

HISTORIA CLÍNICA HNRG

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

DANIELA LIS^a, LUCILA PETRILLO^a, LUCILA DE LUIS^b, RODRÍGUEZ, MARÍA FLORENCIA^b,
MÓNICA SOLTYS^c y JULIÁN RODRIGUEZ KIBRIK^d

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: T. M.
Edad: 8 años y 2 meses.
Sexo: femenino.
Fecha de ingreso a Unidad 21: 16/12/2016
Procedencia: Concordia, Entre Ríos.

MOTIVO DE CONSULTA

Síndrome febril de 2 semanas de evolución.

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Derivación de hospital de Concordia por síndrome febril prolongado con tumoración renal y de músculo psoas para estudio.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 8 años previamente sana que consultó por fiebre de dos semanas de evolución con 3-4 registros diarios entre 38,5 y 40°C, diagnosticándose catarro de vías aéreas superiores. Por persistir con fiebre recibió tratamiento con amoxicilina sin respuesta. Consultó al Hospital de Concordia donde se presentó febril, con puño percusión lumbar positiva. Se realizó sedimento urinario donde se constató 10-15 glóbulos blancos por campo, hemograma que presentó leucocitosis con fórmula desviada a la izquierda, anemia y parámetros de inflamación aumentados, hemocultivos con resultados negativos y radiografía de tórax de frente sin hallazgos patológicos. Inició tratamiento con ceftriaxona.

Con el resultado del urocultivo negativo se desestimó la infección urinaria. La ecografía renal muestra una imagen sólida en el polo superior de riñón derecho de 50 mm de diámetro y la tomografía computada de abdomen y pelvis informa masa perirrenal y en músculo psoas de 59 mm.

En el contexto de síndrome febril con tumoración renal y en psoas, se decidió la derivación a un centro de mayor complejidad para estudio y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo controlado. Nacida a término con peso adecuado para la edad gestacional.
Controles pediátricos periódicos. Buen progreso ponderoestatural.
Vacunas completas para edad según calendario nacional de vacunación.
Desarrollo neuromadurativo acorde a edad y sexo.

Examen Físico

Buen estado general. Vigil, reactiva.
Signos vitales: F.C: 70 por minuto; F.R: 25 por minutos; T.A: 95/60 (normotensa); Saturación de oxígeno aire ambiente 100%; Temperatura 36,8°C.
Abdomen blando, indoloro. Sin masas ni visceromegalias. Ruidos hidro aéreos conservados. Puño percusión lumbar negativa.
Genitales acordes a sexo y edad.
Verrugas vulgares en ambos miembros inferiores.
Regular estado dentario, sin foco odontógeno.

EXÁMENES

COMPLEMENTARIOS INICIALES

Hemograma: datos positivos leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia, trombocitosis: plaquetas 920.000/mm³ Química: normal

Proteína C Reactiva 99mg/l (reactantes de fase aguda aumentados)

Hemocultivos x 2 negativos.

Orina completa: pH6, densidad 1005, hematíes por campos 1-3, leucocitos por campo 10-15.

Urocultivo: negativo.

Ecografía renal: en el polo superior del riñón derecho se aprecia una imagen redondeada que altera parénquima renal, con escasa vascularización ante doppler color, de aproximadamente 40 x 34mm. Imagen redondeada en región correspondiente topográficamente al psoas de 38 x 27 mm. Resto sin particularidades.

Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con y sin contraste: imagen hipodensa con refuerzo periférico con el contraste en el polo superior del riñón derecho (*Figura 1*) y se continua en el espesor del músculos psoas (*Figura 2*), compatible con abscesos.

a. Residente de 2do año de Clínica Pediátrica, HNRG.
b. Residente de 1er año de Clínica Pediátrica, HNRG.
c. Residente de 4to año de Clínica Pediátrica, HNRG.
d. Jefe de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG.

PLANTEOS DIAGNÓSTICOS AL INGRESO

Absceso renal/psoas.
Infección urinaria alta (pielonefritis).
Tumor renal sobreinfectado.

TRATAMIENTO

Ceftriaxona 50 mg/kg/día.
Clindamicina 40 mg/kg/día.

EVOLUCIÓN

La paciente persiste con fiebre las primeras 24 horas, luego se mantuvo afebril. En conjunto con los servicios de Urología y de Cirugía Mínimamente Invasiva se realizó una punción biopsia de la masa renal guiada por ecografía. Se obtuvo líquido serohemático y purulento. El cultivo y la reacción en cadena de la polimerasa; ambos fueron positivos para *Staphylococo Aureus* Meticilino Resistente (SAMR), sensible a trimetropina-sulfametoxazol endovenoso que recibe durante durante 12 días. La ecografía de control informó imágenes renal (27mm x 26 mm) y de psoas (33mm x 12 mm) en vías de resolución y en un laboratorio control se constataron parámetros de inflamación mejorados con respecto al ingreso.

Figura 1. Absceso renal. TC de abdomen con contraste



Figura 2. Absceso de psoas. TC de abdomen con contraste



Siendo ésta una presentación atípica se estudió la inmunidad innata y adquirida de la paciente: poblaciones linfocitarias, vías de complemento, inmunoglobulinas GAM, respuesta inmune a vacunas virales, test de dihidrorodamina y ELISA para HIV: todos los resultados dentro de límites normales.

Se le realizó tratamiento con topicaciones sobre verrugas vulgares. Por buena evolución clínica y mejoría de imágenes ecográficas y de parámetros de laboratorio, se derivó a la paciente al Hospital de Concordia para continuar tratamiento antibiótico hasta completar 21 días totales.

Con el estudio de la inmunidad dentro de límites normales, y las verrugas vulgares como única puerta de entrada evidenciable, se llegó a la conclusión que el absceso fue probablemente por diseminación hematológica a punto de partida de las mismas.

DIAGNÓSTICO AL EGRESO

Absceso renal primario y absceso de psoas por *Staphylococcus Aureus* Meticilino Resistente de la comunidad.

COMENTARIO

Los abscesos renales y perirrenales son infecciones en uno o ambos riñones o alrededor de los mismos en el interior de la celda renal. El primero suele ser más frecuente, ambos comienzan con necrosis tisular. El absceso renal forma una neocavidad a diferencia del perirrenal con licuefacción más difusa entre la cápsula renal y la fascia de Gerota.

El absceso renal generalmente ocurre luego de una pielonefritis, sobre todo en pacientes con anomalías anatómicas; con episodios previos de infección y cicatrices. En la era preantibiótica eran complicaciones clásicas de bacteriemia estafilocócica, actualmente no es frecuente. Sin embargo se observa como complicación de la endocarditis estafilocócica o a partir de una infección en piel como puerta de entrada.

El absceso perirrenal puede ocurrir a través de la diseminación local o hematológica. En el primer caso, puede desarrollarse desde una infección intrarrenal que generalmente es producida por bacilos gram negativos, hasta alcanzar la grasa perirrenal, progresar hacia la pared lumbo abdominal y hacia estructuras viscerales adyacentes. Menos frecuente la supuración perirrenal puede surgir de la infección contigua de algún órgano vecino. Asimismo puede producirse a partir de la diseminación hematológica, en su mayoría por estafilococo.

Los factores predisponentes incluyen la diabetes mellitus, el embarazo y las anomalías del tracto urinario (litiasis renal, reflujo vesicoureteral, vejiga neurogénica, tumores, enfermedad poliquística renal).

Las manifestaciones clínicas son similares, tienen un comienzo insidioso con fiebre, dolor lumbo

abdominal vago, palidez, fatiga, sudores, pérdida de peso. Los abscesos perirrenales pueden involucrar estructuras adyacentes, con los síntomas relacionados con dicha afectación. Ocasionalmente, se puede apreciar una masa palpable o la piel suprayacente puede demostrar signos de flogosis.

Los hallazgos de laboratorio, la leucocitosis y los reactantes de fase aguda elevados se observan con frecuencia, aunque no son específicos. También es importante la evaluación de la función renal. Los hallazgos anormales en la orina dependen de si el proceso infeccioso se comunica con el sistema colector, demostrando piuria, proteinuria y bacteriuria; y un cultivo de orina positivo. En caso de diseminación hematógena, los cultivos de sangre pueden tener rescate bacteriológico. Es necesario el cultivo de una muestra del propio absceso para un correcto diagnóstico microbiológico e implementar así su adecuado tratamiento antibiótico.

En cuanto a los exámenes de imágenes: en la radiografía simple de abdomen puede hallarse signos sugestivos como un riñón agrandado con contornos poco definidos, una pérdida de margen de psoas, una imagen litiásica.

Mientras que en la ecografía es posible evidenciar una cavidad de pared gruesa con contenido líquido, siendo indistinguible si éste es pus, sangre u orina. La tomografía computarizada con contraste es el estudio de elección, siendo útil para valorar la extensión de la infección en el sistema colector, así como también en las estructuras adyacentes; que en caso de existir, revela invasión muscular, inguinal, pelviana o diafragmática; así como también mediastinal y pulmonar. La gammagrafía y la resonancia magnética tienen una utilidad limitada.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen nefritis bacteriana focal aguda sin necrosis de tejido renal, pielonefritis aguda complicada por necrosis papilar y carcinoma de células renales. La mayoría de estos se pueden distinguir de los abscesos por tomografía computarizada, aunque en casos ocasionales, es necesario el cultivo o la histología del tejido para hacer el diagnóstico alternativo.

El tratamiento de los abscesos renal y perirrenal incluye la terapia antimicrobiana junto con el drenaje percutáneo, cuando sea necesario. La elección del tratamiento antibiótico empírico depende de la sospecha de la patogenia del absceso. En el contexto de un absceso asociado con pielonefritis, la terapia empírica debe estar dirigida para erradicar las enterobacterias. En contraste, para un absceso asociado con bacteriemia estafilocócica. El tratamiento antibiótico empírico inicial generalmente se administra por vía parenteral. Luego se adaptará al cultivo y la sensibilidad antibiótica según antibiograma, en caso que existiera rescate. La terapia con antibióticos tendrá una duración total de al menos dos a tres semanas.

Las indicaciones para el drenaje percutáneo del absceso renal dependen del tamaño de éste si es mayor a 5 centímetros o si es menor pero persistente a pesar del tratamiento antibiótico, mientras que en el caso del perirrenal se indica generalmente en los abscesos de todos los tamaños. El drenaje percutáneo puede complicarse en caso de encontrarse tabicado, siendo necesario una intervención quirúrgica y/o nefrectomía.

La intervención urológica puede justificarse para los abscesos que se producen en el contexto de obstrucción de la vía urinaria que requiera alivio, en anomalías anatómicas o cuando adquieren un tamaño demasiado grande y no responden favorablemente al tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo.

El seguimiento depende de la respuesta clínica del paciente y de los marcadores inflamatorios. La repetición de imágenes se justifica en caso de la persistencia de los síntomas clínicos o anomalías de laboratorio.

Los abscesos renales y perirrenales pueden ser enfermedades graves, dependiendo de la extensión de la infección y los factores del huésped subyacentes. Generalmente el pronóstico es favorable, pero es necesario destacar la importancia de realizar un correcto diagnóstico para establecer el tratamiento correspondiente. Siempre se debe sospechar la posibilidad de un absceso renal o perirrenal en pacientes tratados por pielonefritis que no responden favorablemente a la terapia antimicrobiana.

Agradecimientos

A los servicios de Nefrología y Urología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, et al. Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg* 2007; 31:431.
- Dalla Palma L, Pozzi-Mucelli F, Ene V. Medical treatment of renal and perirenal abscesses: CT evaluation. *Clin Radiol* 1999; 54:792.
- Lee SH, Jung HJ, Mah SY, Chung BH. Renal abscesses measuring 5 cm or less: outcome of medical treatment without therapeutic drainage. *Yonsei Med J* 2010; 51:569.
- Meng MV, Mario LA, McAninch JW. Current treatment and outcomes of perinephric abscesses. *J Urol* 2002; 168:1337.
- Shu T, Green JM, Orihuela E. Renal and perirenal abscesses in patients with otherwise anatomically normal urinary tracts. *J Urol* 2004; 172:148.
- Tratado de Pediatría de Nelson (18° ed). Elsevier.