

Descripción del caso presentado en el número anterior: Absceso renal

Renal abscess

Dra. María Eva Ybarra^a, Dra. Lucía D'Ambrosio^a y Dra. Alicia Fioravanti^b

CASO CLÍNICO

Niño de 7 años que consulta por cuadro febril de 10 días de evolución, pérdida de peso, dolor abdominal y masa dura, en el flanco izquierdo.

Se realiza ecografía abdominorrenal: (Figura 1)

Riñón izquierdo: 110 mm x 33 mm. Imagen en polo inferior, heterogénea, de 57 mm x 37 mm, sin vascularización, que está aumentada en el resto del parénquima renal. Hallazgo compatible con absceso renal. Se completa la evaluación con tomografía axial computada (TAC) con contraste endovenoso (EV), que confirma el diagnóstico. (Figura 2)

Se indica ceftriaxone 50 mg/k/día. Se realiza drenaje percutáneo del absceso.

Hemocultivos y urocultivo: negativos

Material purulento del drenaje: desarrolla *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (SAMR).

Cumple tratamiento EV con ceftriaxone (14 días), clíndamicina (18 días) y rifampicina por vía oral (6 días). Buena evolución y remisión completa. Se otorga el alta tras 20 días.

COMENTARIO

El absceso renal y el perirrenal son muy infrecuentes en pediatría, pero corresponde tenerlos en cuenta como diagnósticos diferenciales en un paciente con fiebre (prolongada o no) y dolor abdominal o lumbar.^{1,2}

El absceso renal puede generarse por tres vías: hematogena, ascendente a través del tracto urinario o por contigüidad con estructuras vecinas luego de cirugías abdominales o urológicas recientes.¹

El absceso perirrenal proviene de la acumulación de material purulento entre la cápsula renal y la fascia de Gerota, y es secundario a la ruptura de un absceso renal.^{1,2}

Según su localización, los abscesos se dividen en corticales o corticomedulares. La mayoría de los corticales provienen de una siembra hematogena (en 90% se aísla *Staphylococcus aureus* a partir de piel, cavidad bucal, oídos, pulmones o huesos);

y suelen ser únicos. Habitualmente no hay factores predisponentes para la infección. Los de localización corticomedular implican, por lo general, una patología del tracto urinario (obstrucción, infección). Los gérmenes más frecuentes son bacterias gramnegativas (enterobacterias y *Pseudomonas aeruginosa*). Pueden aislarse *Cándida* y *Aspergillus*, especialmente en individuos inmunosuprimidos.^{1,2}

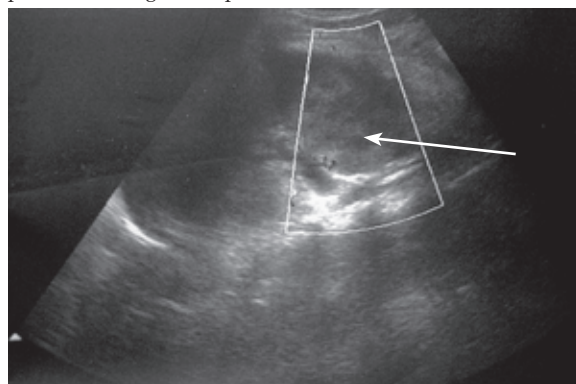
En el caso presentado, la infección cutánea reciente, y el examen de orina normal, orienta a posible siembra hematogena. El diagnóstico microbiológico se realiza por urocultivo, hemocultivo o cultivo de material de la lesión. El diagnóstico por imágenes se realiza con la ecografía, que muestra masas esféricas, hipocogénicas o anecogénicas, con paredes engrosadas e irregulares y refuerzo acústico posterior.

La TAC con contraste endovenoso es el estudio que define la extensión de la lesión y permite visualizar una o más imágenes con densidad heterogénea, áreas hipodensas centrales y realce periférico tras el contraste endovenoso. La resonancia magnética nuclear (RMN) puede indicarse en casos de alergia al material de contraste o insuficiencia renal.²

El tratamiento depende del tamaño del absceso y del cuadro clínico. Se debe utilizar antibioticoterapia endovenosa con aminoglucósido y un betalactámico

FIGURA 1. Ecografía Doppler renal

Riñón izquierdo: 110 mm x 33 mm, aumentado de tamaño con respecto al contralateral con aumento de la vascularización. En el polo inferior se observa imagen ovoidea hipocogénica heterogénea, de 57 x 37 mm, que no deforma ni altera el seno renal, rodeada por aumento de la ecogenicidad de la grasa perirrenal (edema). (Flecha). Con el modo Doppler se observa aumento de la vascularización periférica. Imagen compatible con absceso renal.



a. Servicio de Emergencias.

b. Servicio de Imágenes.

Hospital de Niños Pedro Elizalde.

Correspondencia: Dra. María Eva Ibarra: eva_ybarra@hotmail.com

Recibido: 3-4-10

Aceptado: 4-11-10

antiestafilocócico² y luego continuar según antibiograma en caso de rescate microbiológico. Asimismo, corresponde tener en cuenta el creciente aumento de cepas SAMR al elegir el antibiótico adecuado.⁵

El tratamiento antibiótico puede ser la única terapéutica, en caso de abscesos pequeños, menores a 3 cm. En abscesos de entre 3-5 cm debería complementarse con la punción percutánea. Si el absceso es mayor de 5 cm, fracasó la punción, el paciente es

FIGURA 2. TAC abdominorrenal con contraste endovenoso

El riñón izquierdo se observa aumentado de tamaño, en su valva anterior se visualiza una imagen de bordes mal definidos y densidad heterogénea, con áreas hipodensas centrales y realce periférico tras la administración de contraste EV. Dicha imagen (círculo negro) se extiende hacia el espacio pararenal anterior, sin plano claro de clivaje con las estructuras adyacentes y mide 46 mm (DT) x 45 (DAP) x 9 mm (DL). Dilatación de pelvis renal sin visualización de uréter homolateral en las imágenes tardías.



inmunosuprimido o está séptico, se deberá realizar drenaje percutáneo sumado a la antibioticoterapia.^{1,3,4}

CONCLUSIONES

El absceso renal es de difícil diagnóstico en pediatría y, por su baja frecuencia se debe tener en cuenta este diagnóstico en niños con cuadros febriles y dolor abdominal, lumbar o en flanco, que no se expliquen por infecciones más comunes en la edad pediátrica. Ante la sospecha, la realización de la ecografía en primera instancia (que suele estar disponible en la guardia) permitirá aproximarse al diagnóstico correcto e indicar el tratamiento adecuado, con la consiguiente disminución de la morbimortalidad. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Angel C, Shu T, Green J, Orihuela E, et al. Renal and perirenal abscesses in children: proposed physio-pathologic mechanisms and treatment algorithm. *Pediatr Surg Int* 2003; 19:35-39.
2. de Souza Campos Fernandes RC, Caires Duarte PDA. Case Report. Perinephric and renal abscesses in children: A study of three cases. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 2002;44(6):341-344.
3. Antón DM, Eito J, Loperena J, Mendivil J. Incidencia y características del absceso renal y perirrenal en un área sanitaria. *Nefrología* 2004; XXIV(1).
4. Castillo OA, Gonzalo Rubio G, Vidal I, Portalier P. Drenaje percutáneo de absceso renal en niños. Caso clínico. *Rev Chil Pediatr* 2010;81 (2):155-159.
5. Paganini M, Della MP, Muller B, Ezcurra G, et al. Infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina adquiridas en la comunidad en niños antes sanos y en niños relacionados al hospital en la Argentina. *Rev Chil Infectol [online]* 2009; 26(5):págs.406-412.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Caso clínico:

Niña de 6 años de edad, previamente sana, con residencia transitoria en la provincia de Corrientes desde hace 4 meses, lejos de su madre. Consulta por presentar el último mes fiebre intermitente, astenia, anorexia, adelgazamiento, sudoración nocturna y lesiones eritemato-escamosas en zonas flexo-extensoras. Recibió antibióticos y corticoides tópicos sin respuesta. Al examen se observa: regular estado general, febril y adelgazada, lesiones dérmicas eritemato-escamosas, papulares y ulceradas en codos, rodillas, tobillos, palmas y articulaciones metacarpo e interfalángicas de manos e interfalángicas distales de pies. (Figura 1). Edema y eritema periorbitario, edema en labios y manos y enantema en carrillos. Adenopatías en zonas cervical, submaxilar, axilar e inguinal derechas sin hepato-esplenomegalia.

Presenta debilidad muscular y artralgia en manos y tobillos que compromete las actividades de la vida diaria y catarro con tos inefectiva.

FIGURA 1



¿Cuál es su diagnóstico?

- Mononucleosis
- Dermatomiositis
- Lupus eritematoso sistémico
- Artritis reumatoidea juvenil
- Leucemia linfoblástica aguda

Para poder votar ingrese a:
<http://www.sap.org.ar/archivos>