arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno: 83. Se conecta a ventilación mecánica y se realizan técnicas de reclutamiento alveolar con apoyo de bloqueo neuromuscular logrando optimizar intercambio gaseoso. Lactato basal de 21mg/dl. Se decide instalación de línea arterial radial izquierda y catéter de Swan Ganz para objetivar hemodinamia y manejo de volúmenes. Parámetros concordantes con *shock* distributivo. Se decide iniciar antibioterapia empírica con imipenem. Evoluciona de forma satisfactoria al manejo inicial. Radiografía de tórax de control evidencia neumotórax derecho que se drena. Requerimiento de drogas vasoactivas en lento retiro logrando su suspensión tras 36 horas de manejo. Muestra mejoría progresiva ventilatoriamente, se extuba sin





incidentes.

Urocultivos y hemocultivos resultan negativos. Se mantiene terapia antibiótica con excelente respuesta. Desde el punto de vista nefrológico hay recuperación íntegra de la función renal (creatinina: 0.9mg/dl). Se complementa estudio con tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste que muestra imagen hipodensa en el tercio superior del riñón izquierdo de 47x55mm compatible con absceso renal izquierdo. Se decide evaluación por equipo de urología quienes deciden mantener terapia antibiótica y control estricto imagenológico observando evolución para posible intervención quirúrgica.

Debido a su buena condición general, ausencia de complicaciones dentro de su estadía y evolución favorable, se decide traslado al servicio de urología.

DISCUSIÓN

Mientras que las infecciones del tracto urinario son comunes, las complicaciones graves de la formación de un absceso renal y perirrenal son poco frecuentes y suelen producirse en pacientes con factores tales como la diabetes mellitus, litiasis urinaria, obstrucción urinaria y pacientes inmunodeprimidos⁽⁸⁾. Siendo raras en pacientes que no presenten comorbilidades previas. Más del 75% de los abscesos renales y perirrenales se forman a partir de una infección inicial de las vías urinarias, la infección asciende desde la vejiga hasta el riñón, produciendo pielonefritis antes que un absceso renal⁽⁹⁾. Los abscesos renales se asocian con una morbilidad y mortalidad aumentadas, debido a que hay dos hechos que los caracterizan que son un diagnóstico tardío en un proceso que precisa un tratamiento temprano⁽⁶⁾. El diagnóstico de un absceso renal puede resultar difícil debido a su reducida frecuencia y a la baja especificidad de los síntomas. La clínica predominante es la fiebre, presente en el 69-100%⁽⁷⁾.

El diagnóstico de los abscesos renales es radiológico, mediante la ecotomografía y/o tomografía computada. La ecotomografía puede localizar correctamente el 93% de los abscesos renales, pero en casos equívocos y dudosos puede

utilizarse la tomografía computada. Las ventajas de la ecotomografía respecto a la tomografía computada son que la ecotomografía es más accesible, menos invasiva pues no precisa contraste endovenoso, no depende de la función renal e irradia menos, aspecto muy a tener en cuenta en pacientes jóvenes⁽¹⁰⁾. Siendo la elección si el paciente no presenta recuperación de la función renal. En este caso la tomografía computada abdominal es la técnica diagnóstica más útil, siendo particularmente precisas en demostrar los detalles anatómicos y la ruta de diseminación a los tejidos circundantes, lo cual puede ser útil en la planeación del abordaje quirúrgico para el drenaje, al no presentar mejoría clínica con el manejo conservador.

El tratamiento clásico de los abscesos renales y perirrenales, al igual que el de otros abscesos intraabdominales, consiste en el drenaje quirúrgico del pus (descrito ya desde 1474 por el médico francés Germain Colotin)⁽⁸⁾. El drenaje quirúrgico abierto clásico para absceso perirrenal ha sido cuestionada por la introducción de métodos de imagen guiada (drenaje percutáneo) y antibióticos solos. El consenso general es que las grandes abscesos y pacientes con factores predisponentes requieren drenaje además de los antibióticos^(7,10). El tratamiento de los abscesos renales depende de su tamaño y se basa en 4 posibilidades: antibióticos endovenosos, drenaje percutáneo, drenaje quirúrgico o nefrectomía. Inicialmente el tratamiento debe ser conservador con antibioterapia para los bacilos gramnegativos o cocos grampositivos en dependencia de la sospecha clínica hasta la llegada del antibiograma: cefalosporinas de 3ª generación 1-2g cada 8-12 horas solas o asociadas a aminoglucósido o bien ciprofloxacino. La antibioterapia en virtud de la respuesta clínica durante 24-48 horas, seguida de la vía oral 3-4 semanas. En adultos la elección del tratamiento dependerá el tamaño del absceso. En los menores de 3cm sólo antibioterapia, en los de 3-5cm antibioterapia asociada a drenaje percutáneo y en los abscesos mayores de 5cm, los que no respondan a drenaje percutáneo y los casos de sepsis severa, se realizará drenaje quirúrgico o nefrectomía en dependencia de los hallazgos operatorio^(10,11).

Este caso nos hace reflexionar de cuán importante es la sospecha diagnóstica en una patología como abscesos



renales, valorar el uso de estudio de imágenes de forma precoz. Se puede concluir que a pesar de que no hayan factores de riesgo para desarrollar abscesos renales, no debe

cerrarse la posibilidad, sobre todo teniendo síntomas vagos e inespecíficos.

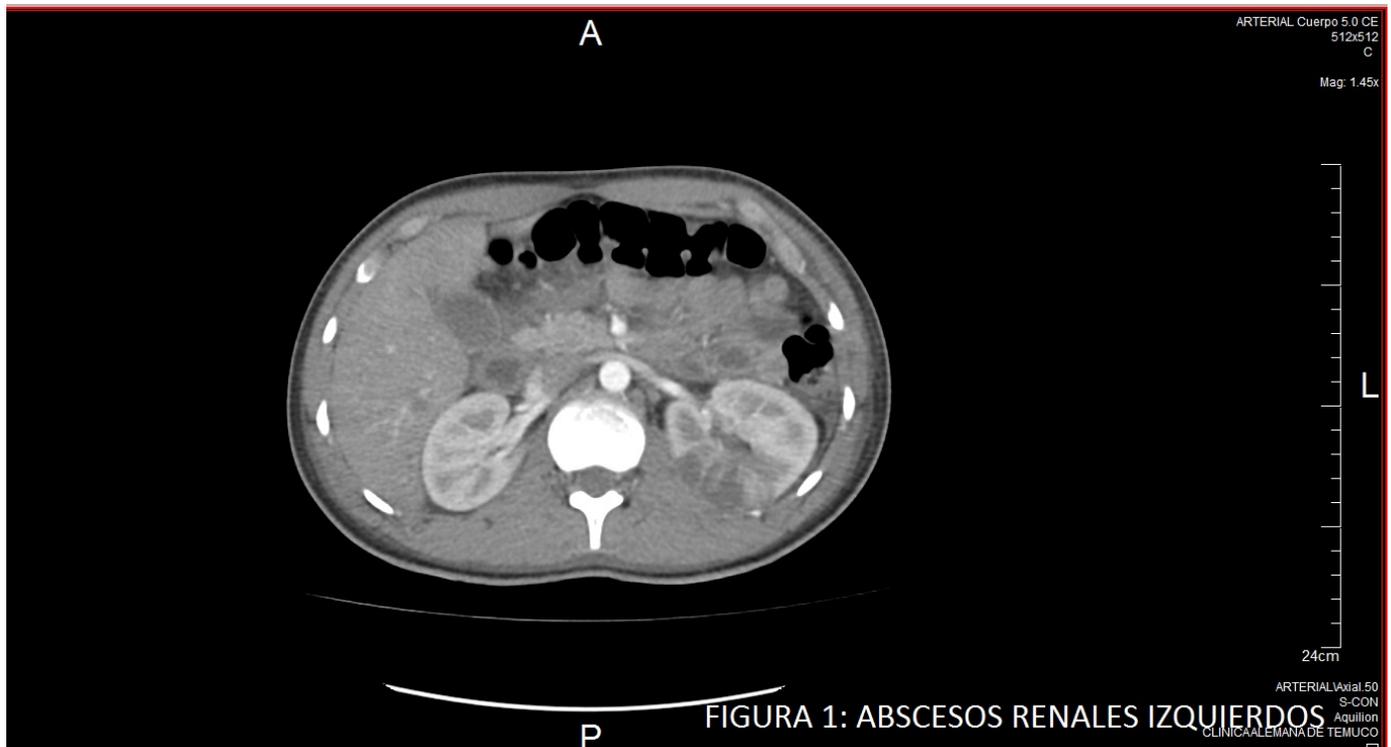


Figura 1.

Información sobre el artículo

Recibido el 18 de septiembre de 2016.

Aceptado el 24 de octubre de 2016.

Publicado el 29 de noviembre de 2016.

Autor corresponsal: Juan Umaña Rodríguez; juan.umanar90@gmail.com

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

El reporte de caso cuenta con el Consentimiento Informado correspondiente.

Citar de la siguiente forma en formato de la National Library of Medicine (Vancouver):

Umaña J, Guíñez V, Lincaqueo J, Calderón R, Aguilar M. Abscesos renales en varón de 18 años sin comorbilidades. Rev Chil Estud Med. 2016 Nov;9(3):453-458.



Referencias

1. Mnif MF, Kamoun M, Kacem FH, et al. Complicated urinary tract infections associated with diabetes mellitus: Pathogenesis, diagnosis and management. *Indian J EndocrinolMetab.* 2013;17:442-5.
2. Ko M, Chiu A, Liu C, Liu CK, Woung L, Yu L. Effect of diabetes on mortality and length of hospital stay in patients with renal of perinephric abscess. *Clinics.* 2013; 68(8):1109-14
3. Maldonado E, Ixquiac G, López V, Serrano E. Absceso perirrenal: factores asociados a su desarrollo y mortalidad. *ArchEsp Uro.* 2008;61(1):7-12
4. Gardiner R, Gwynne R, Roberts S. Perinephric abscess. *BJU Int.* 2011;107(3):20-3.
5. Fullá OJ, Storme CO, Fica CA, et al. Abscesos renales y perirenales: análisis de 44 casos. *Rev Chil Infect.* 2009;26:445-51.
6. Maldonado-Alcaraz E, Ixquiac-Pineda G, López-Sámano V, et al. Perinephric abscess: Associated factors and mortality. *ArchEspUrol.* 2008;61:7-12.
7. Couselo M, Dominguez C, Estornell F y GarciaIbarra F: Tratamiento conservador de un absceso renal múltiple. *Cir Pediatr* 2013;26:150-2
8. El-Nahas AR, Faisal R, Mohsen T, Al-Marhoon MS, Abol-Enein H. What is the best drainage method for a perinephric abscess? *Int Braz J Urol.* 2010;36:29-37.
9. Ávila-Bozaa MP, y Guido-Orti MC. El absceso perirrenal, ¿búsqueda o hallazgo? *Rev Mex Urol.* 2014;74(6):360-363.
10. Romero Pérez P, Lapuerta Torres FE, Navarro Antón JA, Amat Cecilia M, Merenciano Cortina FJ y Ferrero Doria R. Absceso renal estafilocócico tras forunculosis cutánea. *REVISTA CHILENA DE UROLOGÍA.* 2015;80(1):26-30.
11. Jimenez Velasco I, Rodriguez Cola M, Navarro Osuna C, Lizcano Lizcano A, Andres Fernandez M, Piqueras Martinez A, Peiro Jesus M, Gonzalez García M. Abscesos renales. Descripción de 19 casos en Toledo. *Rev Clín Esp* 2014;214(Espec Congr):358

