



Incidencia y características del absceso renal y perirrenal en un área sanitaria

E. Antón DM, J. Eito, J. Loperena y J. Mendivil*

Servicios de Medicina Interna y *Urología. Hospital de Zumárraga.

Sr. Editor:

Los abscesos renales y perirrenales son infecciones infrecuentes del tracto urinario¹. Su presentación clínica, variable e insidiosa, favorece la dificultad y retraso en el diagnóstico lo que, a su vez, condiciona la tasa de mortalidad. El diagnóstico precoz y un tratamiento apropiado reducirían la mortalidad a un nivel mínimo². Nos ha parecido interesante conocer la incidencia y características de este trastorno en nuestro medio. Se revisaron, retrospectivamente, las historias de aquellos pacientes diagnosticados de absceso renal y perirrenal (código 590.2, CIE-9), du-

rante la última década en nuestro hospital, centro de referencia para un área de 85.000 habitantes (> 14 años).

Fueron identificados 7 pacientes (tabla I) lo que significa una tasa de incidencia anual de 0,8 casos/10⁵ habitantes (> 14 años) o de 1,1/10⁴ ingresos hospitalarios (> 14 años). Las técnicas de diagnóstico por imagen utilizadas fueron la ecografía y la TC abdominales. En seis pacientes el absceso fue único, con un diámetro lesional inferior a 5 cm (5 casos), otro con 7 cm y un absceso perinefrítico de 5 cm. El estudio microbiológico identificó el agente causal en cinco pacientes, mediante

Tabla I. Características generales de una serie de abscesos renales y perirrenales

N.º paciente	Edad, sexo	Hallazgos clínicos	Hallazgos en TC y/o ecografía antes del tratamiento	Tipo de tratamiento	Hallazgos en TC y/o ecografía post-tratamiento	Evolución	Factores de riesgo Patología predisponente
1	36/V	Dolor en flanco	ARU, 2 cm	At	Rca, 8 semanas	Curación ss.	Esplenectomía post-traumatismo
2	58/V	Fiebre en agujas	ARU, 4 cm PQR	At	Rca, 9 semanas	Curación ss.	PQR izda.
3	61/V	Fiebre, disuria, dolor en flanco	ARU, 3 cm	At	Rca, 10 semanas	Curación ss.	
4	34/M	Fiebre, dolor en flanco, MEG	ARU, 3 cm PNF	At	Rca, 10 semanas	Curación ss.	PNA dcha. reciente
5	15/V	Fiebre, dolor en fosa renal	ARU, 2 cm	At	Rca, 12 semanas	Curación ss.	Forunculosis cutánea 2 semanas antes
6	69/M	Fiebre, dolor en fosa renal, MEG	APR, 5 cm	At, Dp	Rca, 9 semanas	Curación ss.	Infección tracto urinario
7	90/M	Fiebre, dolor en fosa renal, MEG	ARU, 7 cm	At, Dp	Rca, 11 semanas	Curación ss.	Infección tracto urinario

V: varón. M: mujer. MEG: mal estado general. TC: tomografía computerizada. ARU: absceso renal único. PQR: poliquistosis renal. PNF: pielonefritis focal. APR absceso perirrenal. At: tratamiento antibiótico. DP: Drenaje percutáneo. Rca: Regresión completa absceso. SS: sin secuelas. PNA: pielonefritis aguda.

Correspondencia: Dr. Enrique Antón Aranda
Eriete, 12
31180 Zizur Mayor (Navarra)
E-mail: ejaaranda@hotmail.com

urocultivo (2/7), hemocultivo (2/7) y drenaje percutáneo (2/2): *E. coli* (2), *P. mirabilis* (1), *P. aeruginosa* (1) y *S. aureus* (1). La curación se alcanzó en cinco pacientes únicamente con antibióticos, precisando el resto drenaje percutáneo.

Aunque el absceso perinefrítico es el más frecuente^{1,3}, en nuestra serie ocurrió justamente lo contrario debido a la ausencia de patología nefrolitiásica predisponente^{1,3}. Los abscesos renales son especialmente peligrosos debido a su localización y tendencia a propagarse a los tejidos adyacentes. Una vez que la infección se ha extendido al espacio perirrenal el tratamiento requiere un drenaje quirúrgico. Por tanto un diagnóstico precoz del absceso intrarrenal puede prevenir su extensión perirrenal y retroperitoneal y evitar la cirugía. En este sentido la ecografía es una técnica de diagnóstico por la imagen de alta eficacia y bajo coste para la detección del absceso renal, con una precisión del 97%, una sensibilidad del 93% y una especificidad del 98,6%^{4,5}. Sin embargo, la obesidad y el gas intestinal dificultan la visualización. La TC, si bien más cara, ofrece mejor definición, detecta la extensión perirrenal e incrementa la especificidad diagnóstica^{3,5}. La ecografía sola o asociada a TC permitió identificar todos los abscesos de nuestra serie con una demora inferior a 48 horas. Hay evidencia de que una prolongada terapia antibiótica podría ser curativa en la mayoría de casos sin necesidad de recurrir a la cirugía. El tratamiento adecuado inicial sería la administración durante un mínimo de cuatro semanas

de antibióticos de amplio espectro en pauta secuencial, teniendo en cuenta los agentes causales más habituales de infección del tracto urinario y que los abscesos estafilocócicos son más frecuentes en diabéticos e inmunodeprimidos. La cirugía quedaría reservada para los casos con mala respuesta⁶ condicionada, generalmente, por un tamaño de absceso mayor de 5 cm^{3,7-9} y/o factores de riesgo previos y para casos de sepsis severa.

BIBLIOGRAFÍA

1. López E, Arlandis S, Montserrat JJ, Fuster A, Jiménez F: Abscesos renales y perirrenales. *Actas Urol Esp* 23: 135-139, 1999.
2. Yen D, Hu S, Tsai J, Kao W, Chern C, Wang L y cols.: Renal abscess: early diagnosis and treatment. *Am J Emerg Med* 17: 192-197, 1999.
3. Meng M, Mario L, McAninch J: Current treatment and outcomes of perinephric abscesses. *J Urol* 168: 1337-1340, 2002.
4. Taylor KJ, Wasson JF, De Graaff C, Rosenfield AT, Andriole VT: Accuracy of grey-scale ultrasound diagnosis of abdominal and pelvic abscesses in 220 patients. *Lancet* 1: 83-84, 1978.
5. Fowler JE Jr, Perkins T: Presentation, diagnosis and treatment of renal abscesses: 1972-1988. *J Urol* 151: 847-851, 1994.
6. Rives RK, Harty JL, Amin M: Renal abscess: emerging concepts of diagnosis and treatments. *Urology* 124: 446-447, 1980.
7. Siegel JF, Smith A, Moldwin R: Minimally invasive treatment of renal abscess. *J Urol* 155: 52-55, 1996.
8. Bacha K, Miladi M, Ben L, Hajri M, Tanazaghti F, Ayed M: Therapeutic aspects of renal abscess. Report of 50 cases. *Prog Urol* 11: 444-449, 2001.
9. Dalla Palma L, Pozzi F, Ene V: Medical treatment of renal and perirenal abscesses: CT evaluation. *Clin Radiol* 54: 7, 1999.