

11246



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
Hospital de Especialidades Centro Médico
"La Raza"

Instituto Mexicano del Seguro Social

ABSCESO PERIRENAL EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE 72 PACIENTES

T E S I S

Que para obtener el título en la especialidad de:

UROLOGIA

Presenta

DR. OMAR GUILLERMO ESCORCIA QUIROZ



IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1986



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 está 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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
ETIOLOGIA	6
ASOCIACION	8
SINTOMAS Y SIGNOS	10
DIAGNOSTICO	14
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	18
CONDUCTA QUIRURGICA	21
TECNICA QUIRURGICA	22
CULTIVO	23
EVOLUCION	24
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS	30

*
*

I N T R O D U C C I O N

El absceso perirenal, aunque no es raro, es una enfermedad con una multitud de presentaciones clínicas. Son pocas las enfermedades que proporcional al urólogo dificultad en el diagnóstico y en las que métodos precisos de valoración urológica producen tan poca ayuda, como en el absceso perirenal.

La consecuencia en la falla del reconocimiento de la enfermedad puede muy probablemente resultar en fatalidad, de tal manera que corresponde al internista, cirujano general y principalmente al urólogo familiarizarse con la naturaleza caprichosa de la supuración perirenal.

El peligro en el diagnóstico ocurre a menudo por la consulta tardía al urologo, o por la falta de conocimiento de la enfermedad.

La historia registra que en 1474 un prisionero llamado Franco Archer de Meudon, le fue concedida la libertad por el Rey Luis XI por permitir al médico Germain Colot dejarle evacuar un absceso cerca del riñón, pero corresponde a Hevin en 1757 demostrar -- que muchos abscesos en los flancos comprometen el espacio perirenal y que estaban asociados con cálculos en el riñón.

Para entender la etiología, extensión y manejo de esta enfermedad supurativa, es necesario el conocimiento de la anatomía del espacio retroperitoneal.

El espacio retroperitoneal, esta situado entre y por debajo del peritoneo y la fascia transversales localizada esta anterior a la pared abdominal posterior. Por conveniencia, el retroperitoneo esta divi dido en espaci anterior y posterior. La porción pos terior subdividida en una parte anterior y otra posterior.

El espacio retroperitoneal anterior, esta situado entre el peritoneo y la fascia transversal y normalmente contiene el colon ascendente, duodeno, pancreas y colon descendente.

El espacio retroperitoneal posterior, esta forma do por la división de la fascia transversales en tres porciones, dos de las cuales son llamadas comparti--- miento anterior y posterior.

El compartimiento posterior del espacio retrope--- ritoneal posterior, solo es importante en el desarro--- llo de abscesos retrofaciales (abscesos del psoas, - musculo cuadrado lumbar e ilfacos).

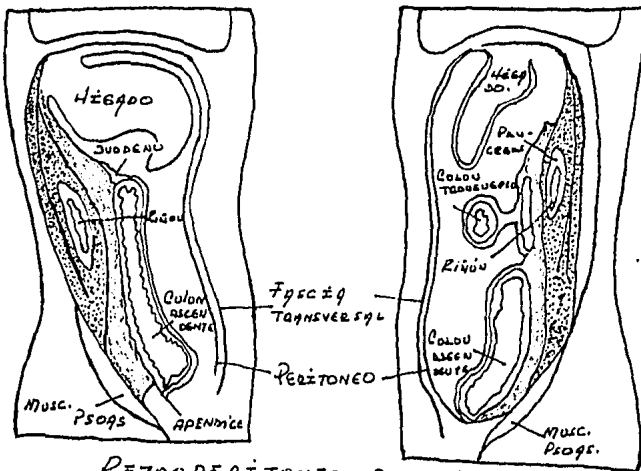
La porción anterior de este espacio posterior, es la que usualmente es considerado como Espacio -- Perirenal, que cubre el riñón y la fascia de Gerota. Las dos capas de esta fascia evitan algunas veces la extensión de el proceso supurativo por la fusión que ellas sufren por encima del diafragma y en forma separada penetran en la red abdominal. La anatomía del - diafragma predetermina mucho el curso y la línea de extensión de la supuración.

El proceso supurativo puede originarse en el riñón y desde ahí extenderse por vía sanguínea o linfática o por ruptura directa desde la corteza renal a la grasa perirenal. Este método de extensión directa ha sido clasificado como Absceso perirenal secundario.

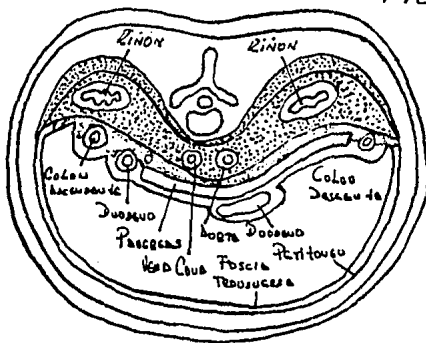
Existen buenas evidencias para creer que la diseminación hematogena puede ocurrir a la grasa perirenal de procesos supurativos a distancia. Esta --- inoculación metastásica es llamada Absceso perirenal Primario y un furúculo o un carbúculo puede ser el sitio de la infección aparente.

Una tercera vía es por extensión directa tales como ruptura de apendices retrocecales o procesos supurativos en el torax. La vía puede ser, primero que el tejido pararenal y de ahí a la grasa dentro del espacio perirenal.

La infección puede diseminarse en cinco direcciones desde los confines del espacio perirenal. Puede penetrar por debajo o dentro de los musculos-lumbares, también puede extenderse hacia abajo entre las capas de la fascia de Gerota para presentarse como un absceso en la ingle o en el área prevesical. La extensión también puede ser medial para atravesar el peritoneo y romperse dentro de la cavidad abdominal. La supuración puede infiltrar hacia arriba y producir un absceso subfrénico o penetrar a través del diafragma a la cavidad pleural y bronquial. Muy raramente el proceso supurativo puede romperse a colon.



RETROPERITONEO ANTERIOR Y POSTERIOR.



by R. de la Cruz.

E T I O L O G I A

La etiología bacteriana es la comunmente encontrada en la producción de la enfermedad.

Las bacterias aerobicas Gram negativas, principalmente la Escherichia Coli y el Proteus son responsables del tercio de todos los casos. Los cocos Gram positivo, más notablemente el Staphilococcus aureus -

se consideran como causantes del otro tercio de los casos. Las bacterias anaérobicas, principalmente -- el Bacteroides Fragiles ha sido reconocido desde el año 1897 como causante de absceso perirenal. Se han reportado casos raros de abscesos perirenales causados por infección secundaria por Actinomices Bovis.

A S O C I A C I O N

Los abscesos perirenales son más comunmente causados por la asociación de calculo renal y ureteral - con daño e infección renal secundaria y por hidronefro- sis de etiología no calculosa; muchos de estos casos- son secundarios a obstrucción de la unión ureteropie- lica u obstrucción ureteral extrínica. Otras enfer- medades significantes, incluyen la pielonefritis ---- aguda y crónica con cambios supurativos, carbunculo -

renal y enfermedad poliquistica con quiste infectado. De las enfermedades metabolicas, la que más frecuentemente se asocia con el absceso perirenal es la Diabetes Mellitus en 75% de los casos. Esta aparente - asociación comparada con la población en general puede estar relacionada patogénicamente a dos de los siguientes factores:

- I.- La alta susceptibilidad generalmente aceptada de los diabéticos a las infecciones, especialmente en los casos de pobre control - médico o episodios de cetoacidosis.

- II.- La alta frecuencia de infección del tracto - urinario en diabeticos comparadas con mujeres no diabeticas.

La total prevalencia de absceso perirenal en pacientes diabeticos, ha disminuido aparentemente en -- las últimas tres décadas debido al uso correcto de -- los antibióticos en las infecciones del tracto urinario.

SINTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas y signos no han sufrido cambios durante los años. La fiebre, el dolor y la masa palpable en uno de los flancos están presentes en el 90% de los casos.

La fiebre ocurre prácticamente en todos los pacientes con absceso perirenal y puede fluctuar en promedio entre 38°C y 40°C y por lo regular es de tipo séptico.

El dolor puede tener localización variable, pero se presenta más comunmente en flancos y angulo -- costovertebral. Puede estar localizado exclusivamente en abdomen y en esta forma presentarse en el cuadrante superior e inferior. Cuando se localiza en el lado derecho erróneamente se interpreta como enfermedad vesicobiliar o apéndiceitis.

El dolor inguinal o en el muslo puede ser debido fundamentalmente a la irritación de los nervios- iliohipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral o cutáneo femoral, por el mismo absceso.

La irritación del musculo psoas, y lumbar, -- puede producir dolor que es acentuado por la flexión lateral del tronco o por extensión del musculo ipsolateral.

Otros signos y síntomas aparecen, pero ellos a menudo llaman la atención por su carácter y severidad. Distensión abdominal, vómitos, tos, hipo, disnea, constipación o diarrea pueden incriminar el apén

dice, colon, pleura o pulmones. Malestar general, - pérdida de peso, escalofríos y sudoración pueden -- ser hallazgos prominentes.

Usualmente hay un número de quejas referidas - al sistema urinario como: aumento de la frecuencia-urinaria, disuria y hematuria que no están presentes, a menos que el riñón esté primariamente comprometido- con una lesión inflamatoria capaz de producir cistitis.

Los síntomas pueden estar resumidos como sigue:

- 1).- Dolor en la región lumbar que puede radiarse a abdomen y muslo.
- 2).- Acentuación del dolor con la hiperextensión del muslo correspondiente.
- 3).- Aumento o producción del dolor con movimiento lateral del tronco hacia el lado opuesto.
- 4).- Vómitos.

- 5).- Tos, hipo, disnea
- 6).- Constipación o diarrea
- 7).- Pérdida de peso
- 8).- Escalofrío y fiebre
- 9).- Aumento de la frecuencia urinaria, disuria y hematuria.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del absceso perirenal es a veces difícil, sin embargo puede ser hecho correctamente -- haciendo una correlación de los antecedentes patológicos del paciente, examen físico los datos de laboratorio y los hallazgos radiológicos.

Entre los antecedentes patológicos se puede mencionar las infecciones de vías urinarias a repetición,

diabetes mellitus, litiasis renouretrales, estenosis congénitas o extrínsecas de la unión ureteropiélica, obstrucciones posquirúrgicas o extrínsecas ureteral - estenosis de la unión ureterovesical y en raras ocasiones prostatismo con gran repercusión urodinámica.

Referente a los hallazgos del examen físico lo más importante es la fiebre de varios días de evolución, el dolor que es variable en localización e intensidad y la masa palpable en uno de los flancos. Se debe hacer énfasis que cualquiera de estos componentes pueden faltar al examen físico.

Radiológicamente se puede apreciar desde la placa simple de abdomen imágenes que sugieren la presencia del absceso como son: aire en la silueta renal, aumento del tamaño de la sombra renal, delimitación de la grasa perirenal y el clásico signo del "Panal de Abeja", borramiento de psoas del lado comprometido. En ocasiones el gas delimita el uretero ipsilateral y la vejiga.

Con el medio de contraste se puede observar retardo en la concentración y hasta eliminación de la función renal; independientemente puede haber imáge-

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de 72 casos de absceso perirenal que se manejaron por el servicio de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" en un período de 6 años (1980-1985).

Se tomó en cuenta la edad de los pacientes, -- sexos, patologías asociadas (diabetes mellitus, litiasis del tracto urinario, estenosis de la unión -- ureteropielica, estenosis de la unión ureterovesical, TB urinaria, prostatismo), cuadro clínico, estudios-

radiológicos tratamiento quirúrgico (Nefrectomía o drenaje y debridación del absceso dejando la herida abierta), complicaciones, cultivo del material purulento, tiempo de curación, mortalidad y morbilidad.

Se evalúan los resultados y se establecen conclusiones respecto al manejo que se lleva a cabo en nuestro servicio de Urología de esta entidad nosológica cuya incidencia es muy elevada en nuestro medio socioeconómico y cultural.

R E S U L T A D O S

De los 72 casos el 91.6% (66 casos) fueron mujeres y 8.33% (6 casos) hombres.

40 casos (55.56%) se presentaron entre 50 y 60 años de edad. 15 casos (20.83%) entre 40 y 58 años de edad. 12 casos (16.67%) más de 60 años y 4 casos (5.55%) entre 30 y 40 años y 1 caso (1.39%) entre 20 y 30 años de edad.

70 casos (97.22%) padecían diabetes mellitus y 2 casos (2.78%) no eran diabéticos y sin ningún antecedente concomitante que explicara el cuadro; ambos pacientes eran jóvenes uno menor de 30 años y otro menor de 40 años.

9 casos (12.5%) estaban asociados con litiasis en el tracto urinario del lado homolateral. Un caso (1.38%) se asoció con estenosis de la unión ureteropielica del lado afectado.

En general el cuadro clínico se caracterizó por dolor, masa palpable, dolor exquisito a la exploración de la región lumbar comprometida y en la mayoría de los casos una severa descompensación hidroelectrolítica como consecuencia de la enfermedad metabólica primaria (diabetes mellitus). Un buen número llegó al quirófano en acidosis metabólica y aún en coma diabético.

Respecto a los exámenes de laboratorio, los más llamativos eran la gran leucocitosis con neutrofilia, alteración que la química sanguínea (glicemia, urea,

creatinina) y anormalidades en las pruebas de coagulación (TTP y TP).

INCIDENCIA DEL DIABESO PEDI ESUPL POR EDAD

EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
20-30	1.	1.39
30-40	4	5.55
40-50	15	20.83
50-60	40	55.56
60 y más	12	16.67

DIABETICOS		NO DIABETICOS	
Nº DE CASOS	%	Nº DE CASOS	%
70	97.22	2.	2.78

Παθολογία Προβλήμα	Νόσησος	Ποσοστιαία
Λιτίπαις Υριητιπ	9	12.5
Εστενώνις δε υ. ρ.	1	1.38

* U. P. UNION URETEROPIELICA.

ΓΕΡΜΕΝΕΣ ΜΑΣ ΟΜΥΝΕΣ.	
ΕΣΧΕΡΙΔΙΑ ΟΛΙ.	86%
PROTEUS	10%
Διοειπδοσ	4%

CONDUCTA QUIRURGICA

Los 72 casos fueron llevados a cirugía de los -
cuales, 3 casos (4.1%) se le realizó nefrectomía de-
primera intención y el resto 69 casos (95.9%) drena-
je del absceso con despegamiento de la grasa perirre-
nal, lavado de cavidad con isodine, agua oxigenada y
solución fisiológica dejando tapado con compresas la
cavidad perirenal, retiradas 24 horas después de la
intervención y reemplazadas con tubos de drenaje y -
manteniendo la herida abierta.

TECNICA QUIRURGICA

Se practica el drenaje del absceso con una incisión lumbar subcostal a la 12a. costilla en semicírculo hacia abajo, realizando posteriormente dilatación de los planos musculares hata encontrar el espacio perirenal; se drena el absceso con despegamiento de la grasa perirenal, lavado de cavidad y colocación de compresas en la cavidad perirenal. La herida quirúrgica se deja abierta.

C U L T I V O

De los 72 casos a solo 36 (50%) se les pudo realizar cultivo del material drando; los restantes, algunos no se les tomó muestras y en otros la muestra se extravió ya que prácticamente la totalidad fueron intervenidos a altas horas de la noche.

El 86% de los cultivos reportaron Escherichia Coli, los restantes Proteus y Klebsiella Aerobacter y asociación del primero con estos últimos.

E V O L U C I O N

De los 3 casos a los que se realizó Nefrectomía - de primera intención fallecieron en las primeras 72 horas, los otros 2 cursaron con infección y dehiscencia de la herida quirúrgica la cual cicatrizó por segunda intención en un promedio de 10 semanas.

A los pacientes que se le realizó drenaje el -- 18.8% (13 casos) fallecieron dentro de los siguientes

7 días de la cirugía; 5 de ellos por no lograr recuperar su estabilidad metabólica y/o equilibrio ácido básico; 4 por choque septicémico, 3 por complicaciones cardiopulmonares y uno por coagulopatía de consumo.

El resto de los pacientes (56) a los que se les dejó la herida abierta tuvieron una estancia hospitalaria de 4 semanas en promedio continuando curaciones como externos y llegando a la cicatrización completa en aproximadamente 7 semanas, aunque hubo 2 casos que tardaron 24 semanas.

Excluyendo los pacientes que fallecieron, 10 que perdieron su control en la consulta externa y los 9-pacientes con litiasis que por esa misma razón requerían cirugía nos quedaron 37 pacientes, de los cuales 18 mostraron exclusión radiológica del riñón afectado previa a la cirugía y en controles posteriores solo 3 pacientes continuaban presentando exclusión radiológica comprobando con renogramagrama la falta de función del órgano; sometidos a nefrectomía con evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES

- 1.- El absceso perirenal es una entidad que se presenta con una frecuencia elevada en nuestro medio debido a las bajas condiciones socioeconómicas de la mayoría de la población que cubre el servicio de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" I.M.S.S.

- 2.- Se encuentra estrechamente ligada (97.2%) a la Diabetes Mellitus que pensamos sigue siendo territorio fértil para el desarrollo de las infecciones de las vías urinarias.
- 3.- El diagnóstico no siempre es fácil por las condiciones clínicas del paciente (descompensación metabólica) que relega a segundo término la sintomatología.

En nuestra experiencia, el estudio radiológico (placa simple de abdomen y Urografía excretora) ayudan a establecer un buen diagnóstico, por encima de otros medios como la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada. Este último debido quizás a una inadecuada interpretación.

- 4.- El drenaje quirúrgico del absceso perirenal es recomendable por encima de la nefrectomía por dos motivos importantes.
 - a).- La mortalidad y morbilidad es mas baja con el simple drenaje que con la nefrectomía - que al parecer se debe a, según el Dr. Da-

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

niel Hernández López, que la nefrectomía de-
ja un loculo (espacio virtual) donde se acu-
mula todo el exudado de los tejidos infla-
mados e infectados perpetuandose la infec-
ción y por ende persistiendo el foco infec-
cioso lo que prácticamente deja al pacient
en condiciones similares a la que presenta-
ban antes de la cirugía.

b).- Como se reporta, solo el 16.66% de los pa-
cientes a quienes se encontró exclusión ra-
diológica del riñón, previa a la cirugía -
llegaron a requerir nefrectomía meses des-
pués al comprobarse en el control de la --
consulta externa, la persistencia de la --
exclusión funcional del riñón, es decir que
un porcentaje muy elevado (83.3%) recupera-
ron integralmente la función en cuanto se -
controló el proceso infeccioso.

REFERENCIAS

- 1.- Bova, G., James: Renal and perirenal infection. The role of computerized tomography. *Jornal Urology* 1984, 133: 375-378.
- 2.- Campbell, M.T., Harrison: Perinephric abscess-Urology. 1978, Vol. 1: 708-712.
- 3.- Emmett, J.L.: Clinica urography. *Jornal Urology* 1971, Vol. 2: 809.
- 4.- Godec, C.J.: Diagnostic strategy in evaluation of renal abscess. *Urology*, Dec, 1981, Vol. 18:6, pp. 535-541.
- 5.- Guillen, Water Jay.: Renal and pararenal infections *Urologic Surgery* Second Edition. Chapter 120-126.
- 6.- Hernández, L.D.: Comunicación personal.
- 7.- Himmelfarb, R.E.: The roentegen features of renal carbuncle. *Jornal Urology*, 1972; Vol. 108-846-851.
- 8.- Hoddick, W.M.: Ct and sonography of severe renal and perirenal infections. *American Roctger Ray Society*. 1983, 149: 517-520.
- 9.- Hotchkiss, S.R.: Perinephric abscess. *Amer. J. Surg.* 1953, 85:471.
- 10.- Hoverman, I.V.: Perinephric abscess medicine. *Jornal Urology*, 1974, 53:441.
- 11.- Pelvin, N.: Sanford perinephric abscess in diabetic patients. *Jornal Urology*, 1969; 103: 539-543.
- 12.- Salvatierra, J.R. Oscar: Perinephric abscess: A report of 71 cases. *Jornal Urology*, 1966, 98:296-302.
- 13.- Segura, J.W.: Anaerobic bacteria in the urinary trac. *Mayo Clin Proc* 1972, 47:30.

- 14.- Serrallach, Pigrau: Perinephric abscess: A review of 50 cases. Med. Clin 198, Jul 15:77(3) 104-107.
- 15.- Schneider Morton.: Sonographic-radiographic correlation of renal and perirenal infections. Am J Roentgenol 1976, 127: 1007-1014.
- 16.- Thorle, J.D.: Perinephric abscess medicine. Journal Urology. 1974, 53:441.
- 17.- Truedale, H.Bruce: Perinephric: a review of 26 cases Journal Urology 1977, 116: 910-911.
- 18.- Wunderlich, F. Howard: Bacteroides fragilis perinephric abscess. Journal Urology, 1980, 123: 601-602.