

11209
239



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

ABSCESO PERINEFRITICO

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener la Especialidad de
CIRUGIA GENERAL

p r e s e n t a

DR. TAMEZ RIOS JOSE ARMANDO

Prof. encargado del Curso
DR. RAMON OROPEZA M.
Jefe del Servicio de Cirugía
C.H. Primero de Octubre

Prof. Director de la Tesis
DR. FRANCISCO GUTIERREZ G.
M. A. del Servicio de
Urología

[Handwritten signatures]



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



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.

"La verdad es el comienzo de todo lo bueno, tanto en el cielo como en la tierra, y aquel que quiera vivir bienaventurado y feliz deber ser desde un principio un partícipe de la verdad, pues entonces podrá tenerse confianza en él".

PLATON.

" Todo mundo desea saber,
pero nadie quiere pagar
el precio, el estudio ".

JUVENAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradezco de todo corazón a todos aquellos que con sus conocimientos siempre aportaron un grano de sal para ser de mi una persona digna a sus esfuerzos.

A mis padres y a mi esposa
con mucho cariño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Importante ha sido el estudio de los pacientes de absceso perinefrítico a través de la historia.

Cada vez que nos adentramos en ello encontramos muchos enigmas que con técnicas modernas se van descubriendo y que narramos en el transcurso de este estudio que hemos realizado, obedeciendo a un impulso de un mayor conocimiento del mismo y que viene de observar el padecimiento o sufrimiento de varios de éstos enfermos durante el transcurso de nuestra preparación .

Esperamos sea de utilidad para esclarecer la gran interrogante que la patología encierra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

PRIMERA PARTE

	PAGINA
I.- INTRODUCCION	2
II.- HISTORIA	3
III.- ANATOMIA	3
IV.- PATOGENESIS Y ETIOLOGIA	5
V.- DIAGNOSTICO	10
V.1.- CUADRO CLINICO	10
V.2.- EXAMEN FISICO	11
V.3.- LABORATORIO	11
VI.- RADIOGRAFIA	12
VII.- TRATAMIENTO	15
VIII.- COMPLICACIONES	16
IX.- MORTALIDAD	16

SEGUNDA PARTE

I.- REPORTE DE CASOS CLINICOS	19
II.- EVOLUCION PREOPERATORIA	30
III.- CIRUGIA	31
IV.- EVOLUCION POSTOPERATORIA	31
COMENTARIO	37
BIBLIOGRAFIA	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

PRIMERA

PARTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.- INTRODUCCION.

Definición.

Perinefritis o paraneftitis (del gr. para o al lado y nephros - riñón), puede ser definida como una inflamación alrededor o adyacente al riñón respectivamente, si la infección es localizada, entonces el término se ha considerado como absceso perinefrítico o perirrenal sobre todo si hay una colección del pus sellada en la grasa perinefrítica.

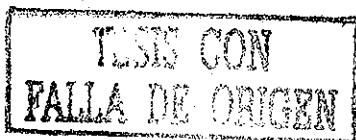
Poca o ninguna distinción son hechas en la literatura entre estas entidades, y, los términos son intercambiables (4).

La acumulación de un proceso infeccioso -en el espacio perinefrítico- con frecuencia producen un error de clasificación en signos y síntomas que van en detrimento del diagnóstico preciso (2,2)

"Hay pocas enfermedades que crean tanta dificultad en el diagnóstico para los urólogos como para otros especialistas como la - que nos ocupa, en la cual el método preciso del examen urológico nos provee de muy poca certeza" (2).

En juego la caprichosa presentación de la patología, que el error en el diagnóstico y tratamiento trae consigo graves consecuencias estando a prueba constantemente el juicio del médico haciéndose entonces apropiado, hacer una revisión de aspectos objetivos no sólo del proceso infeccioso y valorar una y otra vez la prueba que como auxilio utilizamos (1,2,3).

Cabe mencionar que el absceso perinefrítico es una patología - poco común y ocupa el 0.04% de las admisiones en hospitales (4).



II.- HISTORIA.

Un posible absceso perinefrítico es anotado en 1474 cuando un prisionero franco Archer de Meudon fué liberado por Louis-XI al permitir que el médico frances Germain Calot evacuara - un absceso cerca del riñón (1,2). Los hechos son muy pocos - precisos y hay cierta confusión en los diferentes reportes - con respecto a la evolución, lo que sí concluyen es que a - Archer le fué admirablemente (1,4). Por 300 años aparentemente los cirujanos no realizaron más que lo descrito anteriormente es decir, cortar sobre el músculo lumbar en todas aquellas o - peraciones del riñón (1,2). Para 1757, Hevin, fué el primero en describir y demostrar que el problema del proceso infeccio - so se debe a un cálculo y determinaba que éste se formaba en - un saco de material purulento o bien a un lado del riñón o - por atras del mismo (1,2,3). Fué el mismo quien describió la necesidad de entrar y remover la substancia del riñón y rati - rar el cálculo motivo de la patología.

En 1897 se hace el primer reporte de infección por anaero - bios en un paciente diabético (22).

En 1901, Israel fué el primero en reportar carbúnculo oca - cionado por Staphylococcus y éste es un proceso infeccioso - que forma micro y macro abscesos destruyendo la cápsula re - nal y el parenquima (6).

III.- ANATOMIA.

Es de vital importancia el reconocimiento de los puntos - claves en la anatomía del riñón y su protección, por lo que - referiremos un bosquejo de ellos.



II.- HISTORIA.

Un posible absceso perinefrítico es anotado en 1474 cuando un prisionero franco Archer de Meudon fué liberado por Louis-XI al permitir que el médico frances Germain Calot evacuara - un absceso cerca del riñón (1,2). Los hechos son muy pocos - precisos y hay cierta confusión en los diferentes reportes - con respecto a la evolución, lo que sí concluyen es que a - Archer le fué admirablemente (1,4). Por 300 años aparentemente los cirujanos no realizaron más que lo descrito anteriormente es decir, cortar sobre el músculo lumbar en todas aquellas o - peraciones del riñón (1,2). Para 1757, Hevin, fué el primero en describir y demostrar que el problema del proceso infeccio - so se debe a un cálculo y determinaba que éste se formaba en - un saco de material purulento o bien a un lado del riñón o - por atras del mismo (1,2,3). Fué el mismo quien describió la necesidad de entrar y remover la substancia del riñón y rati - rar el cálculo motivo de la patología.

En 1897 se hace el primer reporte de infección por anaero - bios en un paciente diabético (22).

En 1901, Israel fué el primero en reportar carbúnculo oca - cionado por Staphylococcus y éste es un proceso infeccioso - que forma micro y macro abscesos destruyendo la cápsula re - nal y el parenquima (6).

III.- ANATOMIA.

Es de vital importancia el reconocimiento de los puntos - claves en la anatomía del riñón y su protección, por lo que - referiremos un bosquejo de ellos.



Los riñones se encuentran situados a lo largo de los bordes de los músculos Psoas y por lo tanto colocados oblicuamente. - La posición del hígado hace que el riñón derecho quede colocado un poco más abajo que el izquierdo. El riñón adulto pesa al rededor de 150g.

Los riñones están sostenidos por la grasa perirrenal (que a su vez queda encerrada dentro de la fascia perirrenal), por el pedículo vascular renal, por el tono de los músculos abdominales y en general por el volumen de las vísceras abdominales. Las variaciones en éstos factores permiten cambios en el grado de movilidad, el descenso que como promedio experimentan los riñones durante la inspiración o al adoptarse la posición de pie es de 4-5cm. Si se corta un riñón longitudinalmente se le ve formado en la parte exterior por la corteza en la porción central por la médula e internamente por la pelvis y los calices. La corteza tiene aspecto homogéneo y se extiende en la parte hacia la pelvis, entre las papilas y fónices formando lo que se llama columna de Bertin. La médula consiste en numerosas pirámides, las cuales están formadas por los túbulos renales colectores que convergen para desaguar en los cálices menores.

El riñón está fijo en la fascia renal, que es una dependencia de la fascia propia subperitoneal, la cual al llegar al borde externo del riñón, se desdobra en una hoja anterior prerrenal y en una hoja posterior retrorrenal.

La hoja retrorrenal, después de cubrir al riñón por su cara posterior, va a fijarse a los cuerpos vertebrales y constituye la fascia de Zuckerkandl.



La hoja prerrenal cubre la cara anterior del riñón, se prolonga hacia la línea media, pasa por delante de los grandes vasos y va a confundirse con la homónima del lado opuesto, ambas hojas fibrosas se prolongan hacia arriba uniéndose la anterior con la posterior y con la cápsula suprarrenal para fijarse en la cara inferior del diafragma. En el polo inferior del riñón, las dos hojas pre y retrorenal se prolongan hacia abajo, abarcan entre sí tejido conjuntivo y se van adelgazando a medida que descienden, hasta perderse en el tejido celuloadiposo de la fosa íliaca interna. Ver esquema número 1 y 2 de anatomía.

Con esto comprendemos porque a veces encontramos síntomas de dolor por todo el retroperitoneo ya que el material purulento diseca por ambas fascias hasta pelvis.

IV.- PATOGENESIS Y ETIOLOGIA.

La iniciación es casi siempre la ruptura de un absceso en el parénquima renal ocupando el espacio perinefrítico, cerca de las dos terceras partes son considerados desarrollo por extensión directa de un proceso infeccioso y un tercio por diseminación hematológica, usualmente con focos de iniciación en la piel (3).

En 1930 como lo describe Campbell y 11 años más tarde Atcherson, la vía de producción de absceso era hematológica y describen que se habían producido por infección en piel como primer lugar y después dientes y problemas pulmonares en orden de importancia, el agente principal era Staphylococcus (3), a diferencia de reportes más recientes como 1967 (3), en un estudio de —

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La hoja prerrenal cubre la cara anterior del riñón, se prolonga hacia la línea media, pasa por delante de los grandes vasos y va a confundirse con la homónima del lado opuesto, ambas hojas fibrosas se prolongan hacia arriba uniéndose la anterior con la posterior y con la cápsula suprarrenal para fijarse en la cara inferior del diafragma. En el polo inferior del riñón, las dos hojas pre y retrorenal se prolongan hacia abajo, abarcan entre sí tejido conjuntivo y se van adelgazando a medida que descienden, hasta perderse en el tejido celuloadiposo de la fosa íliaca interna. Ver esquema número 1 y 2 de anatomía.

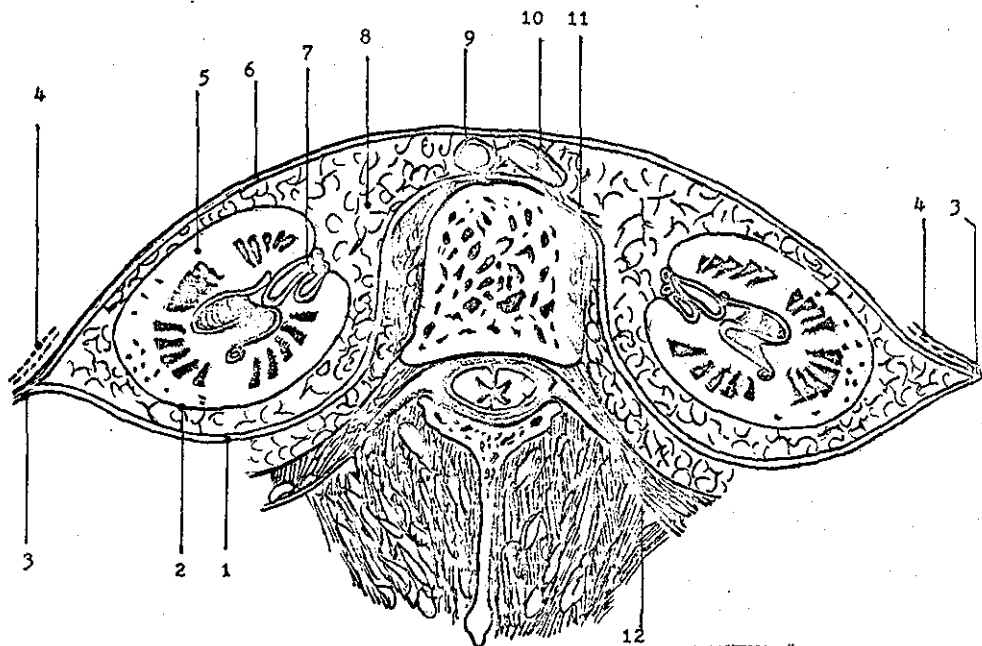
Con esto comprendemos porque a veces encontramos síntomas de dolor por todo el retroperitoneo ya que el material purulento diseca por ambas fascias hasta pelvis.

IV.- PATOGENESIS Y ETIOLOGIA.

La iniciación es casi siempre la ruptura de un absceso en el parénquima renal ocupando el espacio perinefrítico, cerca de las dos terceras partes son considerados desarrollo por extensión directa de un proceso infeccioso y un tercio por diseminación hematógena, usualmente con focos de iniciación en la piel (3).

En 1930 como lo describe Campbell y 11 años más tarde Atcheson, la vía de producción de absceso era hematógena y describen que se habían producido por infección en piel como primer lugar y después dientes y problemas pulmonares en orden de importancia, el agente principal era Staphylococcus (3), a diferencia de reportes más recientes como 1967 (3), en un estudio de —

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

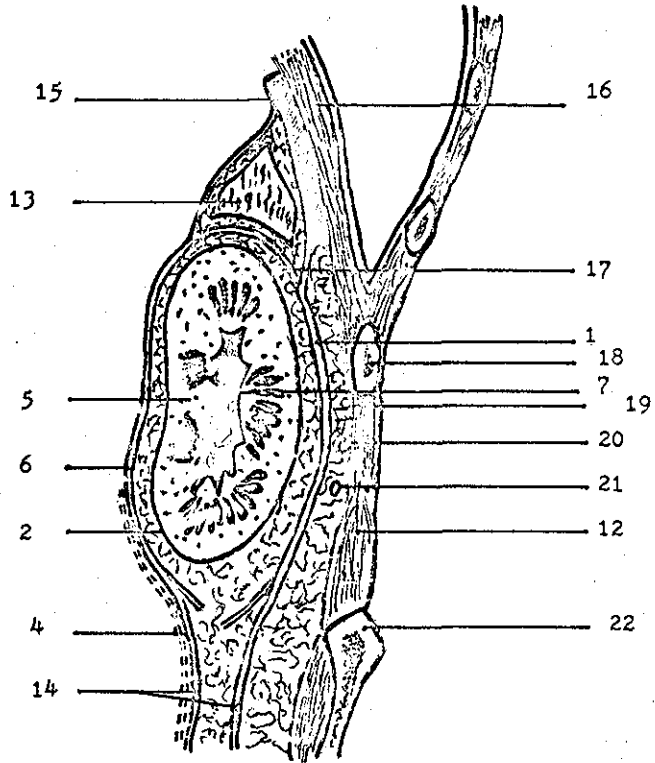


CORTE HORIZONTAL A NIVEL 1a LUMBAR.

ESQUEMA # 1

- 1.- HOJA POSTERIOR O APONEUROSIS DE ZUCKERKANDL.
- 2.- CAPSULA RENAL.
- 3.- FASCIA SUBPERITONEAL DESDOBLADA.
- 4.- PERITONEO.
- 5.- RINON.
- 6.- HOJA ANTERIOR DE LA FASCIA RENAL.
- 7.- SENO E HILIO RENAL.
- 8.- ATMOSFERA ADIFOSA PERIRRENAL.
- 9.- ARTERIA ACORTA.
- 10.- VENA CAVA INFERIOR.
- 11.- MUSCULO PSOAS.
- 12.- MUSCULO CUADRADO LUMBAR.
- 13.- CAPSULA SUPRARRENAL.
- 14.- PROLONGACION INFERIOR DE LA CELDA RENAL QUE SE PIERDE EN LA FOSA ILIACA.
- 15.- UNION SUPERIOR DE LAS DOS HOJAS FIJANDOSE EN EL DIAFRAGMA.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



- 16.- DIAFRAGMA.
 17.- HOJA INTERRENOSUPRARRENAL.
 18.- DECIMOSEGUNDA COSTILLA.
 19.- NERVIO DECIMOSEGUNDO INTERCOSTAL.
 20.- NERVIO ABDOMINOGENITAL MAYOR.
 21.- NERVIO ABDOMINOGENITAL MENOR.
 22.- HUESO ILIACO.

ESQUEMA # 2.

CORTE VERTICAL ANTERO-
 POSTERIOR DEL RIÑON.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

71 pacientes en que los principales agentes fueron gramn negativos como Proteus y E. Coli.

La alta frecuencia de problema obstructivo en las vías urinarias, como cálculos renales, ureterales etc, que ocasionan hidronefrosis, pielonefritis supurativas con un porcentaje de 83% a diferencia de 8.5% por infección hematógica.

Ahora se hace referencia que esta discrepancia sea debida a el advenimiento de los antibióticos (1,2,8,14).

Salvatierra y Bruce Bucklew en una revisión durante 12 años encuentran que la infección es más frecuente en adultos entre los 20 y 70 años pero tambien hay reportes en niños como ha sido descrito por Townsend en un infante de 5 meses y otro por De Sanctis de 6 meses, esto probablemente sea debido a que el espacio perirrenal del niño es mucho menor que el del adulto y la preponderancia a la infección surge de fuente extrarrenal o hematógica (3,1).

Por estudios realizados Jeffrey y Stephen en 46 casos lo más frecuente es en hombres y en estudio de Salvatierra son las mujeres en otros se hace mención de la mayor frecuencia de ésta última pero en mínima variación de porcentaje (2,4).

Se han realizado varias teorías con respecto a la formación del proceso infeccioso por vía hematógica y que resumiremos a contunuación (8) :

- 1.- Un émbolo puede ser atrapado en una pequeña arteria con infarto para proceder subsecuentemente a la formación del absceso.
- 2.- La arteria no está completamente ocluida por el émbolo pero las bacterias parten de éste o permite el paso de las mismas diseminandose y formando multiples abscesos en un área limitada o confluír y formar un gran absce-



so.

3.- Un grupo de microorganismos son atrapados en punto se multiplican y diseminan por vía linfática produciendo así muchas áreas de supuración que confluyen para un gran absceso.

Se habla también de la susceptibilidad a la infección en un paciente con traumatismo renal (14), y además la frecuencia aumenta en las personas diabéticas comparado con la población general postulándose tres factores (4,9).

a.- La susceptibilidad a la infección es más alta, especialmente en aquellos con pobre control o con períodos seguidos de cetoacidosis.

b.- La más alta frecuencia de infecciones del tracto urinario en diabéticos comparada con otras series de no diabéticos.

c.- El factor que influye para permanencia de la infección en vías urinarias es atribuible a la analgesia de la vejiga por cetonuria o por neuropatía diabética de acuerdo a un estudio por Sharkey y Root.

Los diferentes artículos no van en concordancia con los diferentes parametros del proceso infeccioso, por ejemplo unos mencionan que el lado derecho es el más afectado otros lo contrario y así si es en el polo superior o en el inferior, Salvatierra menciona el superior y Gaston Mendez Jr. 1979 el inferior (14), aunque hay que considerar que el estudio del primero es más importante con un mayor número de pacientes, de él mismo se reporta un 15% de diabéticos afectados y en cambio Jeffréy un 35% que ya es de importancia (3,4, 10) pero aún hay otros estudios en que se reportan hasta un 54.5% de afectados como lo estipula Sanffor en 1970 en una revisión de 19 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V.- DIAGNOSTICO.

El diagnóstico es difícil como se ha reportado prácticamente en todos los estudios realizados, sin embargo con cuidadosa correlación de la historia del padecimiento, exámen físico, laboratorio, radiografías y enfatizando en la observación en conjunto de todos los parámetros puede haber un mayor porcentaje de acierto.

El diagnóstico hecho en admisión es sólo en un quinto, después de admisión $1/4$, ocupa el 0.04% de todos los ingresos por año, es decir, en un estudio a 12 años ocupa 5.91%, en otro .57 y otro 2.3% ingresos por año (2,3,4).

V.1.- CUADRO CLINICO.

La enfermedad puede ser de evolución rápida o lenta, contener muchos síntomas o pocos y ser inconstante por lo que no se debe pasar por alto ninguna pregunta ni dar por acabado el estudio del paciente si la sintomatología continua o aumenta (1).

La historia clínica de una infección previa cutánea o de vías urinarias seguida de 1-3 semanas de fiebre y dolor no determinado en el flanco (2), debe hacernos cierta inducción al diagnóstico.

Aumento de volumen en el flanco, fiebre y dolor son los síntomas con mayor presentación, el dolor puede ser variable en localización, entre el flanco y costovertebral en su principal sitio (3).

A esto podemos agregar otros más, como disuria en un tercio de los pacientes, escalofríos en un cuarto de pacientes, nau-



seas y vomito en un quinto, dolor abdominal en un 15% y hematuria en 5% (2). También se marcan distensión abdominal, diarrea, tos, hipo, ataque al estado general, perdida de peso, diaforesis que hacen más confuso el cuadro clínico (1).

Aparte de la localización del dolor hay que atribuirle que es piedra angular del problema, su persistencia, su diversidad en intensidad y tipo del mismo, irradiación y presentación lo hacen considerarse síntoma difícil, así tenemos que puede aparecer en el ángulo costovertebral o exclusivamente el abdomen simulando abdomen agudo, o aparecer en el muslo sin más irradiaciones sólo con exacerbaciones a el movimiento, dar inconformidad en la región lumbar o flanco etc. (1).

V.2.- EXAMEN FISICO.

El examen puede revelar una tumoración visible lumbo-abdominal y a la vez datos de proceso infeccioso como rubor, edema, calor local, disminución de ruidos pulmonares o ausencia, elevación de hemidiafragma o hasta perforación dentro de la cavidad torácica, que puede ocasionar una disgregación de síntomas confundiendo el diagnóstico con problema intraperitoneal (1).

Dos terceras partes de los pacientes presentan aumento de volumen en el flanco, un tercio tiene dolor abdominal difuso o importante, un 5% tumor abdominal, la mayoría hipertermia y sólo un 15% afebril al ingreso.

V.3.- DATOS DE LABORATORIO.

La leucocitosis con neutrofilia en la mayoría de los pacientes (más del 50%), un cuarto de los pacientes con Hb menor —

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nor de 10, urea normal usualmente, anormalidades del exámen general de orina en dos terceras partes, piuria en dos tercios, - proteinuria y hematuria en un tercio (2). Urocultivo positivo - a gramm negativos principalmente como son E. Coli y Proteus en dos terceras partes. En cultivos de secreción E. Coli (37%) y Proteus (14%), Pseudomona y Staphylococcus aureus (14%) y en menor porcentaje Klebsiella y Aerobacter.

VI.- RADIOGRAFIA.

Los datos mas fidedignos son los de masa perirrenal y fijación renal, en menor grado borramiento del psoas, curvatura de la columna lumbar del lado afectado y perdida de la sombra renal (3).

Al parecer la mejor ayuda la encontramos en el signo de movilidad renal con la técnica de fluoroscopia utilizando los movimientos respiratorios o bien la del empleo de medio de contraste en la que se observa mejor el desplazamiento renal. El riñón normal se mueve de 2-6cm o pasa un cuerpo vertebral en su desplazamiento, en cambio el riñón dañado por un absceso se fija al tejido adyacente con poca o ninguna movilidad, ésto sucede en un 90% de los casos (2).

Cuando se utiliza la urografía excretora, en el lado afectado encontramos pobre visualización en un 85%, caliectasia, compresión de los calices y/o pelvis, agrandamiento renal, nefrograma anormal. Disminución en la densidad del sistema colector e inmovilidad renal, un 80% de los pacientes no tienen lesión en el lado sano (1,2,14,15).

En las radiografías de tórax debemos observar un quinto de los pacientes tienen lesión del lado del absceso como, infiltra

nor de 10, urea normal usualmente, anormalidades del exámen general de orina en dos terceras partes, piuria en dos tercios, - proteinuria y hematuria en un tercio (2). Urocultivo positivo - a gramm negativos principalmente como son E. Coli y Proteus en dos terceras partes. En cultivos de secreción E. Coli (37%) y Proteus (14%), Pseudomona y Staphylococcus aureus (14%) y en menor porcentaje Klebsiella y Aerobacter.

VI.- RADIOGRAFIA.

Los datos mas fidedignos son los de masa perirrenal y fijación renal, en menor grado borramiento del psoas, curvatura de la columna lumbar del lado afectado y perdida de la sombra renal (3).

Al parecer la mejor ayuda la encontramos en el signo de movilidad renal con la técnica de fluoroscopia utilizando los movimientos respiratorios o bien la del empleo de medio de contraste en la que se observa mejor el desplazamiento renal. El riñón normal se mueve de 2-6cm o pasa un cuerpo vertebral en su desplazamiento, en cambio el riñón dañado por un absceso se fija al tejido adyacente con poca o ninguna movilidad, ésto sucede en un 90% de los casos (2).

Cuando se utiliza la urografía excretora, en el lado afectado encontramos pobre visualización en un 85%, caliectasia, compresión de los calices y/o pelvis, agrandamiento renal, nefrograma anormal. Disminución en la densidad del sistema colector e inmovilidad renal, un 80% de los pacientes no tienen lesión en el lado sano (1,2,14,15).

En las radiografías de tórax debemos observar un quinto de los pacientes tienen lesión del lado del absceso como, infiltra

do basal, bandas de atelectasia, elevación del hemidiafragma e - inmovilidad diafragmática (2).

Las radiografías simples de abdomen el 50% presenta anormalidad en la mitad abdominal de la lesión, como, masa abdominal, pobre definición de la silueta renal, borramiento del psoas, escoliosis con concavidad a la lesión, cálculos urinarios, desplazamiento del colon y del estómago, íleo segmentario en el hipocondrio afectado (1,2). Ahora bien debe tenerse cuidado con la observación o no de la sombra del músculo psoas en primer lugar porque un 7% de gente normal tiene ausente la sombra iliopsoas del lado izquierdo y un 4% en el lado derecho (2).

Otro dato de importancia es gas perirrenal o en vejiga, en éste caso también hay que hacer diagnóstico diferencial con colecistitis enfisematosa, pancreatitis enfisematosa, perforación intestinal, absceso pancreático o una pielonefritis enfisematosa (9-20,23,24).

También nos sirven estudios más especializados como sucede con la angiografía, reportándose exitosamente y observándose fino patron neovascular en adición a un estrechamiento de los vasos normales (5,11). Desde 1964 se ha venido empleando la arteriografía con infusión de epinefrina lograndose una mayor especificidad entre tumor y absceso de acuerdo a los cambios de la trama vascular, mientras en un tumor la vasoconstricción es total tanto en parénquima como en la cápsula, no así en el proceso infeccioso en que por tener sus vasos poca muscular y escasa inervación la respuesta al estímulo humoral es mínima (19).

Otro auxiliar importante no sólo por su poder de resolución sino por lo inocuo de su mecanismo es la ultrasonografía que junto con la tomografía computada están ocupando el principal - -

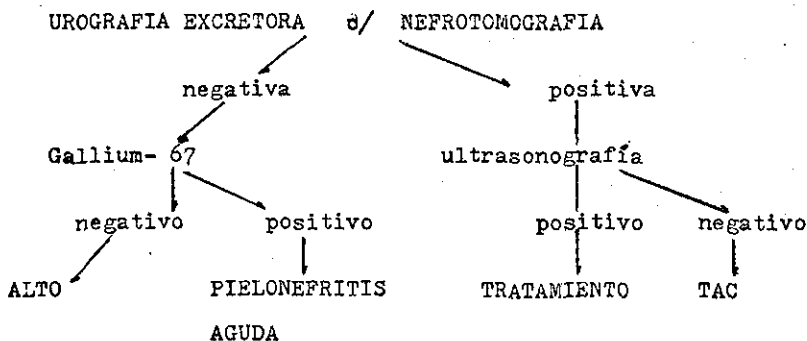
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estudio de gabinete para éste padecimiento. La masa perirrenal es mejor demostrada en tamaño y daño provocado por la lesión - haciendo también la diferenciación en caso de quiste infectado (11,18) o en la localización mas precisa de gas abdominal(12).

Se hace hincapié en que la alta especificidad para el diagnóstico realizado por TAC y en demostrar la extensión de la lesión cosa que no podría con la ultrasonografía, hacen de este estudio el mejor de todos los presentados pero que se realizaría en casos especiales por el costo del mismo (14,18).

Por último otros estudios auxiliares pero de menor importancia y que tienden a estar secundarios es la escintografía nuclear con Galio- 67 en la que se observa el parénquima renal y la función del riñón por medio de material marcado habiendo - falsas positivas en un 10% de lo reportado hasta la actualidad (17,21).

Todos los estudios tienen una indicación en orden de importancia y en necesidad de la búsqueda del diagnóstico como lo vemos en el siguiente cuadro:



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII.- TRATAMIENTO.

Se hace referencia al tratamiento del proceso infeccioso - primero con una combinación de antibióticos que abarquen tanto gram negativos como positivos, a continuación drenaje del material purulento y de segunda intención la nefrectomía (2,3, 4).

A dos terceras partes se les practica incisión-drenaje a otro tanto drenaje con nefrectomía y menos drenaje con nefrotomía cuando el caso lo requiere y se procura realizar nefrolitotomía cuando el cálculo es el responsable. La nefrectomía se realizó de acuerdo a un estudio por Salvatierra en el 22.6 % y las causas incluían, cálculos y piodiagnosis con drenaje persistente, piodiagnosis, cálculo renal con fistula cutánea.

El drenaje o nefrectomía deben de considerarse de acuerdo a los siguientes puntos (3):

a.- Persistencia de la enfermedad renal.

b.- La suficiente tolerancia del paciente en caso de poderse realizar la nefrectomía.

c.- Y la más importante, la función del riñón contralateral

Hay otros estudios en que el reporte de nefrectomía tiene un porcentaje mayor como en un 46% (2), incluyendose en las indicaciones de ésta el carbúnculo, absceso intrarrenal ausencia de función renal de acuerdo a la urografía.

Los antibióticos que eran más usuales anteriormente como lo demuestra un estudio por Murphy en 1953 eran la penicilina sulfadiazina, estreptomina y cloranfenicol, haciendose la mención que el uso de antibióticos había disminuido considerablemente las metástasis por los focos infecciosos distantes (1.7)



Actualmente los antibióticos más usados son ampicilina, gentamicina, metronidazol, cefalosporinas, clindamicina, dicloxacilina y cloranfenicol de acuerdo a el cultivo y su respuesta conocida en cada lugar. Desde 1977 se ha venido utilizando aspiración-percutánea del absceso con guía de ultrasonografía como lo hizo Conrad en 5 pacientes en forma satisfactoria auxiliandose con antibióticos, Morteza y Subramanian en 3 pacientes que tenían alto riesgo quirúrgico y pacientes debiles, Costello y Blandy en dos casos en 1983 por las mismas circunstancias, todos ellos con evolución satisfactoria, el inconveniente que se mira es el que se pasa por alto un proceso neoplásico (6,16).

VIII.- COMPLICACIONES.

Se presentan en un 37% aproximadamente (2).

Por orden de frecuencia encontramos :

- a.- Sepsis.
- b.- Insuficiencia renal con azotemia (16.9%).
- c.- Neumonía.
- d.- Persistencia del pus.
- e.- Accidente cerebro-vascular.
- f.- Absceso subfrénico.
- g.- Persistencia de la hipertermia.

IX.- MORTALIDAD.

Se presenta en un porcentaje del 22 al 44 % (2,4).

56.3% murieron del padecimiento.

59.1% sin diagnóstico preciso.

19.7% 18 meses después del drenaje, 10 en el postoperatorio inicial, 2 de la nefrectomía secundaria y 2 por sepsis y absceso recurrente (3,4,8).

Actualmente los antibióticos más usados son ampicilina, gentamicina, metronidazol, cefalosporinas, clindamicina, dicloxacilina y cloranfenicol de acuerdo a el cultivo y su respuesta conocida en cada lugar. Desde 1977 se ha venido utilizando aspiración-percutánea del absceso con guía de ultrasonografía como lo hizo Conrad en 5 pacientes en forma satisfactoria auxiliandose con antibióticos, Morteza y Subramanian en 3 pacientes que tenían alto riesgo quirúrgico y pacientes debiles, Costello y Blandy en dos casos en 1983 por las mismas circunstancias, todos ellos con evolución satisfactoria, el inconveniente que se mira es el que se pasa por alto un proceso neoplásico (6,16).

VIII.- COMPLICACIONES.

Se presentan en un 37% aproximadamente (2).

Por orden de frecuencia encontramos :

- a.- Sepsis.
- b.- Insuficiencia renal con azotemia (16.9%).
- c.- Neumonía.
- d.- Persistencia del pus.
- e.- Accidente cerebro-vascular.
- f.- Absceso subfrénico.
- g.- Persistencia de la hipertermia.

IX.- MORTALIDAD.

Se presenta en un porcentaje del 22 al 44 % (2,4).

56.3% murieron del padecimiento.

59.1% sin diagnóstico preciso.

19.7% 18 meses después del drenaje, 10 en el postoperatorio inicial, 2 de la nefrectomía secundaria y 2 por sepsis y absceso recurrente (3,4,8).

Actualmente los antibióticos más usados son ampicilina, gentamicina, metronidazol, cefalosporinas, clindamicina, dicloxacilina y cloranfenicol de acuerdo a el cultivo y su respuesta conocida en cada lugar. Desde 1977 se ha venido utilizando aspiración-percutánea del absceso con guía de ultrasonografía como lo hizo Conrad en 5 pacientes en forma satisfactoria auxiliandose con antibióticos, Morteza y Subramanian en 3 pacientes que tenían alto riesgo quirúrgico y pacientes debiles, Costello y Blandy en dos casos en 1983 por las mismas circunstancias, todos ellos con evolución satisfactoria, el inconveniente que se mira es el que se pasa por alto un proceso neoplásico (6,16).

VIII.- COMPLICACIONES.

Se presentan en un 37% aproximadamente (2).

Por orden de frecuencia encontramos :

- a.- Sepsis.
- b.- Insuficiencia renal con azotemia (16.9%).
- c.- Neumonía.
- d.- Persistencia del pus.
- e.- Accidente cerebro-vascular.
- f.- Absceso subfrénico.
- g.- Persistencia de la hipertermia.

IX.- MORTALIDAD.

Se presenta en un porcentaje del 22 al 44 % (2,4).

56.3% murieron del padecimiento.

59.1% sin diagnóstico preciso.

19.7% 18 meses después del drenaje, 10 en el postoperatorio inicial, 2 de la nefrectomía secundaria y 2 por sepsis y absceso recurrente (3,4,8).

La mortalidad aumenta en los no operados y en diabéticos -
no controlados y en aquellos en que no se practica cirugía -
hasta un 75% .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA

PARTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.- REPORTE DE CASOS CLINICOS

De 1977 a 1983 se revisaron 13 casos de absceso perinefrítico en la C.H. " PRIMERO DE OCTUBRE" del ISSSTE, que corresponde a 2.16% ingresos por año como promedio, de éstos pacientes 8 son mujeres (61.5%) y 5 hombres (38.4%), todos ellos adultos encontramos que la menor edad correspondió a 46 años y el de mayor a 78 haciendo un promedio de 60.2 años, en general este es alto en relación a los estudios ya anotados.

11 pacientes diabéticos (84.6%) de los cuales el 50% ya habían presentado por lo menos un cuadro de cetoacidosis.

La mayoría de los pacientes ingresó al servicio de Medicina Interna, dos a cirugía de urgencias y otro a terapia intensiva por descompensación diabética.

Al ingreso de los diagnósticos correspondientes se incluyeron infección de vías urinarias o problema urinario en 9 pacientes (69.2%), descompensación diabética en 5 (38.4%), anemia en 3 (23%) y otros que se resumen el cuadro número 1.

De todos a su ingreso sólo dos se diagnosticaron como absceso de acuerdo a la clínica y estudios realizados en urgencias, el restante 84.6% con los diagnósticos que ya hemos mencionado.

7 pacientes habían tenido ya historia de problema urinario sobre todo infección del tracto bajo y al parecer sin datos de litiasis, sólo de proceso prostático en dos, uno de ellos hasta obstrucción aguda y hematuria.

Los síntomas principales encontrados en el estudio de revisión, son, fiebre en 10 pacientes, ataque al estado general en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO # 1

DIAGNOSTICO DE INGRESO	No. casos	%
INFECCION VIAS URINARIAS	8	61.5
DESCOMPENSACION DIABETICA.	6	46.1
ANEMIA, PERDIDA DE PESO	3	23
STDA, TROMBOCITOPENIA	1	7.6
ABSCESO HEPATICO	2	15.3
DERRAME PLEURAL	1	7.6
COLAGENOPATIA DEGENERATIVA.	1	7.6
EPOC Y CARDIOPATIA	1	7.6
COLECISTITIS Y QUISTE DE OVARIO.	1	7.6
FARINGITIS	1	7.6
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.	1	7.6
ABSCESO PERINEFRITICO	2	15.3
OBSTRUCCION URINARIA	1	7.6

6, disuria en 7, poliaquiuria en 7, escalofríos, diarrea, vomito en 5, dolor lumbar en 6, dolor abdominal en 3, pérdida de peso en dos, ictericia, melena, tos, oliguria, constipación intestinal, distensión abdominal, edema de miembros inferiores - en un paciente, así se ve en el cuadro número 2.

Los días de evaluación del cuadro clínico van desde 4 días a 180 (6 meses) como promedio 33.6 días, esto se ve mejor en el cuadro número 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO # 2 SINTOMAS	No. casos	%
HIPERTERMIA	10	76.9
ATAQUE AL ESTA- DO GENERAL.	6	46.1
DISURIA-POLIAQUI URIA.	7	53.8
DOLOR LUMBAR	6	46.1
ESCALOSFRIOS, DIA RREA Y VOMITO.	5	38.4
DOLOR ABDOMINAL.	3	23
PERDIDA DE PESO.	2	15.3
ICTERICIA, MELENA TOS, OLIGURIA, CONS TIPACION INTESTINAL DISTENSION ABDOMINAL	1	7.6

CUADRO # 3 EXPLORACION FISICA	No. casos	%
GETOACIDOSIS	8	61.5
HIPERTERMIA	7	53.8
DOLOR EN FLANCO	6	46.1
ANEMIA	5	38.4
DOLOR LUMBAR	6	46.1
AUMENTO DE VOLUMEN LUMBAR	4	30.7
HEPATOMEGALIA	2	15.3
STD	2	15.3
INSUF. VENOSA, ESPLE- NOMEGALIA. HERNIA UM BILICAL, ICTERICIA	1	7.6

En la exploración física lo primero que encontramos es la descompensación diabética como deshidratación, poliuria, polidipsia y desequilibrio-hidroelectrolítico importante que se presentó en 8 pacientes (61.5%), hipertermia en 7 (53.8%), dolor lumbar y el flanco abdominal 6, anemia clínica en 5, encontramos menor frecuencia en el aumento de volumen lumbar que fué en 4 pacientes, haptomegalia y sangrado de tubo digestivo alto en dos, por último como frecuencia en un paciente insuficiencia venosa en miembros inferiores, esplenomegalia, hernia umbilical, equimosis, ictericia, neumonía basal, rectocistocele y ciática, se hace la consideración - también en un paciente con abdomen agudo. Ver cuadro número 3 en donde resumimos los casos y porcentajes encontrados.

CUADRO # 4

DURACION DE SINTOMAS PRE-ADMISION.		No. CASOS	%
	DIAS		
-	5	3	23
5	- 10	4	30.7
11	- 15	1	7.6
16	- 20	1	7.6
21	- 25	-	-
26	- 30	2	15.3
+	30	2	15.3
TOTAL		13	

Hemos de continuar nuestro estudio con los hallazgos de laboratorio y gabinete en lo encontrado en la revisión del diagnóstico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diagnóstico, así tenemos como principales datos en la biometría hemática anemia y leucocitosis, en la química sanguínea hiperglicemia, un 53% de creatinina elevada y 46.1% en el caso de la urea sanguínea, un alto porcentaje de generales de orina patológicos en un 92.3%, así lo reportamos en el cuadro número 5.

Aquel paciente que ingresó por fiebre en estudio y con leucopenia se le practicarón además de reacciones febriles, hemocultivo, cultivo de médula ósea, gota gruesa, VDRL, BAAR en orina, coprocultivos negativos, encontrando de positivo un coombs directo, urocultivo y anticuerpos antinúcleo.

Ya revisados los datos de laboratorio consideramos conveniente continuar los estudios de gabinete de los cuales la urografía excretora, radiografías de abdomen y tele de torax se practicaron la mayoría de los pacientes y de los cuales las alteraciones se anotan en el cuadro número 6.

A dos se les realizó tomografía computada, reportandose en una un problema neoplásico con aumento del volumen bien localizado, en éste mismo paciente se realizó citología urinaria con la presencia de células metastásicas que pudieran corresponder a un cáncer renal pleomórfico, al otro paciente que también se le practicó sólo hubo el reporte de aumento de ganglios paraorticos, en la cirugía de los dos se demostró proceso infeccioso.

Con las radiografías de abdomen, 10 presentaron imagen de gas, en la tele de torax encontramos sólo en 3 alteraciones de derrame basal y bandas de atelectasia. De los hepatogramas realizados por probable absceso hepático en dos pacientes sólo se demostró crecimiento de la viscera y un tercero el resultado fué normal.



CUADRO # 5
LABORATORIO

ESTUDIO	PROMEDIO	No. CASOS	%
LEUCOCITOS	-5,000	1	7.6
	5,000 - 12,999	5	38.4
	13,000- 16,999	3	23
	17,000- 20,999	2	15.3
	21,000- 24,999	1	7.6
	+ 25,000	1	7.6
HEMOGLOBINA	- 10	8	61.5
	- 20	5	38.4
	21 - 50	-	4
CREATININA SERICA	- 2	4	30.7
	2.1 - 6.0	7	53.8
	+ 6	-	-
	NO REALIZADOS	2	15.3
UREA SERICA	20 - 30	5	38.4
	31 - 40	1	7.6
	41 - 50	-	-
	+ 50	5	38.4
GLICEMIA	- 110	5	38.4
	111 - 150	1	7.6
	151 - 200	-	-
	201 - 250	-	-
	251 - 300	-	-
	301 - 400	4	30.7
	+ 401	3	23

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO	PROMEDIO	CASOS	%
UROANALISIS	NORMAL	1	7.6
	ANORMAL	12	92.3
	PROTEINURIA	7	53.8
	HEMATURIA	4	30.7
	LEUCOCITURIA	10	79.9
	BACTERIURIA	9	69.2
	NITRITOS	2	15.3

* SEGD = Serie esófago-gastro-duodenal.

Continuando con los estudio la arteriografía se practicó en dos, al primero a la paciente que se le había realizado el TAC con citología que había datos de problema neoplásico encontrando proceso de pielonefritis en un riñón y en el contralateral-vasos adelgazados, tuertosos sugestivos de trombosis de la vena renal. El segundo paciente es realizada por datos a la exploración de aneurisma de la aorta que se diagnóstico desde su ingreso y se confirmó por medio de éste metodo.

Se practicaron en dos pacientes SEGD*, en uno de ellos el resultado es normal y en el otro sólo demostró proceso de gastritis, sin embargo la endoscopia practicada con resultados de ulcera peptica y gastritis, éste último estudio se practicó en 3 pacientes, como se ve dos reportes de ulcera y otro de gastritis.

Solo en un paciente se practicó colon por enema con resultado normal.

Los estudio bacteriológicos que se procesaron de orina en 6 pacientes se encontró principalmente el agente Klebsiella Pn. en 5, Proteus y E. Coli para 3 pacientes, en forma similar para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un paciente están Staphylococcus aureus, Pseudomona y C. Albi cans.

En 3 de los pacientes los cultivos resultaron mixtos predominando Klebsiella, Proteus y E. Coli.

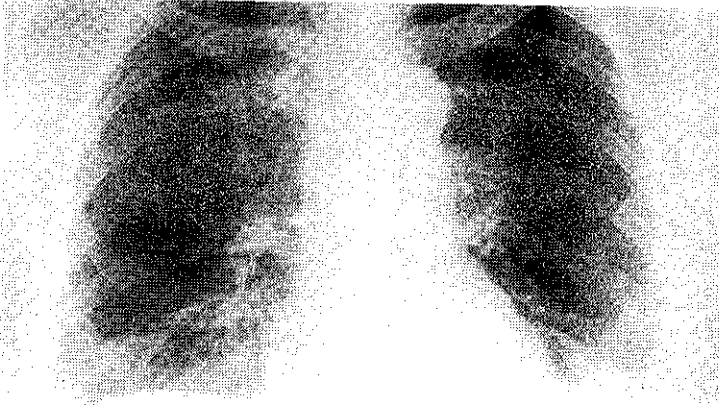
Como se puede demostrar los organismos principales corresponden a el tipo gramm negativo.

CUADRO # 6	No.	
SIGNOS RADIOLOGICOS	CASOS	%
a) Simple de abdomen normal.	1	7.6
Anormalidad lado del absceso	7	53.8
Borramiento Psoas	1	7.6
Masa cuadrante sup.	1	7.6
Sombra renal ausente.	1	7.6
Gas retroperitoneal	10	79.9
Anormalidades unilateral multiple.	1	7.6
Anormalidades bilaterales.	1	7.6
Gas en vejiga	1	7.6
Cambios intestinales	3	23.0
b) Rx. TORAX.		
Normal	5	38.4
Anormalidad unilateral.	5	38.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

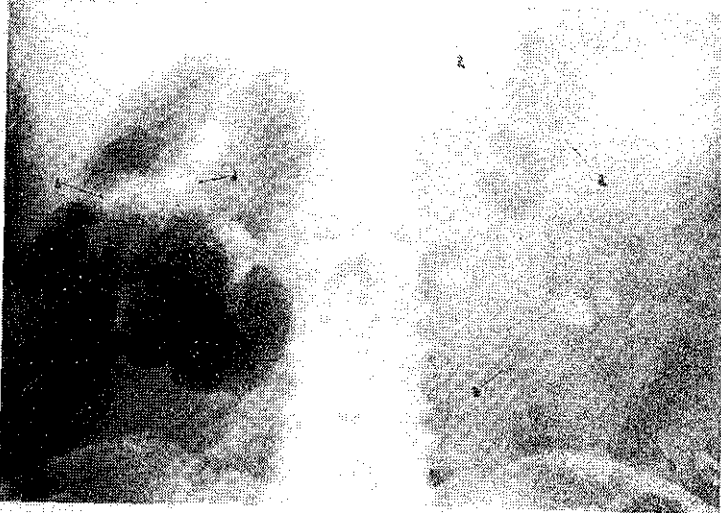
	No. CASOS	%
Derrame pleural	3	23.0%
Atelectasia	3	23.0%
Cardiomegalia	2	15.3%
c) UROGRAFIA EXCRETORA.		
Norma	1	7.6
Anormalidad unilateral	9	69.2
Anormalidad bilateral	3	23.0
No función	7	53.8
Función disminuida	3	23.0
Caliectacia	2	15.3
Estrechez calicial	1	7.6
Rechazo renal	2	15.3
- BILATERALES		
Disfunción	2	15.3
Crecimiento renal	1	7.6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FOTO

1



FOTO

2

Observamos en la fotografía número 1 el signo radiográfico más frecuente de la tele de torax como es el derrame pleural del lado afectado. En la número 2, una radiografía de urografía excretora en la que hay varios signos, marcado con el 1 - los calices y pelvis del riñón no afectado, el número 2 un íleo segmentario y el 3 marca aire perirrenal.

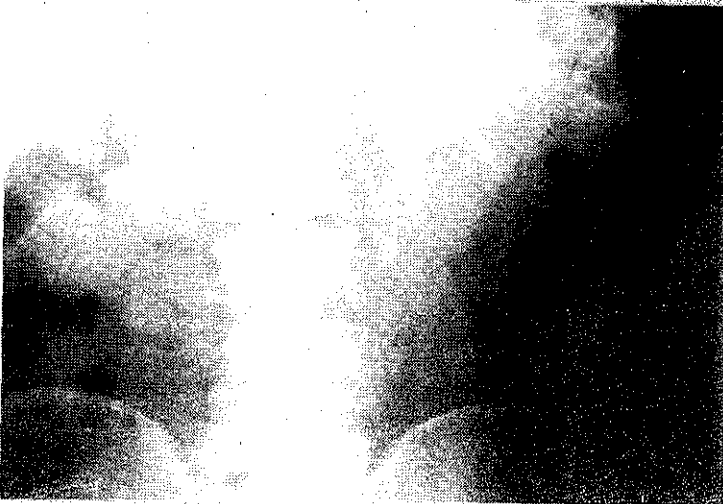
TEJES CON
FALLA DE ORIGEN



FOTO

3

ARTERIOGRAFIA: en la que se muestra trama vascular en rama de árbol pero el riñón rodeado de un halo de aire (gas) característico de absceso perinefrítico.



FOTO

4

La fotografía número 4 muestra en la flecha superior imagen de migajón de pan, sugestivo de absceso, las copas caliciales deformes, las otras dos flechas muestran también gas perirrenal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II.- EVOLUCION PREOPERATORIA

Ya se han considerado practicamente todos los datos para el diagnóstico, sin embargo aún no es fácil encontrarlo con prontitud o acertadamente, como podemos ver la evolución preoperatoria tiene tantos aspectos clínicos diferentes como se considera en la variabilidad de días de internamiento de nuestros pacientes, en unos el diagnóstico es rápido en otros es más difícil así tenemos internamientos desde 18 horas hasta 42 días antes de su operación un promedio de 14.3 en un caso hubo la necesidad de para llegar al diagnóstico practicar laparotomía-exploradora.

Practicamente todos los pacientes continuaron con hipertermia y dolor en el flanco, en otro se manifestó con dolor característico de ciática hasta la presencia de aumento de volumen lumbar en el lado afectado, éste último signo se presentó en 3 pacientes más como punto clave para tratamiento definitivo en éste caso la cirugía. La persistencia de la sintomatología a pesar de que en muchos pacientes se empleo el tratamiento de antibióticos continuo y los estudio practicados y clínicamente porfin concluyó en absceso perinefrítico, 4 pacientes se operaron a los 6 días, otros a los 3, 4, 9, 21 y 35 días respectivamente.

Uno de los pacientes que se operó de urgencia por abdomen agudo encontrandose colecistitis con quiste de ovario y practicandose colecistectomia con ooforectomia, a los 14 días después de una evolución mala con hipertermia y dolor en región costovertebral izquierdo desarrolla aumento de volumen en el sitio señalado la punción mostró material purulento determinandose absceso perinefrítico resolviendose por cirugía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los otros dos pacientes en que el diagnóstico fue tardío - correspondió a la paciente con fiebre en estudio que se había considerado colagenopatía degenerativa que después de 42 días sin diagnóstico preciso se le realizó laparotomía exploradora el otro paciente cuya evolución fue larga es aquel que se internó por anemia y pérdida de peso posteriormente presentó hipotermia y dolor en el flanco hasta descubrirse que se trataba de un absceso perirrenal. Por último aquella paciente que a las 18 horas de haberse internado en urgencias con cuadro - característico se operó.

Los antibióticos empleados en 8 pacientes (61.5%) incluían en orden de frecuencia: Gentamicina, Ampicilina, Dicloxacilina y Ac. Nalidixico, también se incluyen otros menos frecuentes como el Metronidazol I.V., Cefalosporinas, Penicilina y - Bactrim.

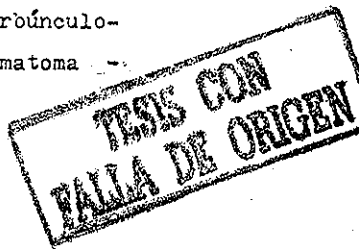
Debemos anotar que las combinaciones más usadas en la revisión fué la de Ampicilina con Gentamicina.

III.-

CIRUGIA

Como puede observarse todos los pacientes terminaron por ser intervenidos quirúrgicamente (100%) y prácticamente en todos a excepción de 3 a quienes se les practicó nefrectomía a los demás únicamente lumbotomía para drenaje, predominando este procedimiento como mucho menos cruento.

La nefrectomía ha sido realizada por lo siguiente, en dos pacientes por problema de absceso con lesión del parénquima - de acuerdo a la descripción en las notas de cirugía en que las características renales parecen corresponder a un carbúnculo - en el otro paciente se realizó por tratarse de un hematoma -



Los otros dos pacientes en que el diagnóstico fue tardío - correspondió a la paciente con fiebre en estudio que se había considerado colagenopatía degenerativa que después de 42 días sin diagnóstico preciso se le realizó laparotomía exploradora el otro paciente cuya evolución fue larga es aquel que se internó por anemia y pérdida de peso posteriormente presentó hipotermia y dolor en el flanco hasta descubrirse que se trataba de un absceso perirrenal. Por último aquella paciente que a las 18 horas de haberse internado en urgencias con cuadro - característico se operó.

Los antibióticos empleados en 8 pacientes (61.5%) incluían en orden de frecuencia: Gentamicina, Ampicilina, Dicloxacilina y Ac. Nalidixico, también se incluyen otros menos frecuentes como el Metronidazol I.V., Cefalosporinas, Penicilina y Bactrim.

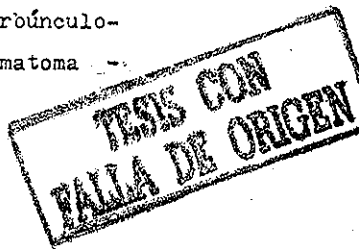
Debemos anotar que las combinaciones más usadas en la revisión fué la de Ampicilina con Gentamicina.

III.-

CIRUGIA

Como puede observarse todos los pacientes terminaron por ser intervenidos quirúrgicamente (100%) y prácticamente en todos a excepción de 3 a quienes se les practicó nefrectomía a los demás únicamente lumbotomía para drenaje, predominando este procedimiento como mucho menos cruento.

La nefrectomía ha sido realizada por lo siguiente, en dos pacientes por problema de absceso con lesión del parénquima - de acuerdo a la descripción en las notas de cirugía en que las características renales parecen corresponder a un carbúnculo - en el otro paciente se realizó por tratarse de un hematoma -



grande infectado en el que no se definían los bordes renales, -
 hecemos en el cuadro número 7 un resumen del procedimiento quí-
 rúrgico y tratamiento preoperatorio que sugerimos revisar antes
 de continuar con la evolución postoperatoria y complicaciones.

CUADRO # 7

TRATAMIENTO PREOPERATORIO CIRUGIA.	No. CASOS	%
ANTIBIOTICOS	9	69.2
INSULINA	9	69.2
TOLBUTAMIDA	2	15.3
DIAGNOSTICO DE ABSCESO	12	92.3
OTROS	1	7.6
UNILATERAL	12	92.3
BILATERAL	1	7.6
LUMBOTOMIA	12	92.3
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1	7.6
UNICAMENTE DRENAJE	10	79.9
NEFRECTOMIA	3	23.0
LADO DERECHO	6	46.1
LADO IZQUIERDO	7	53.8
BILATERAL	1	7.6

IV.- EVOLUCION POSTOPERATORIA:

De los pacientes operados 8 (61.5%) requirieron atención -
 en terapia intensiva variando los días de internamiento en és-
 ta unidad de 20 horas hasta 10 días con un promedio de 4 días.

6 pacientes evolucionaron en forma satisfactoria y 3 se pue-
 de considerar buena, en un inicio todos continuaron con hiper-

grande infectado en el que no se definían los bordes renales, -
 hecemos en el cuadro número 7 un resumen del procedimiento quí-
 rúrgico y tratamiento preoperatorio que sugerimos revisar antes
 de continuar con la evolución postoperatoria y complicaciones.

CUADRO # 7

TRATAMIENTO PREOPERATORIO CIRUGIA.	No. CASOS	%
ANTIBIOTICOS	9	69.2
INSULINA	9	69.2
TOLBUTAMIDA	2	15.3
DIAGNOSTICO DE ABSCESO	12	92.3
OTROS	1	7.6
UNILATERAL	12	92.3
BILATERAL	1	7.6
LUMBOTOMIA	12	92.3
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1	7.6
UNICAMENTE DRENAJE	10	79.9
NEFRECTOMIA	3	23.0
LADO DERECHO	6	46.1
LADO IZQUIERDO	7	53.8
BILATERAL	1	7.6

IV.- EVOLUCION POSTOPERATORIA:

De los pacientes operados 8 (61.5%) requirieron atención -
 en terapia intensiva variando los días de internamiento en és-
 ta unidad de 20 horas hasta 10 días con un promedio de 4 días.

6 pacientes evolucionaron en forma satisfactoria y 3 se pue-
 de considerar buena, en un inicio todos continuaron con hiper-

termia y sepsis, pero en general se dieron de alta con control en consulta externa, el que más duró internado fué de 84 días- pero cursó con varias complicaciones haciendo su evolución difícil pero al fin lograndolas vencer aceptablemente con los tratamientos, hubo otro paciente más por las mismas circunstancias dandose de alta a los 44 días, mas adelante comentaremos las diferentes complicaciones, motivo del retraso de su curación.

4 pacientes murieron, uno de ellos presentó insuficiencia renal, cardiaca y septicemia falleciendo a los 23 días después de una evolución torpida, otro a los 20 minutos de postoperatorio con parocardiorrespiratorio al parecer por hipoxia y otro con igual estado crítico pereció a las 20 horas por DHE, descompensación diabética y septicemia, el cuarto paciente murió a los cuatro días por acidosis metabólica, leucopenia, septicemia cardiopatía y por último paro cardiaco.

Agradeceríamos ver cuadro número 8 en el que reportamos el resumen de la evolución postoperatoria.

CUADRO # 8	No.	
EVOLUCION POSTOPERATORIA	CASOS	%
U C I	8	61.5
EVOLUCION SATISFACTORIA	6	46.1
EVOLUCION BUENA	3	23.0
MORTALIDAD	4	30.7
CONTROL CONSULTA EXTERNA	8	61.5
REOPERACION:	6	46.1
- DEHISCENCIA HERIDA	2	15.3
- GRANULOMA. FISTULA	2	15.3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ABSCESO RESIDUAL	2	15.3
- ANEURISMA DE AORTA	1	7.6

8 de los nueve pacientes que se dieron de alta han continuado control en consulta externa ya que no hay reportes de uno de ellos.

De estos pacientes dos se dieron de alta de especialista a los 3 meses, otro a los 7, dos a los 12 meses y dos a los dos años y uno aún bajo control.

Ahora bien, uno de ellos murió a los 2 años debido a un dolor importante en epigastrio y shock y probablemente secundario a úlcera péptica, uno más también a los 2 años por sangrado de tubo digestivo, 4 asintomáticos hasta la actualidad, de los dos restantes no sabemos más datos después de su egreso.

Se reoperaron 6 pacientes (46.1), dos por dehiscencia de la herida, otro por aneurisma de la aorta que se había diagnosticada desde su ingreso, ésta misma paciente se reoperó también por fístula cutánea de la lumbotomía pero esto fue al año de postoperatorio y por continuación de absceso residual. Uno de los pacientes operados por dehiscencia se reoperó en dos ocasiones más por el mismo motivo.

En los microorganismos encontrados en los cultivos de secreción (6 pacientes) se llevó el primer lugar, E. Coli, después Klebsiella pn. y Staphylococcus aureus, en dos pacientes hubo combinación de sepas de E.Coli con Klebsiella y con Staphylococcus, como lo expresamos en el cuadro número 9, así mismo los antibióticos más usados en el cuadro número 10 y que corresponden a Gentamicina, Ampicilina luego Metronidazol y Cefalosporinas, las combinaciones postoperatorias más usadas fueron:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ampicilina- Metronidazol, Ampicilina - Gentamicina
 Ampicilina - Gentamicina - Clindamicina.

CUADRO # 9	No.	
BACTERIOLOGIA	CASOS	%
E. COLI	5	38.4
KLEBSIELLA pn.	3	23.0
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	1	7.6

CUADRO # 10	No.	
TABLA DE ANTIBIOTICOS	CASOS	%
POSTOPERATORIOS		
GENTAMICINA	8	61.5
AMPICILINA	7	53.8
METRONIDAZOL	6	46.1
CEFALOSPORINAS	5	38.4
PENICILINA	4	30.7
DICLOXACILINA	3	23.0
BACTRIM -CLINDAMICINA	3	23.0
CARBENICILINA. AC. NALIDIXICO	2	15.3
FEMAZOPIRIDINA	1	7.6

Las complicaciones que encontramos más frecuentemente correspondieron a insuficiencia renal aguda, absceso glúteo, problema pulmonar como atelectasia y derrame pleural en 3 pacientes, úlcera gástrica en dos, duodenitis, empiema, AVC y tromboflebitis en uno, dos con alteraciones del ritmo cardiaco al parecer por bloqueo A-V por hipoxia, shock septico en dos pacientes más, -

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

como hacemos referencia en el cuadro número 11 y con el cual concluimos nuestro estudio.

CUADRO # 11 COMPLICACIONES	No. CASOS	%
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	4	30.7
ABSCESO GLUTEO	3	23.0
PULMONARES	3	23.0
ULCERA GASTRICA	2	15.3
SHOCK SEPTICO	2	15.3
ALTERACION RITMO CARDIACO	2	15.3
EMPIEMA, AVC Y TROMBOFLEBITIS	1	7.6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO

Hemos hecho una revisión completa de absceso perinefrítico dividiéndolo en dos partes, la primera que corresponde a la bibliografía universal, anotando todos los aspectos que a bien vienen del padecimiento y otra en la que hacemos un exhaustivo estudio con revisión de todos los parametros como historia clínica, evolución preoperatoria, tratamiento preoperatorio, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria, complicaciones y mortalidad, 13 pacientes y en un período de 6 años (1977 a octubre 1983) que es estadísticamente aceptable, en forma práctica las dos secciones se conjuntan en diferentes aspectos como sucede en porcentaje de ingresos, cuadro clínico y la gran dificultad para el diagnóstico y por ende para el tratamiento que ya iremos marcando en el transcurso de éste comentario, de tal manera que lo que aprendimos nos sea de utilidad a muchos que pasamos inadvertida o no pensamos en ésta gran patología con toda la gama de síntomas acompañantes.

El número de ingresos a Medicina Interna en el período referido en general es de 10,658, servicio que le corresponden la mayoría de ingresos es decir 11 que hace un porciento de 0.10, en cambio los ingresos en general de cirugía es de 19659 en el mismo período y sólo le corresponden dos ingresos con un porcentaje del 0.01, debemos hacer hincápíe en que dentro de éste servicio se incluyen también el de urología.

En total por los dos servicios hay 30,317 ingresos que corresponde a absceso perinefrítico el 0.04 igual a la literatu

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ra universal, y, por año ingresan un 2 por ciento del total de ingresos.

En lo concerniente en lo respectivo al promedio de edad el porcentaje es alto de un 60.2 años, es decir practicamente por arriba de los 40 años, habiendo preferencia en el sexo femenino en dos terceras partes.

En lo que respecta a pacientes diabéticos encontramos diferencia importante, ya que el 84.6 % de nuestros pacientes ya tenían diabetes mellitus en comparación con otras series de estudios como la de Sanfor en 1970 en cuyo articulo reporta un porcentaje del 54.5 (4), unicamente sobre un estudio en pacientes diabéticos que habían desarrollado absceso perinefrítico, talvez ésta frecuencia alta que nosotros obtuvimos sea debido a la educación médica de nuestros pacientes a la falta de cooperación, al tratamiento y en sí a la idiosincracia de nuestro pueblo, varios de los pacientes ya habían sido internados por descompensación diabética.

Continuando con nuestro estudio y con respecto al cuadro clínico y la gran disgregación en el diagnóstico observamos que los ingresos tenían el 84.6 % de error, sólo dos se diagnosticaron desde urgencias como absceso, la mayoría en cambio presentó problemas urinarios en el 69.2% de nuestros pacientes y que se caracterizaba principalmente por cuadro urinario bajo como disuria, poliuria, hematuria y retención aguda de orina, ahora vamos hacer la comparación en el cuadro clínico con uno de los reportes con mayor número de pacientes como el realizado por el Dr. Salvatierra en 1967 (3), los principales síntomas que el marca son dolor, masa palpable (61.9%), fiebre (71.8), escalo sfrios (33.8), náuseas y vómito (22.5), hematuria (8.6) y re

tención urinaria (2.8), en cambio nosotros encontramos hipertermia como principal síntoma (76.9%) luego disuria y poliaquiuria en tercer lugar dolor, así mismo, él encuentra masa palpable en un porcentaje alto y nosotros sólo en un 30.7 practicamente la mitad de lo que él encontró, nuestro reporte coincide con la revisión del Dr. Jeffrey en 1974 (2).

En los estudios de laboratorio y gabinete, nuevamente nos unimos a Jeffrey en que es casi igual la leucocitosis, anemia; elevación de azoados y examen de orina patológicos (2), esto es lo principalmente encontrado.

Desgraciadamente contamos unicamente con dos estudios de TAC y no podemos hacer una comparación, en uno de los pacientes fué normal y en el otro el reporte era sugestivo de tumoración renal, pero es indiscutible que es uno de los mejores procedimientos técnicos como lo vemos en las revisiones de William Hoddick en 12 pacientes en Marzo de 1983 (18) o por Gaston Mendez en 1979 en 4 pacientes, en los que se hacen principalmente la diferenciación de masa renal o proceso infeccioso (14), ahora bien es de comentar que en nuestro medio no hay la facilidad para realizar estos estudios y el de ultrasonografía por su costo y falta de equipos, por lo mismo no se practican punciones con guía de ultrasonido como ya se está empleando en los países anglo-sajones en la actualidad, como lo demuestran el Dr. Castillo y Morteza - Conrad (6,13,16).

Bueno, pero antes que estos estudio especializados, tenemos las radiografías que nos muestran los cambios orientadores al proceso patológico es el estudio simple de abdomen con cambios en asas intestinales así la imagen del íleo segmentario, aire en cierto cuadrante abdominal, gas perirrenal (imagen de miga-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

jón de pan en algunas ocasiones), escoliosis con concavidad al sitio del problema, borramiento de la sombra del psoas. Con respecto a éste último punto se ha descrito que existe ausencia de sombra del psoas hasta en un 7% de gente normal, esto no lo podemos comprobar por que en nuestro medio no se han realizado estudios comparativos. Otras radiografías de rutina son la de tórax en donde encontramos principalmente derrame pleural y atelectasia en igual forma que el estudio de Jeffrey (2).

A continuación y considerando los estudios de gabinete más aceptable y de mayor importancia por la facilidad en su realización en el momento es la urografía excretora, fundamental para valorar función y excreción renal, como lo hemos visto en uno de los pacientes en que sólo funcionaba un riñón y éste era el afectado de no haber sido por éste estudio al paciente tal vez se le hubiera practicado nefrectomía en consecuencia de su vida, sin embargo hasta el momento actual aun vive y en buenas condiciones, con ésto creo demostramos su importancia y sugerimos siempre su realización, insistimos en su vital importancia. La centellografía se empleó en el paciente demostrandose los datos antes mencionados con exclusión del riñón no afectado y la mala función del lado del absceso perinefrítico.

Cuando se ha ejecutado el procedimiento quirúrgico todo indica la conservación con una técnica de drenaje y no de nefrectomía como primera intención a menos que el caso así lo requiera como el carbúnculo o daño renal importante, actualmente se emplea drenaje percutáneo con guía de ultrasonido (6,16), en nuestro medio no se ha realizado por lo que ya se ha explicado. En lo que respecta al lado afectado en donde se presenta tanta controversia (3,4,14) no encontramos diferencia importante ? pa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ra el lado izquierdo y 6 para el derecho, uno de los casos bilaterales. La principal vía de diseminación que observamos fué la renal ya que prácticamente todos los pacientes a su ingreso tenían sintomatología urinaria, como se ha reportado y consideramos de todos sólo 3 con vía de tipo hematógeno, el paciente con absceso bilateral, la paciente que se ingresó por probable colagenopatía en que el general de orina a su ingreso fué normal y por último la paciente operada de oolecistitis y ooforectomía que desarrolló a los 14 días proceso infeccioso perirrenal haciendo un total de 23 % en comparación al 15.2 del Dr. Jeffrey (2) y el 7.2% del Dr. Salvatierra en 1967 (3).

Se nos ha referido en uno de los casos que se vió en éste hospital que la causa de la patología era provocado por litiasis desgraciadamente no se localizó la relación del expediente no pudiendo confirmar como muchos otros casos que me han referido varios compañeros de los diferentes servicios.

Las complicaciones encontradas por nosotros fueron primordialmente, insuficiencia renal aguda, absceso glúteo y problema pulmonar en los que contamos, atelectasia y derrame pleural, a excepción del absceso glúteo y que no nos explicamos la frecuencia que se presentó en nuestros pacientes, talvés por la situación anatómica que hacemos referencia en el capítulo 3 de la primera parte, las complicaciones son prácticamente iguales, nuevamente nuestra comparación con el estudio de Jeffrey y Salvatierra que marcan en primeros lugares problemas pulmonares como neumonía otro más la persistencia de material purulento en el espacio perinefrítico y sepsis en el caso del reporte de éste último .

La mortalidad que hemos reportado es del 30.7 y aquí hacemos referencia de principales causas la sepsis y la insuficiencia re-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nal, dos han muerto en el postoperatorio inmediato debido a hipoxia y septicemia terminando en parocardio-respiratorio, sólo un paciente después de 23 días de una evolución mala en la que no se logró controlar la sepsis la insuficiencia renal y cardíaca, en comparación con un 44% de el reporte de Jeffrey en donde se cuenta en primer lugar la sepsis (2) y Salvatierra pero el con un porcentaje del 51.2% con principales causas desencadenantes están también la septicemia e insuficiencia renal con azotemia.

CONCLUSIONES

Concluimos en que es importante el estudio completo del paciente con una objetividad constante cuando la sintomatología aumenta y no hay mejoría más aún si ya se han dado tratamientos a ciegas, entonces buscaremos patología perinefrítica, el retraso ya se ha visto en el diagnóstico ha llevado a nuestros pacientes a un aumento en la morbimortalidad. La frecuencia estamos seguros es mayor a las estadísticas revisadas por nosotros, pero por desgracia no contamos con todos los expedientes que amigos y compañeros nos han reportado durante su estancia en éste hospital "10 de Octubre" debido a causas fuera de nuestro control así que el número de expedientes alcanzaría la suma de 22 un porcentaje del 0.07 en comparación al 0.04 que encontramos y se estipula en la literatura universal.

Debemos hacer la consideración de que realmente el diagnóstico es difícil pero se ha facilitado con los últimos procedimientos técnicos como la ultrasonografía y TAC de ahí que se encuentran incidencias mayores a la antigüedad en nuestro medio debido a la falta de certeza en el diagnóstico y por lo tanto quedando no registrados o no reportados como sucede actualmente, en nues

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nal, dos han muerto en el postoperatorio inmediato debido a hipoxia y septicemia terminando en parocardio-respiratorio, sólo un paciente después de 23 días de una evolución mala en la que no se logró controlar la sepsis la insuficiencia renal y cardíaca, en comparación con un 44% de el reporte de Jeffrey en donde se cuenta en primer lugar la sepsis (2) y Salvatierra pero el con un porcentaje del 51.2% con principales causas desencadenantes están también la septicemia e insuficiencia renal con azotemia.

CONCLUSIONES

Concluimos en que es importante el estudio completo del paciente con una objetividad constante cuando la sintomatología aumenta y no hay mejoría más aún si ya se han dado tratamientos a ciegas, entonces buscaremos patología perinefrítica, el retraso ya se ha visto en el diagnóstico ha llevado a nuestros pacientes a un aumento en la morbimortalidad. La frecuencia estamos seguros es mayor a las estadísticas revisadas por nosotros, pero por desgracia no contamos con todos los expedientes que amigos y compañeros nos han reportado durante su estancia en éste hospital "10 de Octubre" debido a causas fuera de nuestro control así que el número de expedientes alcanzaría la suma de 22 un porcentaje del 0.07 en comparación al 0.04 que encontramos y se estipula en la literatura universal.

Debemos hacer la consideración de que realmente el diagnóstico es difícil pero se ha facilitado con los últimos procedimientos técnicos como la ultrasonografía y TAC de ahí que se encuentran incidencias mayores a la antigüedad en nuestro medio debido a la falta de certeza en el diagnóstico y por lo tanto quedando no registrados o no reportados como sucede actualmente, en nues

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tro medio no contamos facilmente con éstas técnicas talvez por eso la mortalidad es alta en el retraso del diagnóstico como se ha visto tanto en la primera como en la segunda parte, pero sí insistiremos en la utilización de la urografía excretora como mediadora de nuestro procedimiento quirúrgico de la cual dependerá si será radical con una nefrectomía o bien conservadora con un drenaje, ya que por este medio hay la facilidad de ver ambos riñones en su proceso fisiológico y que sería determinante para el pronóstico del paciente.

Haciendo un recuento, en hombres ha disminuido la frecuencia del 74 al 44 % esto es debido a los medios de drenaje de vias urinarias inferiores por medio de sondas transuretrales que anteriormente no se utilizaban y la infección de vias urinarias por procesos obstructivos era alta, en cambio en las mujeres el problema obstructivo no es el importante si no la repetición de infecciones y recontaminaciones por vulvovaginitis, así también el alto índice de diabetes que aumenta todos los factores de susceptibilidad para coadyuvar la infección como ya se ha visto por Sanffor en 1970 (4), por nuestro lado la mortalidad ha aumentado discretamente, esto aunque es contradictorio por todas las técnicas de laboratorio y gabinete modernas, tenemos dos consideraciones, una en que aún llegamos tarde al diagnóstico y otra en que existe bastante resistencia en la actualidad a los antimicrobianos y por que no una tercera en que influye la medicina preventiva con control de todos los problemas infecciosos de vías urinarias y buen control de pacientes diabéticos, por otro lado el empleo indiscriminado de antibióticos sin tener un diagnóstico preciso oscurece la sintomatología con las consecuencias respectivas .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Creemos que hemos hecho un estudio, una revisión completa del problema, considerandose sea de utilidad para todos aquellos que desconocen o se olvidan del absceso perinefrítico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Robert S. Hotchkiss.: Perinephric Abscess. Am. J. Surg.
85: 471, 1953.
- 2.- Jeffrey D. Thorley, Stephen R. Jones.: Perinephric Abscess.
MEDICINE. 53 (6): 441, 1974.
- 3.- Oscar Salvatierra, Jr., W. Bruce Bucklew.: Perinephric Abscess: A report of 71 cases.
J. UROLOGY. 98: 296, 1967.
- 4.- Sanfor N. Pelvin, Marios C. Balodimos.: Perinephric Abscess in diabetic patient.
J. UROLOGY. 103 (5): 539, 1970.
- 5.- Robert B. Salmon, P. Ruben Koehler.: Angiography in renal and perirenal inflammatory masses.
RADIOLOGY. 88 (1): 9, 1967.
- 6.- Anthony J. Costello, John P. Blandy.: Percutaneous Aspiration of renal cortical abscess.
UROLOGY. 21(2): 201, 1983.
- 7.- John J. Murphy, F. Peter Kohler.: Reevaluation of modern - antibacterial agent used for perirenal abscess.
J.A.M.A., 171: 1287, 1959.
- 8.- Kennet H. Doolittle, Jack N. Taylor.: Renal abscess in the differential diagnosis of mass in kidney.
J. UROLOGY. 89: 649, 1963.
- 9.- Gerald W. Ireland, Nasser Javadpour.: Renal emphysema and retention of renal function.
J. UROLOGY. 106 (4): 463, 1971.



- 10.- Charles A. Moore, Mauro P. Gangai.: Renal cortical abscess.
J. UROLOGY. 98: 303, 1967.
- 11.- Morton Schneider, Joshua A. Becker.: Sonographic correlation of renal and perirenal infection.
AM. J. ROENTGENOL. 127(6): 1007, 1976.
- 12.- Herbert Y. Kressel, Roy A. Filly.: Ultrasonographic appearance of gas - containing abscesses in the abdomen.
AM. J. ROENTGENOL. 130 (1): 71, 1978.
- 13.- Melvyn R. Conrad, Roger C. Sanders.: Perinephric abscess aspiration using ultrasound guidance.
AM. J. ROENTGENOL. 128 (3): 459, 1977.
- 14.- Gaston Mendez, Jr., Michael B. Isikoff.: The role of computed tomography in the diagnosis of renal and perirenal abscesses.
J. UROLOGY. 122(5): 582, 1979.
- 15.- John W. Fenlon, Igal Silber.: Perirenal masses simulating renal tumors.
J. UROLOGY. 106 (4): 448, 1971.
- 16.- Morteza K. Elyaderani, V.P. Subramanian.: Diagnosis and Percutaneous drainage of a perinephric abscess.
J. UROLOGY. 125 (3): 405, 1981.
- 17.- Ramon Patel, Toshiyuki Tamaka.: Gallium-67 scan; aids to diagnosis and treatment of renal and perirenal infections.
UROLOGY. 16 (2): 225, 1980.
- 18.- William Hoddick, R. Brooke Jeffrey.: CT and sonography of severe renal and perirenal infections.
AJR. 140(3): 517, 1983.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 19.- Gabriel Caro, Robert Moiseil.: Epinephrine - enhanced arteriography in renal and perirenal abscess.
RADIOLOGY. 91 (6): 1262, 1967.
- 20.- Dalbert C. Rudy, Jeffrey R.: Perinephric abscess radiologically mimicking dilated bowel.
J.A.M.A. 249 (3): 401, 1983.
- 21.- Richard Sweet, William F. Keane.: Perinephric abscess in patient with polycystic kidney disease undergoing chronic hemodialysis. Nephron.
NEPHRON. 23 (5): 237, 1979.
- 22.- James F. Murphy, Herbert L. Fred.: Renal and perirenal gas in a diabetic man.
J.A.M.A. 249 (3): 401, 1983.
- 23.- Howard F. Wunderlich, James Lee Bailes.: Bacteroides Fragilis-perinephric abscess.
J. UROLOGY. 123 (4): 601, 1980.
- 24.- J. Maldonado, L. Garduño.: Pielonefritis enfisematosa.
REV. MEX. UROL. 34 (2): 167, 1974.
- 25.- F. Quiroz Gutierrez.: Anatomía humana, aparato urinario.
Ed. Porrúa, tomo III. P: 218.
- 26.- Donal R. Smith.: Urología general, anatomía renal.
Ed. El manual moderno. P: 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN