

11227

28
8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General del Centro Médico Nacional

LA VARIADA EXPRESION CLINICA DEL ABSCESO PERIRRENAL.

Informe de ocho casos Atípicos en Pacientes Diabéticos

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de la Especialidad en:

MEDICINA INTERNA

presenta

DR. VICTOR MANUEL BARRAGAN BIRRUETA

Asesores: Dr. Alberto Lifshitz G.

Dr. José J. Halabe Ch.

México, D. F.

Def. No. 8
México, D. F.
C. M. N.
Medicina Interna
MAR. 13 1987 *
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
Jefe del Departamento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

	Pág.
Indice de cuadros.	II
Generalidades.	1
Antecedentes históricos.	4
Etiología.	7
Patogenia.	10
Manifestaciones clínicas.	15
Exámenes de laboratorio y gabinete.	19
Tratamiento.	22
Pronóstico.	26
Material y método.	28
Discusión.	35
Conclusiones.	41
Recomendaciones.	43
Bibliografía.	44

INDICE DE CUADRO.

CUADRO	TITULO	Pág
1	Diagnóstico erróneo en casos de abse <u>so</u> perirrenal reportados con más fre <u>cuencia</u> .	18
2	Características de los casos.	34

GENERALIDADES

El absceso perirrenal es una entidad nosológica caracterizada por la infección de la grasa perirrenal a través de la siembra hematógena bacteriana o bien, por extensión de un problema infeccioso del riñón u. órganos vecinos. Desde varias décadas atrás es bien conocido el hecho de las variadas e inconstantes formas de presentación del absceso perirrenal y como consecuencia de estos, las dificultades para el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz (1, 2). Estas dificultades en el diagnóstico han originado que este problema sea visto cada vez con más frecuencia por servicios de Medicina Interna (3).

Con los siguientes fragmentos de publicaciones sobre absceso perirrenal a lo largo de la mayor parte de este siglo, se puede ilustrar las dimensiones del problema, la responsabilidad del médico y su incapacidad para llegar al diagnóstico en la mayoría de los casos:

"El reporte adjunto de un estudio de 83 casos de absceso perirrenal vistos en los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital Bellevue durante 10 años anteriores, parecen de interés particular, ya que es punto fuera de estadística la posible confu---

fusión de síntomas, las dificultades encontradas para el diagnóstico, el carácter y la alta incidencia de complicaciones, y finalmente, que en un tercio de los casos, la autopsia reveló la lesión (insospechada en vida) ya como la causa directa de muerte o como complicación fatal de la enfermedad" (1).

El mismo Campbell agrega más adelante: "Hay, verdaderamente, pocas lesiones en las cuales el diagnóstico pueda ser más difícil que en el absceso perirrenal". (1).

Hotchkiss lo expresa de la siguiente manera: "Hay pocas enfermedades que le den al urólogo más dificultades en el diagnóstico, y en la cual los métodos precisos de diagnóstico urológico le sean de tan poca ayuda como en el absceso perirrenal". Respecto a las manifestaciones clínicas de este problema el mismo autor refiere: "La historia de quejas puede ser múltiple, intensa o ligera, y son notorias por su inconsistencia" (2).

Salvatierra al inicio de su publicación, por su parte expresa lacónicamente su preocupación y el fracaso frecuente en el manejo del problema como sigue: "Con su inicio insidioso, sintomatología variable y baja frecuencia de reconocimiento, el absceso perirrenal continúa siendo un problema diagnóstico mayor, que da lugar a un diagnóstico equivocado y retardado, que frecuente -

mente resulta en un desastre terapéutico a pesar de terapia antibacteriana sofisticada" (3).

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La primera evidencia del absceso perirrenal es de 1474, cuando el cirujano francés Germain Colot práctico por primera vez una incisión en el costado para drenar un absceso alrededor del riñón a un prisionero llamado Franco-Archer de Neudon. Luis XI concedió la libertad al prisionero a cambio de permitir que se le practicara dicho procedimiento. El cirujano reportó lo siguiente: "El paciente resistió admirablemente la operación" (4). En los 300 años posteriores a estos, los cirujanos efectuaron el procedimiento de drenaje lumbar, sin saber lo que estaban haciendo (4). Hevin en 1757, señaló que los cirujanos en aquel tiempo estuvieron operando absceso perirrenal bajo la impresión de que los cálculos renales tomaron su origen en una bolsa de pus situada alrededor o detrás del riñón; de aquí la necesidad según Hevin, de abrirse paso através de la pelvis renal para extraer los cálculos en ella (5). No fué hasta 1905 cuando Israel demuestra la relación de la infección estafilocócica de la piel y la presentación del absceso cortical renal, lo cual fué un avance en la comprensión de la patogenia tanto de éste como del absceso perirrenal (6).

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES.

La incidencia de la enfermedad hasta mediados de siglo era calculada en 0.04% de los ingresos a un hospital (7) y el 0.2% de los procedimientos urológicos (8). Posteriormente Thorley en 1974 refiere un incremento en la incidencia, la que pasó del 0.9 por año por 10,000 ingresos en el período de 1950 a 1960 a 1.3 casos por año por 10,000 ingresos de 1970 a 1974 (4). Sin embargo, hay impresiones muy contradictorias en la incidencia del absceso perirrenal (9, 10).

En cuanto a la afección por sexos, desde principios de siglo se reporta que el absceso perirrenal es más frecuente en el hombre, con franco predominio sobre la mujer (1); predominio que se ha perdido según reportes recientes donde se señala una frecuencia ligeramente mayor para el hombre (3), mientras que otros señalan predominio franco de la mujer (11, 12, 13).

La edad de presentación es muy variable. Los casos extremos reportados son de 13 días (1) hasta 84 años (2). En el primer tercio del siglo la edad de presentación más frecuente fue de los 20 a los 40 años; mientras que después de mediados de siglo se ha observado un incremento en la octava década de la vida (3).

El riñón que se afecta con más frecuencia es el derecho, con solo un predominio discreto respecto al izquierdo; mientras que la afección bilateral solo alcanza el 2% de los casos. La mortalidad no se ha modificado básicamente a lo largo del siglo y es de alrededor del 50% (4).

ETIOLOGIA.

El agente etiológico del absceso perirrenal ha cambiado como consecuencia del cambio de la patogenia de la enfermedad. Campbell en 1930 reporta que los organismos implicados en este problema fueron *S. aureus* (80%), Cocos gram positivo y *Bacillus Coli*. El punto de partida de la infección fué la piel y vías respiratorias altas fundamentalmente; sin embargo, en ese estudio no se identificó el agente causal en la mitad de los casos (1). En la actualidad los agentes etiológicos reportados con más frecuencia son *Proteus*, *E. coli* y otras *Enterobacterias*, mientras que el *S. aureus* alcanza el 8.5% (3, 11). La infección por hongos como *Candida sp.* (14), *Torulopsis glabrata* (15, 16), *Actinomyces bovis* y anaerobios (8) se reporta esporádicamente. Los reportes de cultivos estériles del absceso perirrenales (3) podrían corresponder a abscesos postratamiento o bien infecciones por hongos y/o anaerobios. El empleo de métodos apropiados de muestreo y cultivos para anaerobios y hongos permitiría conocer la verdadera frecuencia de estos agentes. Con este fin, entre otros, la punción del absceso perirrenal guiada mediante ultrasonido permite descartar con mayor frecuencia casos de absceso perirrenal producido por anaerobios (10). La flora polimicrobiana se reporta en 20% o menos de los casos (3).

Las enfermedades de las vías urinarias que se han reportado con más frecuencia como predisponentes al absceso perirrenal son: Litiasis renal (24%), hidronefrosis no calculosa (22.5%), pielonefritis supurativa (12%), litiasis ureteral (9.6%) (3); - otras de menos frecuencia son las siguientes: Carbunco renal, riñón poliquístico, hipertrofia prostática y carcinoma renal (3, 4).

La frecuencia con que se reporta absceso perirrenal en diabéticos es muy variable y va desde una frecuencia tan baja como 7% (3), intermedia con un 35% (4) y tan alta como el 100% que reporta Plevin (17), solo que ésta última no refleja necesariamente la frecuencia del problema por tratarse de un reporte exclusivo de pacientes diabéticos. Es un hecho por demás conocido, la frecuente infección urinaria en el paciente diabético cronicamente descontrolado, y de ahí la importancia como enfermedad predisponente; aunque, como se puede observar por lo expuesto más arriba, los reportes hasta el momento no aportan una visión global de la incidencia de este problema en diabéticos, al menos actualizada.

Dentro de las causas raras del absceso perirrenal se encuentra la asociación de CUCI con colectomía y desarrollo de absceso perirrenal en el postoperatorio tardío por probable dise

minación linfática de la infección desde el espacio paracolónico (18). El absceso hepático amibiano se ha reportado también como predisponente, con la formación de absceso perirrenal por cualquiera de estos tres probables mecanismos: Ruptura hepática y drenaje a espacio perirrenal, hematógeno y diseminación -- linfática (19).

PATOGENIA.

La patogenia del absceso perirrenal se basa fundamentalmente en dos mecanismos de infección. El hematógeno y el de extensión directa o quizá de una infección renal, de las vías urinarias o de los órganos vecinos. Antiguamente el primero de ellos constituía hasta el 80% de los casos (1) y con el paso del tiempo ahora alcanza solo del 1 al 18% en estudios recientes (11, 20); la causa probable de este cambio se ha atribuido al amplio uso de antimicrobianos. La bacteria implicada en este mecanismo hematógeno de siembra perirrenal es casi siempre el *S. aureus*, y con menor frecuencia otros cocos gram positivos.

El segundo mecanismo por el que se produce la infección perirrenal obedece a la propagación hacia este espacio de la infección desde un Absceso Cortical Renal, Absceso Subcapsular, Pionefrosis o Pielonefritis por drenaje directo através de la cápsula renal o drenaje linfático. Este mecanismo es el que prevalece en caso de infecciones de órganos vecinos que invaden el espacio perirrenal. A esto se debe el hecho de que los organismos infectantes sean bacterias gram negativas, anaerobios y en otros parásitos como *E. histolytica*. El porcentaje de gram negativo como causa del absceso perirrenal en la actualidad es de por lo menos el 80% (4). Es importante mencionar sin embargo, que existen -

reportes en donde no ha sido posible establecer el origen del absceso perirrenal. Campbell en 1930, reporta hasta el 50% de sus casos son identificación del foco primario (1); Salvatierra los reporta tan solo en 5.5% en 1967 (3), Thorley en 5.7% (4) y Truesdale en el 11% en 1977 (11). Esto, puede deberse a que la participación de la infección urinaria ligada al absceso perirrenal es más difícil de pasar por alto en comparación con la facilidad con que una infección superficial de la piel, boca o vías respiratorias altas, pueda pasar desapercibida y deje de relacionarse con la infección perirrenal a través de una siembra hematogena. Es evidente además de lo anterior, que el uso frecuente de antimicrobianos ha reducido la frecuencia del mecanismo hematogeo en proporción más o menos semejante a la reducción de casos en los que no se identifica el foco infeccioso.

Con el fin de ilustrar mejor algunos aspectos de la patogenia, especialmente los relacionados con la extensión local de la infección, es conveniente revisar someramente la anatomía perirrenal.

Los riñones están ubicados profundamente en el retroperitoneo, en relación por arriba con el diafragma, por dentro con la columna y músculo psoas, por atrás y afuera con la fascia --

transversalis, por abajo con la prolongación inferior del espacio perirrenal, por delante es diferente para cada riñón. En el riñón derecho e izquierdo aunque en proporciones diferentes en su polo superior están en relación con las cápsulas suprarrenales. El resto de la cara anterior del riñón derecho está en relación con el ángulo hepático del colon en su polo inferior, por dentro con la segunda porción del duodeno y el resto de la cara anterior con la cara posterior del lóbulo derecho del hígado. El riñón izquierdo, en su polo inferior está en relación con el ángulo esplénico del colon y la porción extrema izquierda del colon transversal, por dentro está en relación con la cola del páncreas, en su convexidad lo está con el bazo y su hilio, el resto de la cara anterior está en relación con el estómago. Los riñones están rodeados por la grasa perirrenal, limitada ésta a su vez por la cápsula perirrenal o fascia de Gerota. Esta fascia está compuesta por dos hojas o fascias (anterior y posterior), las que se unen por arriba de las cápsulas suprarrenales para cubrir después la cara inferior del diafragma; por abajo, se acercan ambas sin llegar a juntarse, formando el cono inferior o prolongación del espacio perirrenal; por último se fusionan débilmente con la fascia iliaca. Estas hojas o fascias perirrenales están en contacto con la grasa pararenal por delante, detrás y lateralmente. La unión medial y lateral de las hojas perirrenales con otras fascias y órganos crea los espacios perirrenales anterior y posterior, los que rodean el espacio perirrenal y contienen grasa retroperitoneal. La línea de unión -

medial y lateral de las hojas perirrenales con otras fascias u órganos crea los espacios pararrenales anterior y posterior, los que rodean al espacio perirrenal y contienen grasa retroperitoneal. La línea de unión de estas hojas perirrenales dan origen a su vez a la fascia lateroconal, la que se continúa por detrás del colon (ascendente o descendente según el lado) hasta fusionarse con el tejido conectivo retroperitoneal; quedando siempre separada de la fascia transversalis por la grasa pararrenal. La fusión medial de las fascias anterior y posterior es laxa a nivel del tejido conectivo periureteral, mientras que la fascia posterior lo hace firmemente con el psoas o cuadrado lumbar; la fascia anterior también lo hace firmemente con el tejido conectivo perivascular aórtico y de la vena inferior, de tal manera que la comunicación de ambos espacios perirrenales a través de la línea media no existe. Entre la fascia lateroconal, la unión medial de la fascia posterior al psoas y la fascia anterior forman la prolongación inferior del espacio perirrenal; prolongación que se encuentra anatómicamente mal estructurada a nivel de la fascia anterior, la que virtualmente permite la comunicación de los espacios a este nivel.

De esta manera quedan definidos el espacio perirrenal y su prolongación inferior, el pararrenal anterior y el posterior, los que juegan un papel muy importante en la limitación o diseminación de la infección; sirviendo como vías de entrada o salida de

misma, como por ejemplo: La prolongación inferior del espacio perirrenal drena hacia la fosa iliaca y muslo; el espacio pararenal anterior sirve como depósito y vía de transferencia de la infección procedente de los órganos con los que se relaciona el riñón en su cara anterior, polo superior e inferior, ésta -- transferencia habitualmente se hace al espacio pararenal posterior. Igualmente la infección puede proceder de los órganos pélvicos y drenar hacia el espacio perirrenal a través de la prolongación inferior del mismo. Anteriormente se mencionó la manera como se limita la diseminación de la infección en la línea media. La extensión de la infección desde el espacio perirrenal al tórax también es posible al espacio pleural o a los bronquios. Una vía más de drenaje es a través de la pared posterior del abdomen hacia el exterior o por último el drenaje anterior -- hacia la cavidad peritoneal o apertura a una viscera hueca (colon con más frecuencia) (21).

De acuerdo con lo anterior, se puede explicar entonces -- las múltiples condiciones en que puede presentarse como complicación la infección perirrenal, de ahí las variadas formas clínicas y la tan aludida inconsistencia de las manifestaciones en su presentación. No está por demás agregar que la situación -- retroperitoneal influya por sí misma en la pobreza de datos clínicos tempranos orientadores y de aquí el diagnóstico tardío, -- frecuentes complicaciones y tratamiento ineficaz.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

El cuadro clínico del absceso perirrenal, aunque en algunas épocas se llegó a referir como "clásico", siempre ha tenido un porcentaje alto de casos con presentación atípica (1). Actualmente se ha visto que la gran mayoría de los casos quedan fuera del cuadro descrito como clásico: Infección cutánea o urinaria seguido después de una o dos semanas por fiebre, dolor y masa palpable en uno de los flancos.

Las manifestaciones clínicas más constantes aún en la actualidad siguen siendo la fiebre, el dolor y la presencia de masa abdominal. Se debe aclarar que la fiebre (90%) es leve a moderada en la mayoría de los casos, mientras que anteriormente era moderada a leve por lo general. El dolor en la actualidad tiende a ser poco localizado o simplemente fuera del flanco (73%). La masa es de localización abdominal en un porcentaje bajo (35%) y en el flanco solo alcanza un 27% de los casos. Se ha observado cada vez con más frecuencia la presentación como Fiebre de Origen Oscuro (FOO) o Sepsis como se vió en el 45% de los casos reportados en el periodo de 1970-1974; lo que motivó entre otras formas atípicas de presentación, que el 65% de los casos se estudiaron en servicios de Medicina Interna y no en los quirúrgicos como era lo habitual (4).

Otras manifestaciones menos frecuentes son gastrointestinales (náuseas y vomito), urinarias (disuria, hematuria) pérdida de peso y debilidad generalizada (3, 4); los que por la frecuencia con que se asocian a otros padecimientos se les concede poco valor orientador. El diagnóstico erróneo más frecuentemente emitido en la mayoría de los reportes es el de la pielonefritis. El análisis de los casos de pielonefritis y absceso perirrenal únicamente arroja dos observaciones de utilidad para la sospecha de absceso perirrenal. La primera es que la sintomatología previa al ingreso es menor de cinco días en los casos de pielonefritis, mientras que en los de absceso perirrenal siempre es mayor de cinco días; la segunda de ellas, se refiere a que la duración de la fiebre una vez iniciado el tratamiento antimicrobiano es por lo menos cinco días en el absceso perirrenal y menos de cuatro en la pielonefritis aguda (4).

Las causas del cambio a cuadros clínicos cada vez más -- abigarrados, con manifestaciones poco comunes del absceso perirrenal en la actualidad no se conocen. Es de suponerse que la disminución del mecanismo hematógeno de la producción de la enfermedad a tenido como consecuencia la disminución de los casos etiquetados como "clásicos"; además, el uso tan difundido de antimicrobianos, el empleo de esquemas de tratamiento antimicrobiano insuficientes, la selección de cepas bacterianas resistentes; pueden

ser factores que distorsionen la evolución habitual del absceso - perirrenal, haciendolo de difícil diagnóstico por detectarse en fases avanzadas, generalmente cuando ocurren complicaciones o bien - hasta la autopsia.

En el cuadro I se encuentran los diagnósticos erróneos -- más frecuentemente emitidos en los casos de absceso perirrenal de diversos reportes a lo largo del siglo.

CUADRO I.

Diagnósticos erróneos en casos de absceso perirrenal reportados con más frecuencia.

 APARATO URINARIO

Pielonefritis
 Urosepsis
 Hidronefrosis
 Litiasis ureteral obstructiva
 Cáncer vesical
 Riñón poliquístico
 Tumor renal
 Cáncer renal
 Hipernefroma
 Quiste hidatídico
 Quiste renal

APARATO DIGESTIVO

Intoxicación alimentaria
 Absceso apendicular
 Apendicitis aguda
 Tumor hepático
 Enf. vesícula biliar
 Cáncer del colon
 Hepatoesplenomegalia
 Pancreatitis
 Ascitis de origen desconocido
 Colecistitis

SISTEMA NERVIOSO

Meningitis
 Encefalitis
 Neuritis intercostal

APARATO CARDIOVASCULAR

Miocarditis
 Insuficiencia cardiaca, HAS.
 Endocarditis

APARATO RESPIRATORIO

Neumonía
 Empiema
 Influenza
 Derrame pleural en estudio
 Tuberculosis pulmonar
 Bronquitis

APARATO LOCOMOTOR

Mal de Pott
 Sacroileitis tuberculosa
 Enf. de la cadera
 Enf. quirúrgica de rodilla
 Fractura de fémur
 Piomiositis

VARIOS

Absceso subfrénico
 Fiebre tifoidea
 Absceso del psoas
 Tumor abdominal
 Paludismo
 Linfedema
 Trofoblebitis profunda
 Celulitis

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

De los exámenes básicos, las anomalías más frecuentes son: Anemia normocrómica hasta el 42% de los casos, generalmente ligera; leucocitosis variable, habitualmente moderada y es normal la cifra de leucocitos por lo menos en el 10% de los casos (4). El examen general de orina es anormal en tres cuartas partes de los casos, por la presencia de piuria, hematuria y/o proteinuria; los urocultivos son positivos en solo el 57% de ellos. la hiperazocemia se ve hasta en el 60% de los casos y generalmente es leve a moderada. El hemocultivo se reportaba positivo en un 23% de los casos, mientras que ahora es del 44% (3, 4).

Desde el punto de vista radiológico se han descrito muchos hallazgos que pueden sugerir el diagnóstico; mas sin embargo, el signo de más importancia es la fijación del riñón durante la inspiración y la espiración forzadas, en una urografía excretora, reportandose una sensibilidad de hasta el 100% (22), siempre y cuando se excluyan otras causas de fijación renal como la infección previa del espacio perirrenal, tumor renal, inmovilidad diafragmática y absceso subfrénico (5). Otros hallazgos como el borramiento del psoas, escoliosis antiálgica, borramiento parcial o total renal, cambios en el eje del riñón y litiasis en el área renal tienen solo valor relativo; mientras que la presencia de gas

perirrenal es de importante ayuda para el diagnóstico. Por otra parte, el hallazgo de extravasación del medio de contraste con anomalías pielocaliciales es una de las alteraciones más fidedignas en apoyo de absceso perirrenal (5).

En los casos que no se observa el sistema pielocalicial por urografía excretora es importante realizar la pielografía ascendente para conocer sus características.

La ultrasonografía es un método no invasivo y muy confiable para el diagnóstico de absceso perirrenal, el que se logró en el 92% de los casos reportados por Pitts en su estudio de 100 casos de absceso perirrenal (24). Una ventaja adicional de este método es la de poder guiar una punción para drenaje del absceso en pacientes gravemente enfermos con riesgo quirúrgico muy elevado (10, 12). Existe controversia en cuanto a la sensibilidad de la tomografía axial computarizada (TAC) versus la ultrasonografía en el diagnóstico de absceso perirrenal, sin embargo, Hoddick en su estudio reporta una serie de casos en los que comparativamente la TAC tuvo una mayor sensibilidad, con mejor resolución en las lesiones; aunque esto debe tomarse con precaución por tratarse de un estudio con una muestra reducida, por otra parte, es bien conocido que existen características del paciente que en un momento dado pueden favorecer el empleo de uno u otro

método, como sucede con la presencia o no de gas abdominal, o bien la cantidad de grasa corporal del paciente entre otras (25). Otra opción más para el diagnóstico es la gamagrafía con Galio-67 que ha sido muy útil en casos seleccionados en los que el ultrasonido, la urografía excretora, la nefrotomografía y la arteriografía no fueron suficientes para llegar al diagnóstico (18).

La arteriografía es un estudio propiamente en desuso para estos problemas, tanto por ser invasivo, como por el hecho de que la imagen angiográfica no siempre es suficiente para diferenciar un proceso inflamatorio de uno neoplásico (26, 27), especialmente de un tumor poco vascularizado o con amplia necrosis (28).

TRATAMIENTO.

El tratamiento del absceso perirrenal en todos los casos es quirúrgico. En 1953 Hotchkiss al hablar del tratamiento del absceso perirrenal define claramente el proceder del médico y su posición de la siguiente manera: "La condición del paciente puede limitar la cirugía al mínimo, pero nunca es demasiado tarde para operar un absceso perirrenal" (2).

Los procedimientos habituales son la incisión y drenaje lumbar, con o sin nefrectomía, lo que se decide en el transoperatorio de acuerdo a las condiciones del riñón afectado y el estado de gravedad del paciente. Otra alternativa es la punción dirigida por ultrasonido o TAC y drenaje con colocación de un cateter para realizar lavados através del mismo. Algunos autores utilizan el lavado por el cateter con la aplicación de antimicrobianos, mientras que otros lo realizan sin ellos. Esta alternativa de manejo del absceso perirrenal se ofrece preferentemente a los pacientes en estado crítico además con el manejo antimicrobianos, en un intento de mejorar sus condiciones al grado de permitir una intervención quirúrgica mayor en un segundo tiempo. Una ventaja adicional con esta modalidad de tratamiento es el poder obtener una muestra adecuada de las secreciones para el cul-

tivo de anaerobios (10, 12).

Es importante mencionar que el manejo exclusivo mediante punción con drenaje y antimicrobianos se ha seguido por recidiva del absceso en algunos casos como los reportados por Laor, quien recomienda no utilizar este procedimiento como única forma de manejo, al menos en aquellos casos en el que el absceso es muy grande y multilobulado, en los abscesos que se han desarrollado en áreas de cirugía previa o en los que se han formado alrededor de un cuerpo extraño; casos, en los que se debe considerar como primera opción el drenaje abierto (29).

Hay reportes esporádicos de manejo exitoso exclusivamente de manejo médico; sin embargo, la experiencia ha dejado una mortalidad muy elevada cuando se manejan los casos de absceso perirrenal solo con antimicrobianos. Por otra parte, se ha demostrado que no existe diferencia en el curso hospitalario si se uso esquema antimicrobiano o no, y aún, si no se usaron antimicrobianos (3, 5). Una salvedad a lo anterior, sería quizá, el uso de penicilinas sintéticas resistentes a penicilinasas, como en el caso de infección por *S. aureus* (3).

La exploración quirúrgica del espacio perirrenal de mane

ra exhaustiva es una condición importante para asegurarse de un buen drenaje del material purulento, con lo que la evolución en estas condiciones habitualmente es favorable. Es por ello que Hotchkiss recomendará: "Si hay suficiente evidencia de que existe un absceso perirrenal es mejor aspirar con el escalpelo" (2).

PRONOSTICO.

El pronóstico de los casos de absceso perirrenal generalmente es mejor en los pacientes que tienen manifestaciones de un padecimiento urológico o quirúrgico y se manejan en los servicios correspondientes, mientras que en aquellos casos con cuadros abigarrados que tienen que estudiarse por servicios de Medicina Interna su diagnóstico y tratamiento generalmente es tardío; esto origina mayor frecuencia de complicaciones, especialmente sepsis y/o insuficiencia renal aguda con alta mortalidad. Cuando el origen es hematógeno el pronóstico suele ser mejor que cuando se origina como consecuencia de una infección de las vías urinarias o por extensión de la infección desde otros órganos. Otros factores de mal pronóstico son: La cetoacidosis diabética al ingreso hospitalario, la presencia de sepsis, temperatura mayor a los 40°C , cuenta leucocitaria mayor a 25,000, retención de azoos y hemocultivo positivo (4).

Una vez revisados los aspectos más importantes del absceso perirrenal y de señalar los cambios que se han presentado a lo largo del presente siglo tanto en la etiopatogenia, cuadro clínico, los medios auxiliares de diagnóstico, el tratamiento y, de enfatizar en la creciente dificultad para el diagnóstico temprano - sin variaciones en la mortalidad, se presenta aquí algunos casos-

de pacientes diabéticos con absceso perirrenal que ejemplifican-
lo anteriormente expuesto.

MATERIAL Y METODOS.

De los abscesos perirrenales diagnosticados en los servicios de Medicina Interna de los Hospitales General de Zona 1-A - "Los Venados" y General del Centro Médico Nacional del IMSS, se seleccionaron casos ilustrativos que originaron síndromes comunes en la práctica diaria de la medicina interna y distintos del cuadro clínico tradicional (Cuadro 2).

Caso 1.

Mujer de 68 años con diabetes tipo II, de 24 años de evolución, que ingresó al hospital con fiebre y dolor abdominal y lumbar izquierdo a la percusión, cuadro que se catalogó como pielonefritis aguda, la citología hemática mostró leucocitosis de 14,000/mm³ con neutrofilia y aumento de formas en banda; las determinaciones de glucosa, urea y creatinina sérica fueron normales. El examen de orina mostró abundantes leucocitos y bacterias; el urocultivo desarrollo más de 100,000 colonias de E. coli por mm³. La radiografía del abdomen fue normal. Se inició el tratamiento con Trimetoprim y Sulfametoxazol y, cinco días después, por persistencia de los síntomas, se realizó urografía excretora que mostró gas en el polo inferior del riñón izquierdo; se intervino quirúrgicamente y se encontró un absceso perirrenal que fue drenado.

Diez días más tarde, en un segundo tiempo se realizó nefrectomía.

Caso 2.

Mujer de 34 años con diabetes mellitus del tipo I de 14 años de evolución, que ingresó al hospital por dolor lumbar derecho de moderada intensidad, de tres días de evolución. La citología hemática y las determinaciones de glucosa, urea y creatinina sérica fueron normales; el examen de orina mostró eritrocituria leve; la placa simple de abdomen reveló litiasis renal derecha que se corroboró con la urografía excretora, en donde se observó que originaba obstrucción calicinal. Se intervino quirúrgicamente encontrándose, además de la litiasis, un absceso perirrenal. Se practicó nefrectomía. Dos días más tarde la paciente falleció con septicemia y coagulación intravascular diseminada.

Caso 3.

Varón de 57 años con diabetes del tipo II de 12 años de evolución, que ingresó al hospital por tumor palpable en hipocondrio derecho. La citología hemática, las determinaciones de glucosa, urea y creatinina sérica y el examen general de orina fueron normales. La placa simple de abdomen mostró una opacidad difusa de aproximadamente 10 cms de diámetro en el hipocondrio derecho.

No se observó aire en el retroperitoneo, y el ultrasonido reveló un tumor renal. Se intervino quirúrgicamente y se encontró un absceso perirrenal; se drenó el absceso del que se cultivó *E. coli* y se realizó nefrectomía. El paciente se trató con antimicrobianos y se encuentra en buen estado.

Caso 4.

Mujer de 51 años, diabética desde hacía 15 años, que ingresó al hospital por ictericia de cinco días de evolución. La citología hemática, las determinaciones de urea y creatinina sérica y el examen de orina fueron normales. Las pruebas funcionales hepáticas mostraron hipertransaminasemia y elevación moderada de la bilirrubina directa, datos que se interpretaron como hepatitis reactiva; la radiografía del abdomen fue normal. Diez días más tarde presentó dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen con irritación peritoneal localizada. Se practicó estudio ultrasónico que sugirió diagnóstico de absceso perirrenal. Se intervino quirúrgicamente, se corroboró la existencia de un absceso perirrenal y se drenó; en un segundo tiempo se efectuó nefrectomía. La biopsia hepática fue compatible con hepatitis reactiva.

Caso 5.

Mujer de 65 años con diabetes mellitus del tipo II de cinco años de evolución, que ingresó al hospital por cuadro de abdomen agudo de tres horas de evolución. La citología hemática mostró leucitosis de $17,000/\text{mm}^3$ con neutrofilia y aumento de las formas en banda, hiperglucemia de 340 mgs/dl y urea y creatinina sérica normales; el examen de orina solo mostró glucosuria. La radiografía de abdomen mostró una imagen de aire en el cuadrante superior derecho del abdomen, que se interpretó como perforación de víscera hueca. Se intervino quirúrgicamente y se encontró absceso perirrenal roto diseminado en retroperitoneo. Se realizó drenaje del absceso y nefrectomía. La paciente falleció 24 horas más tarde.

Caso 6.

Mujer de 58 años de edad con diabetes mellitus del tipo II de 17 años de evolución, que ingresó al hospital por aumento de volumen y crepitación en el muslo derecho que se extendía hasta la fosa ilíaca derecha. En la laparotomía se encontró absceso perirrenal que disecaba a la fascia de Scarpa y se extendía hasta el muslo. Se drenó el absceso y se efectuó nefrectomía; sin embargo, la paciente falleció dos días después.

Caso 7.

Mujer de 76 años con diabetes mellitus tipo II de 25 años de evolución, retinopatía diabética, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica, neuropatía diabética e insuficiencia arterial de miembros inferiores. Diez días antes de su ingreso presentó fiebre por lo que recibió penicilina, metronidazol y amikacina. Ingresó al hospital por persistencia de la fiebre y descontrol de la diabetes. La exploración mostró enfisema subcutáneo en cara anterior de tórax y las radiografías mostraron gas libre perirrenal y neumomediastino. Se drenó un gran absceso perirrenal izquierdo, pero la paciente falleció tres horas después de concluida la operación.

Caso 8.

Mujer de 68 años de edad con diabetes mellitus del tipo II de dos años de evolución que ingresó con fiebre como único síntoma; la exploración física fue normal. La citología hemática, las determinaciones séricas de glucosa, urea, creatinina y transaminasas, el examen general de orina y los cultivos de sangre y orina fueron negativos. La radiografía del abdomen, la urografía excretora y el ultrasonido también fueron normales. Diez días más tarde la paciente falleció. El estudio anatómico patológico mostró un absceso perirrenal únicamente y manifesta -

ciones histológicas de coagulación intravascular diseminada.

CUADRO 2.

Características de los casos.

Caso No.	Edad (años)	Sexo	Cuadro clínico predominante
1	68	Femenino	Pielonefritis aguda
2	34	Femenino	Litiasis renal
3	57	Masculino	Tumor palpable
4	51	Femenino	Hepatitis reactiva
5	65	Femenino	Abdomen agudo
6	58	Femenino	Piomiositis y celulitis por gérmenes productores de gas
7	76	Femenino	Enfiseema subcutáneo y neumomediastino
8	68	Femenino	Fiebre inexplicable

DISCUSION.

En el presente estudio se ejemplifica la tendencia al -- cambio en las manifestaciones clínicas que se han observado por -- varios autores durante por lo menos las dos décadas anteriores; como son las siguientes: Detección de casos de absceso perirre -- nal cada vez con más frecuencia en mujeres, edad más avanzada en -- los casos reportados, el estudio de estos pacientes cada vez con -- más frecuencia por servicios de medicina interna, cuadro clínico -- de presentación que sugiere una patología muy distinta, la inci -- dencia mayor en nuestro medio en pacientes diabéticos y la inva -- riabilidad de una mortalidad elevada a pesar de contarse con e -- quipo más sofisticado para diagnóstico, así como mejores técni -- cas quirúrgicas y anestésicas.

En el primer caso presentado, el cuadro clínico corres -- pondía a una pielonefritis aguda; diagnóstico erróneo más comun -- mente emitido en los casos de absceso perirrenal en toda su his -- toria. Era verdaderamente difícil pensar en una complicación -- como el absceso perirrenal en una paciente sin descontrol meta -- bólico y buenas condiciones generales; sin embargo, la persisten -- cia de la fiebre y el resto de la sintomatología por más de cin -- co días fué el dato que hizo sospechar la posibilidad de absceso -- perirrenal, habiéndose llegado al diagnóstico con relativa faci -- lidad.

En este caso se reúnen dos de las tres observaciones que realiza Thorley en su estudio, en donde compara las características clínicas de los pacientes con pielonefritis aguda y las de aquellos que con diagnóstico inicial también de pielonefritis aguda tuvieron como diagnóstico final de absceso perirrenal. Estas son: Un porcentaje elevado (44%) de estos pacientes eran diabéticos y la persistencia de la fiebre cinco días o más una vez instalado el tratamiento es frecuente en los casos de absceso perirrenal con diagnóstico inicial de pielonefritis aguda (4).

La importancia de este caso, es la de recordar el criterio de duración de la fiebre en las infecciones de las vías urinarias en relación con la posibilidad de la coexistencia de un absceso perirrenal; lo que llevaría a un diagnóstico temprano y evitar complicaciones que pueden ser fatales.

En el segundo caso, paciente también diabético, sin manifestaciones de descontrol metabólico, con datos clínicos, radiológicos y de laboratorio sugestivos de litiasis de las vías urinarias; sin evidencia urográfica de otra alteración sugestiva de absceso perirrenal. Se llevó a cirugía con el fin de liberar la vía urinaria y se encontró como hallazgo quirúrgico un absceso perirrenal. En esta ocasión el diagnóstico es totalmente circunstancial y solo guiado por la investigación y manejo temprano de u

na litiasis calicial obstructiva.

En este caso se reúnen dos de las condiciones más frecuentemente observadas por Salvatierra como predisponentes del absceso perirrenal; estas son: La obstrucción urinaria con hidronefrosis y la litiasis renal; a esta condición desde luego debe sumarse la infección (3). Bajo estas circunstancias debe sospecharse la posibilidad de absceso perirrenal. Desafortunadamente la paciente no presentaba evidencia alguna de un proceso séptico secundario. Este es el caso desafortunado en donde falta cualquier evidencia clínica o manifestaciones sugestivas de absceso perirrenal, y que a pesar del tratamiento temprano la evolución fue fatal a corto plazo (1).

La presentación del absceso perirrenal como tumor palpable en el hipocondrio derecho del abdomen sin sintomatología que oriente a la causa, sin alteraciones del laboratorio y solo corroboración radiológica, no se ha reportado en la literatura revisada hasta ahora. El diagnóstico se hizo por estudio ultrasonográfico de la masa. La razón del porque estos pacientes cursan afebriles o sin alteraciones detectables en los exámenes de rutina, es algo, para lo que no se tiene una explicación satisfactoria hasta el momento.

La hepatitis reactiva es un cambio potencialmente reversible en la fisiología y morfología hepática como consecuencia de la liberación de endotoxinas bacterianas; la que desaparece con la curación de la infección (30). Esta se ha reportado en infecciones de vías urinarias como la pielonefritis xantogranulomatosa, en cada uno de los 26 casos reportados por Malek (31); sin embargo, en la literatura revisada hasta la fecha esto no ha sido reportado con el absceso perirrenal. Es probable que en la evolución del absceso perirrenal, específicamente en aquellos casos complicados con septicemia cursen con este problema.

La expresión del absceso perirrenal como un síndrome abdominal agudo se ha reportado por otros autores como Campbell (1). Las manifestaciones clínicas son explicables por la localización de la colección purulenta en el espacio perirrenal y/o pararrenal anterior, inmediatamente por detrás del peritoneo parietal. En este caso la diseminación de la infección en el retroperitoneo, con amplia distribución del gas e irritación peritoneal, dió la impresión radiológica y clínica de un abdomen agudo por perforación de víscera hueca; aunque, la radiografía de abdomen con rayo tangencial pudo haber descartado esta posibilidad. Por otra parte, el desarrollo de coagulación intravascular diseminada inducida por endotoxinas bacterianas es un fenómeno bien conocido y causa de muerte en pacientes sépticos.

ESTA TESIS NO DEBE,
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En el sexto caso que se reporta, la infiltración del material purulento en el muslo llevó a varias consideraciones diagnósticas por diferentes servicios del hospital (médicos y quirúrgicos), hasta que finalmente se consideró la posibilidad de absceso perirrenal con drenaje através del cono inferior del espacio perirrenal hacia la fosa ilíaca, fascia de Scarpa y por último la infiltración del muslo en su totalidad. La radiografía del abdomen corroboró la sospecha por la presencia de abundantes gases perirrenal y posteriormente en la cirugía. Este mecanismo de diseminación de la infección es bien conocido y se favorece por la falta de fusión de las fascias anterior y posterior en la porción inferior del espacio perirrenal (21). Esto se ha reportado como una presentación poco usual del absceso perirrenal por Roberts y cols. (32), sin embargo, quizá no sea una forma tan rara de presentación, ya que por las mismas fechas que se presentó el caso discutido aquí, se tuvo la oportunidad de manejar otro caso con las mismas características.

La extensión torácica de un absceso perirrenal es un fenómeno desde hace mucho tiempo conocido (1). Sin embargo, esta extensión de la infección es generalmente por perforación diafragmática con drenaje al espacio pleural (2), formación de fístula bronquial (33); consolidación neumónica basal ipsilateral por probable drenaje linfático o implante por bacteremia (2). La extensión mediastinal y enfisema subcutáneo torácico secundario no

se reporta en la literatura. Es probable que la infección avance por el tejido retroperitoneal hasta el mediastino a través del hiato diafragmático posterior.

Los reportes de Fiebre de Origen Oscuro (FOO) no suelen incluir al absceso perirrenal en sus estadísticas como causa del síndrome (34-36); sin embargo, los reportes de FOO causados por el absceso perirrenal, estudiados en servicios médicos son cada vez más frecuentes. En la revisión de Thorley, refiere que el 8% de los pacientes con diagnóstico final de absceso perirrenal vistos en la década de 1950-1960, ingresaron al hospital como FOO o sepsis, mientras que, en el periodo de 1970-1974 el 45% de los casos de absceso perirrenal ingresaron con diagnóstico de FOO o sepsis y solo el 18% en ese mismo periodo tenía el diagnóstico inicial de absceso perirrenal (4).

CONCLUSIONES.

- a) El absceso perirrenal actualmente es el resultado de la extensión de una infección de las vías urinarias al espacio perirrenal y con poca frecuencia de una siembra hematógica bacteriana o extensión de una infección de órganos vecinos.
- b) Los agentes causales más frecuentes son gérmenes gram negativos, quedando por establecerse la frecuencia de anaerobios y hongos.
- c) Las manifestaciones clínicas cada vez son más inconstantes y se presentan como síndromes comunes al internista, lo que motiva que la mayoría de los casos se estudien en servicios de Medicina Interna.
- d) La condición o premisa más importante para el diagnóstico es tener en mente la posibilidad de un absceso perirrenal en un paciente con infección urinaria, FOO, tumor abdominal, dolor en cuadrante superior derecho, hepatitis reactiva, enfisema mediastinal, celulitis torácica, piomiositis, septicemia, abdomen agudo entre otras.
- e) El diagnóstico una vez sospechado puede apoyarse en la investigación de la inmovilidad renal mediante urografía ex-

cretora o bien, la búsqueda del absceso por medios más sofisticados como el ultrasonido o TAC de abdomen.

f) Además del manejo antimicrobiano, el tratamiento deberá ser siempre quirúrgico, teniendo en cuenta que la mejoría de las condiciones de un paciente séptico solo se logra con el drenaje del absceso.

g) El pronóstico hasta el momento no se ha mejorado y es probable que esto no se logre mientras el clínico y el cirujano sigan esperando un cuadro clínico "clásico" para hacer el diagnóstico de absceso perirrenal.

RECOMENDACIONES.

a) En todo paciente con infección de las vías urinarias altas con más de una semana de evolución, con mala respuesta al manejo antimicrobiano, o bien sea ésta recidivante, debe realizarse una urografía excretora con investigación de la movilidad renal.

b) En pacientes con patología urológica conocida, evolución atípica debe hacer sospechar e investigar un absceso perirrenal.

c) Además de las entidades urológicas predisponentes mencionadas en el texto, la presentación de cualquiera de los síndromes aquí informados debe hacernos pensar que puede tratarse de una de las variadas formas de presentación del absceso perirrenal.

d) Es necesario llevar a cabo un estudio prospectivo a largo plazo en pacientes con patología urológica, tanto en diabéticos como en no diabéticos, con el fin de tratar de definir las características clínicas y criterios orientadores al diagnóstico de esta entidad; cuya importancia por su gravedad y dificultades para el diagnóstico ha sido tratada en el texto.

BIBLIOGRAFIA.

1. Campbell NF: Perinephritic abscess, Surg Obstet Gynecol -- 51:674 (1930).
2. Hotchkiss RS: Perinephric abscess, Am J Surg 85:471 (1953).
3. Salvatierra O Jr, Bucklew WB, and Horrow JW: Perinephric abscess: a report of 71 cases, J Urol 98:296 (1967).
4. Thorley JD, Jones SR, and Sandford JP: Perinephric abscess, Medicine 53:441 (1974).
5. Morgan WR, Nyberg LM Jr: Perinephric and intrarenal abscess, Urology 26:529 (1985).
6. Graves RC, and Parkins LE: Carbuncle of the kidney, J Urol - 35:1 (1936).
7. Parks RE: The radiographic diagnosis of perinephric abscess, J Urol 64:55 (1950).
8. Le Comte RH: Perinephritis and perirenal abscess, J Urol -- 56:636 (1946).
9. Golden GT, Roberts TL III, Donato AT: Prolonged postoperative fever caused by a perinephric abscess, diagnosis by "Mantoux's sign", Am Surg 40:302 (1974).
10. Conrad MR, Sanders RC, and Mascards AD: Perinephric abscess - aspiration using ultrasound guidance, Am J Roentgenol 128:459 (1977).
11. Truesdale BH, Rous SH, and Nelson RP: Perinephric abscess: a

12. Elyaderani MK, Moneman J, Morgantown WVa: Value of ultrasonography, fine needle aspiration, and percutaneous drainage of perinephric abscesses, *South Med J* 78:685 (1985).
13. Finn DJ, Palestrant AM, and De Wolf WC: Successful percutaneous management of renal abscess, *J Urol* 127:425 (1982).
14. Tennant FS Jr, Remmers AR Jr, Perry JE: Primary renal candidiasis, *Arch Intern Med* 122:435 (1968).
15. Thompson WC and Brock JW III: *Torulopsis glabrata* perinephric abscess: a case report, *J Urol* 130:529 (1983).
16. Khauli RB, Kalash S and Young JD Jr: *Torulopsis glabrata* perinephric abscess, *J Urol* 130:968 (1983).
17. Plevin SN, Balodimos MC and Bradley RF: Perinephric abscess in diabetic patients, *J Urol* 103:539 (1970).
18. Hopkins GB, Hall RH and Hende CHW: Gallium-67 scintigraphy for the diagnosis and localization of perinephric abscess, *J Urol* 115:126 (1976).
19. Andrew WK and Thomas RG: Renal amoebic abscess detected on grey scale ultrasonography, *S A Med J* 59:571 (1981).
20. Anderson KA and McAninch JW: Renal abscesses: classification and review of 40 cases, *Urology* 16:333 (1980).
21. Thornbury JR: Perirenal anatomy: normal and abnormal, *Radiol Clin North Am* 27:321 (1979).
22. Mathe CP: diagnosis and treatment of perinephric abscess: renal fixation a new roentgenographic diagnostic sign, *Am J Surg* 36:35 (1937).

23. Pedersen JF and Hancke S: Renal carbuncle: antibiotic therapy-governed by ultrasonically guided aspiration, J Urol 109:777-(1973).
24. Pitts WR Jr et al: a review of 100 renal and perinephric sonograms with anatomic diagnosis, J Urol 114:21(1975).
25. Hoddick W et al: CT and sonography of severe renal and perirenal infections, AJR 140:517(1983).
26. Combs JA and Cossman FP: angiography in renal and pararenal -- inflammatory lesions, Radiology 98:401(1971).
27. Gilbert PG and Shirley SW: the use of angiography in the diagnosis of space occupying renal and perirenal inflammatory lesions, J Urol 110:11(1973).
28. Craven JD et al: acute renal carbuncle: the importance of pre-operative angiography, J Urol 111:727(1974).
29. Laor E, Schiffman Z and Reid RE: on percutaneous drainage of retroperitoneal collections: when is primary surgical drainage preferable?, Urology 26:114(1985).
30. Zimmerman HJ: Hepatotoxicity. Advance effects of drugs and other chemicals on the liver. Appleton Century Crofts Publishers Nueva York, 1978.
31. Malek RS, and Elder JS: Xanthogranulomatous pyelonephritis, a critical analysis of 26 cases and of the literature, J Urol 199:589(1978).
32. Roberts TL III, Golden GT and Alrich EM: Perinephric abscess: an unusual presentation, Am Surg 39:367(1973).

33. Nesbit RM and Keene CH:Perinephric abscess with bronchial fistula, J Urol 37:695 (1937).
34. Lifshitz A:Fiebre de origen obscuro en el adulto.Atención Médica, 1983;julio: 9.
35. Petersdorf DG,Beeson PB:Fever of unexplained origin.Report of 100 cases, Medicine 40:1 (1961).
36. Larson EB et al:Fever of undetermined origin: Diagnosis and follow up of 105 cases,1970-1982. Medicine, 1982;61;269.