

Trabajo de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Montevideo,  
a cargo del Prof. José A. Piquinela — Hospital Pasteur

## ABSCESOS CORTICALES METASTATICOS DEL RIÑON (\*)

### A propósito de 2 observaciones

Dr. Roberto Perdomo

Las observaciones que pasamos a referir, que corresponden a dos pacientes asistidos en el curso de este año en la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela, han despertado nuestra atención por las siguientes razones:

1. Por inscribirse en medio de una recrudescencia general de las afecciones estafilocócicas, que viene sucediendo en pleno auge de la antibioterapia.

2. Por implicar una situación clínica que llega orientada hacia el cirujano general, como sucedió en nuestras observaciones, obligando a su conocimiento y a su resolución con carácter urgente. Tal situación es señalada por Beer (3) al decir: "los cirujanos generales lo verán más que los urólogos, pues son enviados a ellos por los internistas bajo la impresión de una condición abdominal aguda".

3. Por presentarse este tipo de enfermos muy frecuentemente como toxi-infectados graves, con moderada sensibilidad lumbar y sin síntomas urinarios definidos, siendo así una condición esencial para el diagnóstico, destacada por todos los autores, la de tener presente al absceso renal y perirrenal (su consecuencia) entre las posibilidades que deben plantearse en tales circunstancias. Desearíamos que estas líneas fueran útiles a ese objetivo.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 17 de mayo de 1961.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación N° 1

David A., 28 años.

**Ingreso:** 3-III-1961. Por fiebre y dolor en fosa lumbar derecha.

**Anamnesis:** Comienzo 8 días antes. Dolor en fosa lumbar derecha fijo, continuo, de mediana intensidad que no impide conciliar el sueño. Exacerbación del dolor en las últimas 24 horas, sin variar sus caracteres, que obliga a internarse. Temperatura elevada durante toda la evolución: entre 38° y 39° axilares. No tuvo trastornos miccionales ni alteración aparente del color de sus orinas.

**Antecedentes:** Hace un mes proceso inflamatorio cutáneo a nivel de la cara anterior de su rodilla derecha; es incindido por médico y da salida a pus. Rápida curación de este proceso local.

**Examen:** Aspecto de toxi-infección marcado. Temperatura 38° axilar. Facies pálida con ojeras marcadas. Dolorido. Lengua seca y saburral.

**Abdomen:** libre e indoloro a izquierda. A derecha la palpación despierta dolor en flanco, sin reacción parietal de defensa. Fosa lumbar de este lado dolorosa, pero no ocupada. No hay escoliosis ni contractura lumbar antálgica.

**Miembro inferior derecho:** Cicatriz cutánea sobre cara anterior de rodilla, resto del proceso inflamatorio curado.

**Laboratorio: Examen de orina:** densidad 1.014, albúmina Ogr. 26, no contiene anormales, sedimento con células planas, regular cantidad de leucocitos, hematíes y cilindros granulosos; bacterias.

**Exámenes de sangre:** Hematíes 3.820.000, Hemoglobina 79%, valor globular 1.01. Leucocitos 14.000.

**Radiología:** La radiografía simple de aparato urinario muestra un borramiento de la línea correspondiente al psoas derecho.

**Punción de la fosa lumbar derecha:** Se obtiene pus cuyo examen microscópico directo muestra la presencia de estafilococos.

**Operación:** 5-III-1961. Cirujanos: Dr. Mauro y Dr. Perdomo. Anestesia: general. Incisión de lumbotomía derecha. Se alcanza el espacio para-renal que está bloqueado en su parte alta por adherencias firmes (de la fascia retro-renal a la pared músculo-aponeurótica). En la zona libre, se palpa el riñón a través de la fascia retro-renal, hallándolo aparentemente indemne en su sector medio e inferior y sin infiltración del espacio peri-renal. Se fuerza con el dedo el paso hacia arriba penetrando en la zona bloqueada. Se cae así dentro de una cavidad pequeña, anfractuosa, correspondiente en su parte profunda al polo superior renal, y evacuándose algunos centímetros de pus amarillento bien ligado, sin restos necróticos macroscópicos aparentes, que se recoge para examen bac-

teriológico. Avenamiento con tubo en media caña. Cierre parcial del plano muscular; piel ampliamente abierta.

**Evolución post-operatoria:** Sin incidentes. Rápido descenso de la curva térmica y recuperación del estado general. Se retira el tubo al 7º día. La herida cicatriza normalmente por segunda intención. Un nuevo examen de orina resulta normal.

**Examen bacteriológico del pus:** Al examen directo: cocos gram positivo en racimos y cadenas (estafilo y estreptococos). Cultivo: estafilococo de tipo áureo. Estudio de la sensibilidad a los antibióticos: Máxima a la eritromicina; mediana a la terramicina y tetraciclinas; y poca a bacitracina, polimicina y cloramfenicol.

### Observación N° 2

Alcides C., 15 años. Tala (Dpto. Canelones).

**Ingreso:** 2-V-1961. Cuadro febril y dolor en fosa lumbar izquierda.

**Anamnesis:** Comienzo 10 días atrás. Dolor en fosa lumbar izquierda, sin irradiaciones, con un fondo de intensidad moderada y algunas exacerbaciones espontáneas. Concomitantemente se desarrolla un cuadro febril, con chuchos de frío y curva térmica de tipo supurativo, según señala el médico que lo envía. Fue tratado con antibióticos paraenterales sin lograr mejoría. No acusa trastornos miccionales ni alteración del color de sus orinas.

**Antecedentes:** Un mes atrás tuvo una herida punzante en base de pulgar derecho que dió lugar a un panadizo con adenitis axilar. A los 4 o 5 días de su evolución este proceso inflamatorio es abierto por médico, con salida de pus, y avenado, evoluciona luego sin incidentes lográndose rápidamente su curación.

**Examen:** Paciente febril (tem. ax. 37°5 y rectal 38°7), con facies dolorida y tóxica: palidez, ojeras marcadas, labios secos, sudoración.

**Fosa lumbar izquierda:** dolor intenso a la palpación en toda su extensión y sobre todo en su parte alta, con reacción muscular antálgica a esta maniobra. No existe sensación de fosa ocupada ni tumoración palpable. No hay escoliosis apreciable. Fosa lumbar derecha normal, así como el abdomen en general. No se despierta dolor en los puntos ureterales. El tacto rectal es negativo.

**Miembro superior derecho:** Cicatriz irregular en base de pulgar derecho, cara dorsal, correspondiente al panadizo tratado.

**Laboratorio: Examen de orina:** densidad 1.020. No elementos anormales. Sedimento normal.

**Leucocitosis:** 20.800.

**Radiología:** La radiografía simple de aparato urinario no aporta ningún dato digno de señalarse.

**Operación de Urgencia:** Cirujanos: Dr. Verges - Dr. Mauro. Anestesia: general. Incisión de lumbotomía izquierda. Se penetra hasta el espa-

cio pararenal que se encuentra bloqueado a la altura de la parte media de la cara posterior renal; su parte inferior está libre así como el sector correspondiente del espacio perirenal y el polo inferior del riñón como se comprueba por la palpación a través de la fascia retrorenal y por la punción a ese nivel. Se penetra en la zona bloqueada rompiendo la pared del absceso. Se cae así en una pequeña cavidad labrada en parte en la cortical renal, profundamente, y en parte integrada en medio de los planos peri y pararenales bloqueados que la limitan. Se evacúa una moderada cantidad de pus amarillento bien ligado que se recoge para estudio bacteriológico. Avenamiento de la cavidad con tubo de goma. Cierre parcial de los planos musculares y piel abierta.

**Evolución post-operatoria:** Sin incidentes. Se retira el tubo al 6º día. Apirexia casi inmediata. Herida en vías de cierre secundario. Al 4º día un nuevo examen de sangre muestra: Leucocitos 12.200, hematíes 3.900.000 con 80 % de Hb. y V. glob. 1.02.

**Examen bacteriológico del pus:** Al examen directo: regular cantidad de cocos gram positivos con los caracteres del estafilococo. Cultivo: se desarrollan colonias con los caracteres del estafilococo áureo, que se confirma por microscopía. Antibiograma: mayor sensibilidad a cloramfenicol, tetraciclina y eritromicina; menor a aureomicina, terramicina y novobiocina.

## CONSIDERACIONES

Las dos observaciones relatadas ofrecen una amplia similitud de caracteres. Las lesiones anatómicas encontradas, con ligeras diferencias topográficas, podrían superponerse sin dificultad para realizar con ellas una descripción única. En ambos casos se trataba de procesos supurados, focales, únicos, pequeños, limitados por una pared conjuntiva reaccional, inflamatoria, en parte alojados en la cortical renal (polo superior y cara posterior respectivamente) y en parte íntimamente confundidos con los planos peri y pararenales posteriores. La pared de estos verdaderos abscesos se constituía así, en su sector profundo a expensas del parenquima renal, y en su sector superficial a través de los planos retrorenales llegando al contacto con los músculos lumbares, fijándose a éstos y fijando de tal modo al propio riñón.

Tal disposición permitió la evacuación y el avenamiento a través de la zona pararenal, retro-fascial, sin riesgo de contaminar el espacio perirenal libre. Repetimos que las zonas vecinas al absceso, del riñón y del espacio perirenal, estaban libres y aparen-

temente indemnes, como lo mostraba la palpación y la punción a través de la fascia retrorenal.

Del mismo modo, desde el punto de vista **etiopatogénico**, ambas observaciones son reconocidas como abscesos secundarios o metastáticos, con puerta de entrada en focos sépticos cutáneos, y cuyo estudio bacteriológico reveló al estafilococo áureo como germen responsable.

Se comprende que el proceso se ha iniciado como una infección estafilocócica embolígena de la cortical renal (pionefritis), que adquiere la forma anátomo-patológica del absceso y en su expansión se exterioriza del parénquima, yendo a ocupar en parte topográficamente los tejidos peri y pararenales, a cuyo nivel el pus es alcanzado y evacuado por el cirujano.

Tal disposición evolutiva, ha hecho que en la literatura del tema procesos semejantes totalmente a los descritos sean clasificados, en unos casos como abscesos renales y en otros, tal vez la mayoría, como perirenales, teniendo en cuenta a ese efecto su sector de expansión extra-renal, que en nuestros casos era posterior pero que, naturalmente, puede hacerse en otros sentidos. Ello complica la búsqueda bibliográfica hasta tanto se entiende la unidad del problema en cuestión, bajo los términos expuestos.

Se ha señalado inclusive que en etapas evolutivas posteriores, mientras prosigue la expansión extra-renal de la supuración, la cavidad renal original puede reducirse, o curar por cicatrización, no reconociéndose en la exploración operatoria. De todos modos, se desecha hoy la hipótesis de la supuración primaria, embolígena, del perinefro, que gozó de favor en las primeras interpretaciones de este problema, y se considera que los abscesos perirenales así constituídos son prácticamente siempre secundarios a la infección del parénquima renal (Couvelaire y col. <sup>(6)</sup>). Consecuentemente, Obrant <sup>(8)</sup> los domina "abscesos perirenales pionefríticos".

Es preciso, por último y para delimitar bien nuestra materia, reconocer y separar de aquella descripción a los abscesos perirenales secundarios a infecciones de origen pielolocalicial y asociadas con mucha frecuencia a la litiasis. Estos forman los llamados "abscesos perirenales pielonefríticos" por el autor citado <sup>(8)</sup>, con

sustractum anátomo-patológico, bacteriología y expresión clínica especial y absolutamente diferente, lo que permite su individualización y exclusión del grupo de las supuraciones embolígenas corticales que estamos estudiando aquí.

**El cuadro clínico**, como surge de las historias relatadas, suele ser claramente orientador, a condición esencial de que se tenga presente esta entidad y se esté vigilante para su diagnóstico. Es éste un punto que motiva la insistencia de todos los autores y, en momentos en que, después de un largo período de real descenso, la situación planteada parece experimentar un renovado empuje en su frecuencia, volverla a la luz y a la memoria es objetivo primordial del presente trabajo.

De los antecedentes surge un dato valioso: la existencia de un foco supurado, habitualmente cutáneo, evolucionando semanas o meses antes, a menudo ya curado y olvidado por el paciente. En nuestras observaciones existían estos focos y habían sido objeto de maniobras para la evacuación del pus. Se destaca aquí la necesidad de proceder con todo cuidado al tratamiento de esos focos de apariencia banal, fuentes potenciales de diseminación piógena. Frente a tal contingencia, no se estará a cubierto, en el momento actual, con la administración de los antibióticos de uso corriente (penicilina, estreptomycin), por tratarse en la mayoría de los casos de estafilococos resistentes a los mismos.

En su aspecto general, los pacientes se muestran con un cuadro toxi-infeccioso de intensidad variable, con temperatura elevada y progresiva, chuchos de frío, anemia clínica moderada, profundas ojeras, lengua saburral, etc. En ciertas formas clínicas muy agudas, estos pueden ser los fenómenos predominantes y desorientar el diagnóstico hacia las toxi-infecciones de causa médica.

Como síntomas y signos focales se comprueba el dolor espontáneo, vago o punzante, en la fosa lumbar, localizado a ella o irradiando en un área más o menos extensa y en sentido variable. La palpación despierta o agudiza el dolor lumbar, pudiendo existir cierto grado de contractura muscular antálgica con o sin escoliosis hacia el lado afecto. Es corriente, en las primeras etapas de enfermedad, que la palpación no revele ocupamiento de

la fosa, ni tumor lumbar ni aún la sensación de un polo renal no modificado, como sucedía en nuestras observaciones.

Se observa como elementos negativos de valor que, en casi todos los casos, los pacientes no acusan otros síntomas de la esfera urinaria, ni en el desarrollo de su enfermedad ni en sus antecedentes. Su dolor no adquiere los caracteres del cólico nefrítico; no existen trastornos de la micción y las orinas son claras o simplemente hiperconcentradas en relación al cuadro febril. Todo esto aleja rápidamente de la posibilidad de un absceso perirenal pielonefrítico.

En abscesos de topografía y evolución anterior, el dolor suele topografiarse en los hipocondrios y existir síntomas gastrointestinales más o menos intensos, planteándose así difíciles situaciones de diagnóstico diferencial con afecciones apendiculares, vesiculares, del colon, etc.

El laboratorio nos muestra una orina normal en las etapas iniciales, o con alguna discreta alteración del sedimento (hematías, leucocitos, cilindros, etc.) vinculable a la reacción tóxica inespecífica. En algunos casos, no obstante, se ha descrito el hallazgo de estafilococos en los cultivos de orina. Aquellos datos negativos, que se confirman mediante la citoscopía que permite ver el buen funcionamiento de ambos uréteres (ausencia de bloqueo) y analizar las muestras separadas de orina, son fuertemente presuntivos en favor del absceso renal y perirenal piónefrítico. Constituyen, además, nuevos elementos de juicio para separar los abscesos perirenales pielonefríticos, en los cuales la presencia de pus y bacterias variadas en la orina son prácticamente constantes, de no existir bloqueo ureteral.

En la sangre, se comprueba una leucocitosis de cifras variables y no constante. Existe con frecuencia una moderada anemia. Los cultivos de sangre para el estafilococo sólo se han mostrado positivos en casos de sepsis grave.

El estudio radiológico es muy importante y del se han extraído datos de gran valor diagnóstico. Nos referiremos solamente a las exploraciones que pueden realizarse sin dificultad y con carácter de rutina frente a esta situación de urgencia, siguiendo a Beer (3) y a Parks (10).

1. **La radioscopia:** En casos de absesos a evolución superior puede mostrar una alteración de la movilidad diafragmática en su sector posterior, con simple limitación en las primeras etapas de la enfermedad. En etapas avanzadas, es posible observar fijación y elevación del diafragma, derrame pleural reaccional o empiema pleural secundario.

2. **La radiografía simple del aparato urinario:** Permitirá observar en ciertos casos,

- a. curvatura antálgica del raquis, hacia el lado lesionado.
- b. borramiento del borde del psoas.
- c. ensanchamiento de la sombra renal.

3. **La urografía de excreción:** En el momento actual se la utiliza cada vez más para el diagnóstico de las nefropatías quirúrgicas agudas. Puede aportar valiosas informaciones sobre:

- a. Fijación del riñón que no se desplaza al pasar del decúbito a la posición erecta.
- b. Desplazamiento del riñón, en sentido variable según la topografía del absceso y empujado por la expansión del mismo.
- c. Cambios en la pelvis y cálices renales, por compresión intrínseca del absceso. Pueden simular un tumor. Sólo pueden valorizarse cuando existen pielogramas previos para comparar (Parks <sup>(10)</sup>).
- d. La función renal: eliminación normal del medio opaco, a menos que el desplazamiento del riñón cause obstrucción de la pelvis o del uréter.

En nuestra observación N° 1, se recurrió a la **punción** de la región lumbar con resultado positivo, extrayéndose pus con estafilococos. Se ha reprochado a la maniobra el peligro de la diseminación del proceso supurado. Ha sido utilizada por Bergman y col. <sup>(4)</sup> seguida por inmediata operación. En general, se prefiere prescindir de ella.

En relación con la sensibilidad del estafilococo aéreo de nuestras observaciones frente a los antibióticos, cabe destacar la uniforme resistencia de las cepas a la penicilina y estreptomycin, así como la variable sensibilidad para los de amplio espectro, con



excepción de la eritromicina que se mostró de alta acción en ambos casos.

**El tratamiento** de urgencia se limitó, con éxito inmediato evidente, a la incisión de lumbotomía, bajo anestesia general, abordaje del absceso en su sector emergente en el espacio retrofascial pararenal, evacuación del contenido purulento, limpieza y avenamiento del foco y cierre parcial de los planos musculares, dejando la piel ampliamente abierta.

La cuestión de si debe llevarse la operación con un plan más amplio en determinados casos, es motivo de discusiones. En todo caso, creemos que los pacientes recibirán un beneficio inmediato con la evacuación de la colección supurada, al que se agregará el uso del antibiótico electivo determinado por el estudio del antibiograma. A posteriori, siempre será posible determinar por la evolución y los estudios complementarios la necesidad de un nuevo acto quirúrgico; esta vez con un paciente recuperado y en mejores condiciones generales.

Autores hay que llevan su acción hasta la nefrectomía de urgencia (O'Connor <sup>(9)</sup>). Otros como Atcheson <sup>(2)</sup> se adscriben a lo dicho por Ryle <sup>(11)</sup> "Nunca he visto un caso en el cual la nefrectomía pareciera justificable en el momento de la primera operación".

## SUMARIO

Se relatan dos observaciones de absesos corticales metastáticos del riñón. A su propósito se estudian las características lesionales y etiopatogénicas de estos procesos, refiriéndose el autor a las dificultades que implica su adecuada clasificación dentro del cuadro general de las supuraciones renales y perirenales.

Es puesto de relieve el hecho de que este problema se presenta como un aspecto particular en la recrudescencia actual de las afecciones estafilocócicas, con motivo de la resistencia desarrollada por estos gérmenes a los antibióticos de uso más difundido.

Se revisan los elementos clínicos y auxiliares útiles para el diagnóstico, insistiéndose en la necesidad de tener presente inmente a esta entidad clínica, sobre todo en casos de sepsis prolongada.

Finalmente, se hace mención a las directivas terapéuticas de urgencia y se establece que el correcto y cuidadoso tratamiento de los focos supurados cutáneos, y eventualmente de otra situación, son la mejor medida profiláctica de esta enfermedad.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ABESHOUSE, B. S. and LERMAN, S.: Perinephritis and Perinephric Abscess; A Study of Thirty Seven Cases. Urol. & Cutan. Rev., 53: 449-465, 1949.
2. ATCHENSON, D. W.: Perinephric Abscess with a Review of 117 Cases. Journ. Urol., 46: 201-208, 1941.
3. BEER, E.: Coccic Infections of the Renal Cortex. J. Amer. Med. Ass., 106: 1063-1070, 1936.
4. BERGMAN, H. and SIMON, S.: Perinephritic Abscess: A Review of Twentytwo Cases. Urol. & Cutan. Rev., 52: 704-708, 1948.
5. BUGBEE, H. G.: Perinephritis and Perinephritic Abscess. Am. J. Surg., 26: 255-261, 1934.
6. COUVELAIRE, R., PATEL, J. et PETIT, P.: Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale, Tomo VI Masson et Cie. 1947. Citado por Obrant (8).
7. HOTCHKISS, R. S.: Perinephric Abscess. Am. J. Surg., 35: 471-485, 1953.
8. OBRANT, O.: Perirenal Abscess. A. Chir. Scand., 97: 338-353, 1948.
9. O'CONNOR, V. J.: Carbuncle of the Kidney. J. Urol., 30: 1-13, 1933.
10. PARKS, R. E.: The Radiographic Diagnosis of Perinephric Abscess. J. Urol., 64: 555-563, 1950.
11. RYLE, J. R.: Perinephric Abscess. Brit. J. Urol., 10: 334, 1938. Citado por Atchenson (2).
12. VERMOOTEN, V.: The Mechanism of Perinephric and Perinephritic Abscess. J. Urol., 30: 181- 193, 1933.

**Dr. Chifflet.** — Yo quería preguntar al Dr. Perdomo, que lo ha estudiado seguramente para este tema, si la urografía de exceción en este caso pudo haber confirmado el diagnóstico o no.

**Dr. Perdomo:** Lo pude leer para ponerme en contacto con el conocimiento de este tema, me ha mostrado que lo que se prefiere en general en estos trabajos es hacer el urograma en los casos en que estos procesos tengan una evolución a la forma subaguda. En la forma aguda también está la indicación hecha, pero las opiniones se dividen.

Inclusive nosotros hablamos con el radiológico para que en este caso se hiciera el urograma en agudo, pero éste prefirió aconsejarnos que hi-

ciéramos solamente la radiografía simple, que eso podía orientarnos. Luego decidimos utilizar la punción que como dice el Dr. Lockhart fue afortunada. Ahora bien, en estos casos, cuando se han hecho urografías en los procesos agudos y subagudos —hay algunas láminas muy interesantes— ellas muestran separaciones de los cálices e inclusive en algunos casos hay amputaciones de algunos de ellos que inclusive pudieran simular un tumor, así como se ponen en evidencia de tal modo desplazamientos del riñon en sentido lateral o ántero-posterior y su fijación al tomar placas de pie y en decúbito.