

Absceso renal y embarazo

**Dr. Ricardo Malagón Reyes,* Dr. Martín Rodríguez Roldán,† Dr. Ramón Ortega Chimal,‡
Dr. Rubén Castorena de Ávila,§ Dr. Leonardo Ramírez Arreola,|| Dra. Nora P. González
Carbajal,¶ Dr. José Meneses Calderón,** Dr. Jesús Carlos Briones Garduño††**

CASO CLÍNICO

Femenino de 22 años que ingresa al Hospital Perinatal del Estado de México, del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) con diagnósticos de embarazo de 34 semanas de gestación, con abdomen agudo, secundario a apendicitis, trombosis venosa profunda de miembro pélvico derecho, litiasis renoureteral, colecistitis crónica litiásica no agudizada.

Antecedentes de carga genética de diabetes mellitus, nivel socioeconómico bajo, menarca a los 11 años, ciclo regular, de 30 por 3-4 días, eumenorréica, inicio de vida sexual 18 años, una pareja, Papanicolaou negativo a malignidad, Gesta III, Partos 0, Cesáreas I, Abortos I (legrado intrauterino y cesárea sin complicaciones).

Inicia padecimiento con dolor en flanco derecho, escalofríos, dolor en miembro pélvico derecho y aumento del volumen del mismo, dolor torácico y disnea, por lo que acude a hospital de su comunidad y es trasladada al ISEM.

Al ingresar al hospital se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular, antimicrobianos

(ceftriaxona, amikacina y metronidazol), inhibidor de bomba de protones y procinético, esmolol y digoxina. Se programa para laparotomía exploradora (LAPE) por abdomen agudo con probabilidad de apendicitis. Inicia evento quirúrgico, el cual se realizó en dos tiempos, el primero bajo bloqueo mixto en el que se realizó LAPE y como hallazgos transquirúrgicos, como hallazgo líquido purulento, fétido en cavidad abdominal, perforación en polo superior renal derecho, hidronefrosis derecha abscedada con litos en su interior, por lo que se decide interrumpir el embarazo realizando cesárea Kerr, obteniendo como hallazgos obstétricos: recién nacido femenino, APGAR 3/6 con peso de 2,000 gramos, líquido amniótico claro en cantidad normal, cavidad uterina hipertérmica, segmento uterino grueso, muy vascularizado, anexos aparentemente normales. Inicia el segundo tiempo quirúrgico bajo anestesia general balanceada, en el cual se realiza nefrectomía derecha y apendicectomía profiláctica.



Figura 1. Riñón extirpado.

* Cirujano adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva.

† Jefe de Terapia Intensiva.

‡ Anatomopatólogo del Hospital Perinatal.

§ Médico Intensivista adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva

|| Médico residente de Medicina Crítica en Obstetricia.

¶ Investigadora de la Unidad de Investigación del Hospital Perinatal ISEM.

** Director del Hospital Perinatal ISEM.

†† Subdirector de Investigación del Hospital Perinatal ISEM.



Figura 2. Corte coronal de riñón.

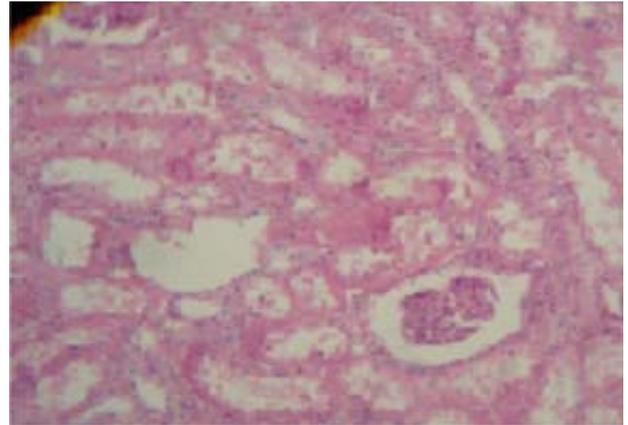


Figura 4. Sustitución de las pirámides renales por cavidades y la pelvis renal con dilatación.



Figura 3. Litos renales.

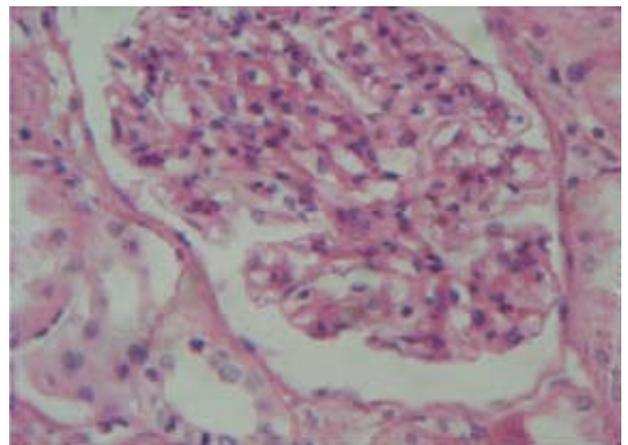


Figura 5. Glomérulo renal.

Al finalizar evento quirúrgico reingresa a UCIO (Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos) sedada y orintubada. Se reporta alto riesgo de sangrado de absceso residual y otras colecciones intraabdominales, por lo cual se monitoriza con ultrasonido y vigilancia de gasto en drenovac. Buena evolución postoperatoria, afebril; el reporte de cultivo de líquido de cavidad abdominal resulta positivo a *Escherichia coli*, se administra tratamiento con levofloxacino e imipenem y finalmente se egresa por mejoría.

DISCUSIÓN

En el transcurso de los años, la patogénesis del absceso renal ha cambiado. Hoy en día, más del 75

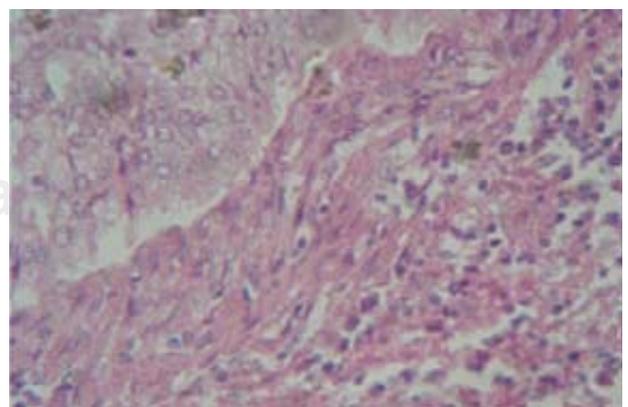


Figura 6. Acercamiento de las cavidades que muestra superficies interiores nodulares.

por ciento de los abscesos renales derivan de una infección urinaria previa.¹⁻³

Las infecciones de vías urinarias (IVU) son una complicación frecuente durante el embarazo, ocurren en aproximadamente 10 al 15 por ciento, siendo la mayoría asintomáticas.^{3,4} Se pueden clasificar en infecciones de tracto urinario bajo, siendo éstas la cistitis y la bacteriuria asintomática (que se presentan en aproximadamente el 6 por ciento de las mujeres, siendo similar en embarazadas y no embarazadas) y las infecciones de tracto urinario alto que es la pielonefritis.³

Dentro de los factores que influyen para que se presente una infección se encuentran uretra corta, contaminación continua de uretra por flora vaginal o rectal, por falta o mala técnica higiénica e invasión de bacterias a vejiga durante el acto sexual.^{1,4}

Los embarazos complicados con pielonefritis son de aproximadamente 1.0 a 2.5%.² La infección tiene origen en la vejiga y asciende al riñón ocasionando primero una pielonefritis; las bacterias invaden directamente el parénquima renal. La vascularización local del riñón favorece la diseminación de bacterias originando focos infecciosos en el parénquima que pueden romperse e invadir el espacio perirenal. Los riñones y las suprarrenales están rodeados de tejido adiposo que a su vez está rodeado por la cápsula de Gerota; cuando un absceso se propaga hacia el espacio perirenal puede extenderse hacia el psoas y peritoneo.^{3,4}

Otros factores de riesgo que se asocian al desarrollo de un absceso renal son litiasis renal, estando presente en el 20 a 60% de los casos, infecciones complicadas, anomalías estructurales del aparato urinario, vejiga neurogénica, trauma y diabetes mellitus.^{3,4}

Los microorganismos que se encuentran frecuentemente aislados en orina de estas pacientes incluyen *Escherichia coli* en un 75 por ciento; *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* y *Serratia* son los organismos responsables de las mismas en 15 a 20 por ciento, además de otros microorganismos, incluyendo *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*.³

Proteus produce urea y esto genera un medio alcalino que es ideal para su proliferación y está altamente asociado a presencia de cálculos de estruvita. *Candida albicans* es otro agente que

puede ocasionar absceso renal ya que puede diseminarse hacia riñón por vía hematogena o a partir de la vejiga.^{3,4}

La sintomatología del absceso renal no es muy específica, puede presentarse dolor en flanco o dolor abdominal con irradiación al área inguinal o dorsal, náuseas, vómito, escalofrío y fiebre. Su diagnóstico es generalmente tardío, pero debemos sospecharlo cuando hay un cuadro clínico comparativo con pielonefritis y fiebre persistente durante 4 a 5 días de iniciado el tratamiento y cuando hay antecedente de litiasis renal.^{3,4}

En cuestión de laboratorios podemos realizar urocultivo o hemocultivo, aunque no son específicos; dentro de los estudios de gabinete encontramos que son de mayor utilidad el ultrasonido renal y tomografía abdominal con una sensibilidad del 96%.^{1,2,4}

La resonancia magnética también es un estudio de gabinete de gran utilidad cuando se presenta esta patología, ya que tiene mayor definición que los estudios antes mencionados; sin embargo, es costosa y por esta causa su utilización no es muy frecuente.²

La terapéutica incluye antibioticoterapia endovenosa combinando cefalosporinas y aminoglucósidos; se debe realizar ultrasonido seriado para monitorear la resolución del proceso inflamatorio y avance del tratamiento médico para evaluar y realizar drenaje percutáneo o intervención quirúrgica.^{1,2,4}

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubenstein JN, Schaeffer AJ. Managing complicated urinary tract infections: the urologic view. *Infect Dis Clin North Am* 2003;17(2):333-51.
2. Puvaneswary M, Bisits A, Hosken B. Renal abscess with paranephric extension in a gravid woman: Ultrasound and magnetic resonance imaging findings. *Australian Radiol* 2005;49:230-2.
3. Macejko AM, Schaeffer JA. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *Urol Clin N Am* 2007: 35-42.
4. Santos L, Borges A, Serrano F, Alves MJ, Campos A. Absceso renal na Gravidez. *Acta Med Port* 2006;19:427-30.

Correspondencia:

Dr. Ricardo Malagón Reyes

Paseo Tolloca esquina Matamoros sin número
Toluca, Estado de México.

Correo electrónico: drcarlosbriones@hotmail.com

Teléfono: 722 217 35 35.