

## Lesión dérmica como manifestación inicial de absceso renal

Noé Cruz-Pacheco<sup>ID</sup>, Daniel Magaña-Villalobos<sup>ID</sup>, Vanessa Serrano-Hernández<sup>ID</sup>, Fernanda Vázquez-Montes<sup>ID</sup> y Darío Reyes-González<sup>ID</sup>

Servicio Medicina Interna, Hospital General de Zapopan, Zapopan, Jalisco, México

Recibido: 25/06/2022

Aceptado: 28/12/2022

En línea: 30/04/2023

**Citar como:** Cruz-Pacheco N, Magaña-Villalobos D, Serrano-Hernández V, Vázquez-Montes F, Reyes-González D. Lesión dérmica como manifestación inicial de absceso renal. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (abril); 8 (1): 14-16. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n1a5>.

**Cite this as:** Cruz-Pacheco N, Magaña-Villalobos D, Serrano-Hernández V, Vázquez-Montes F, Reyes-González D. *Dermal lesion as an initial manifestation of renal abscess.* Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (April); 8 (1): 14-16. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n1a5>.

**Autor para correspondencia:** Daniel Magaña-Villalobos. [black\\_dmv@hotmail.com](mailto:black_dmv@hotmail.com)

### Palabras clave

- Absceso
- Celulitis
- Pielonefritis
- Infecciones del tracto urinario
- Cálculos renales

### Resumen

El absceso renal se considera una complicación rara, pero grave, dentro de las infecciones del tracto urinario. Hasta el día de hoy, se han encontrado muy pocos casos sobre la aparición de lesiones dérmicas asociadas a un absceso renal o perirrenal.

Se presenta el caso de una paciente que ingresó bajo sospecha de celulitis en el flanco derecho y progresión a lesión dérmica necrótica, secundario a pielonefritis enfisematosa con litiasis renal y absceso renal. Se utilizaron múltiples antibióticos y se realizaron varias limpiezas quirúrgicas; finalmente, se colocó sistema de terapia por vacío con resultados favorables.

### Keywords

- Abscess
- Cellulitis
- Pyelonephritis
- Urinary tract infections
- Kidney calculi

### Abstract

*A renal abscess is considered a rare, but serious complication of urinary tract infections. Up to date, very few cases have been reported of the appearance of skin lesions associated with renal or perirenal abscess.*

*This research presents the case of a female patient admitted under suspicion of cellulitis on the right flank and progression to a necrotic skin lesion secondary to emphysematous pyelonephritis with kidney stones and kidney abscess. Multiple antibiotics were administered, and several surgical cleanings were performed; finally, the vacuum-assisted closure system was placed with favorable results.*

### Puntos destacados

- La necrosis de pared en flanco es un signo raro y se debe sospechar un proceso infeccioso profundo. Se sugiere abordar con tomografía.
- Si el tratamiento antibiótico y la limpieza quirúrgica no son suficientes, se puede utilizar como alternativa el sistema de terapia por vacío.

## Introducción

El absceso renal es una complicación rara, pero grave, dentro de las infecciones del tracto urinario. Actualmente la prevalencia es similar en ambos sexos<sup>1</sup>, aunque, en México, ocurre más en la mujer<sup>2</sup>. Se define como absceso renal a las infecciones supuradas que comprometen el riñón y/o el espacio perinefrítico. Son infrecuentes, pero potencialmente letales, con una mortalidad de hasta el 50 % a pesar de los antibióticos y el drenaje<sup>2</sup>.

La pielonefritis enfisematosa es una infección necrosante del parénquima renal causada por bacterias formadoras de gas. Su presentación es muy rara (solo hay unos 100 casos publicados).

La evolución clínica es inespecífica, se requiere forzosamente un diagnóstico por imagen y suele diagnosticarse tardíamente. El ultrasonido abdominal aporta

escasa sensibilidad. La tomografía computarizada sirve para el diagnóstico y define la extensión de las lesiones. En el seguimiento se determina la eficacia del tratamiento<sup>4</sup>.

Los mecanismos más comunes en la génesis de un absceso perirrenal son: infección urinaria ascendente, diseminación hematógena y contaminación por infección adyacente. Algunos factores que predisponen su desarrollo son: litiasis renal, reflujo vesico-ureteral, traumatismos, diabetes *mellitus*, neoplasias y enfermedad hepática<sup>5</sup>.

La aparición de la lesión dérmica es secundaria a la extensión por contigüidad del proceso inflamatorio. La extensión del absceso puede ocurrir a lo largo del músculo psoas, hacia la ingle o más profundamente en el perineo, la vagina o el escroto. Hasta el día de hoy, se han comunicado muy pocos casos sobre lesiones dérmicas en flanco asociadas a absceso renal o perirrenal. En la revisión bibliográfica consultada se han encontrado solo dos artículos que exponen el signo «gangrena de pared»<sup>6,7</sup>.

Para su tratamiento, el absceso renal debe manejarse mediante drenaje percutáneo y siempre con cobertura antibiótica para reducir el riesgo de sepsis y muerte. Los abscesos de más de 3 cm son susceptibles de drenaje, dado que suele fracasar la antibioticoterapia en solitario<sup>8</sup>.

## Caso clínico

### Antecedentes personales y enfermedad actual

Mujer de 36 años, analfabeta, estado socioeconómico bajo, residente en una localidad rural. Sin antecedentes personales de interés: niega enfermedades crónico-degenerativas como diabetes o hipertensión, cirugías, transfusiones, toxicomanías ni alergias.

Refería dolor en flanco derecho tipo punzante y ardoroso, progresivo durante dos semanas hasta llegar a ser EVA 10/10. Se ha automedicado con paracetamol y diclofenaco sin mejoría. Un familiar nota un eritema en el flanco derecho. En los últimos dos días presenta fiebre por lo que acude a Urgencias.

### Exploración física

Destacan: TA 118/70, FC 115, FR 15, T 37,5 °C.

Edad aparente mayor a la real, alopecia, palidez y piel reseca; buena perfusión, despierta y orientada pero con bradilalia y bradipsiquia; cavidad oral con mala higiene, halitosis, ausencia de varias piezas dentales y caries múltiples; corazón rítmico, sin soplos; campos pulmonares bien ventilados, sin crepitantes ni sibilancias; abdomen con eritema extenso en flanco derecho que palidece al tacto, con calor local y sensación fluctuante de aproximadamente 6 cm de diámetro; extremidades sin edema, fuerza 5/5.

### Pruebas complementarias

Los resultados de las pruebas complementarias son: creatinina 2,1 mg/dL (filtrado glomerular de 38 mL/min), leucocitosis de 29.080, examen de orina con leucocitos incontables, nitritos positivos y esterasa leucocitaria 500.

El ultrasonido reporta celulitis en flanco y cresta ilíaca derecha.

Serología de VIH, VHB, VHC negativas, ANAs negativos.

TSH de 13,7 con T4 libre 1,1, HbA1C 5,8 %.

### Evolución

Se hospitaliza en Medicina Interna con diagnóstico de celulitis, con el objetivo de suministrarle tratamiento antibiótico. Se inicia, además, levotiroxina por hipotiroidismo primario. La celulitis progresa con extensión a la región lumbar derecha y el muslo derecho (figura 1). Se sospecha una afectación profunda del proceso infeccioso y se realiza tomografía que muestra el absceso renal con enfisema cortical hacia el polo superior y afectación por contigüidad de los músculos paravertebrales, psoas ipsilateral y enfisema subcutáneo en tejidos blandos, además de cálculo coraliforme renal derecho.

Durante los primeros días del ingreso, se trató con Clindamicina 600 mg cada 8 horas; sin embargo, al cuarto día con evolución tórpida se cambia a Imipenem 500 mg cada 6 horas y Metronidazol 500 mg cada 8 horas.

La lesión dérmica empeora con aparición de escara necrótica en su centro (figura 2). Ante el hallazgo del absceso, se consultó con Urología y Cirugía General para realizarle un drenaje. Dos días después pasa a quirófano para limpieza quirúrgica y necrosectomía, en la que realizan una triple incisión (figura 3).

Se recaban cultivos positivos para *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis* sensibles a imipenem (que ya estaba recibiendo) y a amoxicilina clavulánico que se añadió a una dosis de 875/125 mg cada 12 horas.



Figura 1. Celulitis.



Figura 2. Necrosis de pared.

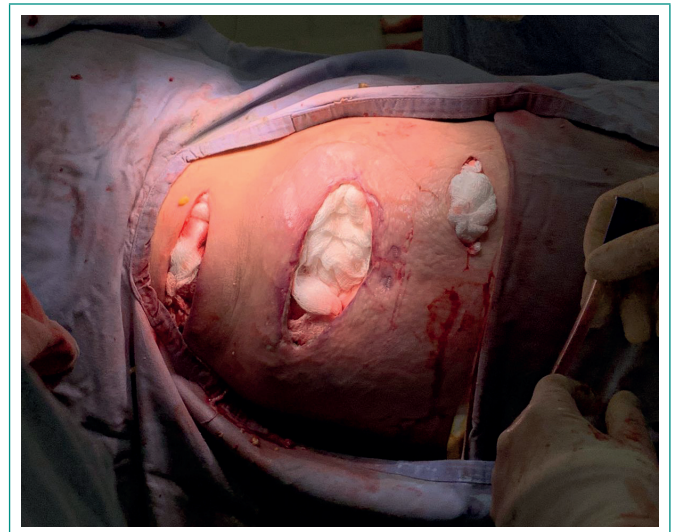


Figura 3. Drenaje quirúrgico de incisiones múltiples

Posteriormente presentó un descenso de la hemoglobina hasta 7,7 g/dL por lo que se da apoyo transfusional. Se descartó una hemorragia digestiva mediante endoscopia y pasó a quirófano en dos ocasiones más para otras limpiezas quirúrgicas.

Los leucocitos se mantuvieron en 20.000 y el examen general de orina se normalizó. La función renal mejoró con creatinina 0,5 mg/dL (filtrado glomerular de 184 mL/min). Tras dos semanas sin mejoría evidente de la herida, el Servicio de Cirugía le ofrece terapia con sistema de cierre asistido al vacío (VAC, por sus siglas en inglés *vacuum assisted closure*), pero, por su situación socioeconómica, no puede optar al tratamiento y se la deriva a una institución de tercer nivel para continuar su manejo.

En la otra institución sí se le colocó el VAC y continuó con antibióticos con Meropenem y Vancomicina. La tomografía de control reporta reducción en los abscesos tanto del psoas como en región renal. Se le dio de alta para continuar con vigilancia en consulta externa y, tras su recuperación, le realizaron una litotomía de forma electiva.

## Diagnóstico

Pielonefritis enfisematosa con extensión en forma de absceso renal, paravertebral y de psoas. Cálculo coraliforme renal derecho.

## Discusión

La lesión dérmica que simula celulitis en la fosa renal fue el signo que hizo sospechar el absceso renal y, ante su presencia, se recomienda realizar estudios de imagen, preferiblemente la tomografía, ya que, como en este caso, con la ecografía no se detectó el problema profundo. La lesión evolucionó a «necrosis de pared» que es un signo muy raro pero muy específico.

Los factores de riesgo identificados en la paciente son: el cálculo coraliforme, la infección urinaria, sexo femenino y podría considerarse el hipotiroidismo como inmunosupresión. En esta paciente se descartó diabetes, con HbA1c de 5,8 % y glucemias durante su estancia entre 100 y 140 mg/dL, lo que hace también excepcional el caso, dado que la diabetes casi siempre está presente en el desarrollo de pielonefritis enfisematosa. Los antibióticos utilizados de forma empírica fueron respaldados por la literatura y, a pesar del drenaje, la evolución fue lenta.

En los artículos revisados se menciona la nefrectomía como opción ante el fracaso del drenaje y la antibioterapia, pero no se considera el sistema de VAC como una opción de tratamiento. El uso de este sistema supone una aportación del caso presentado a las opciones terapéuticas con resultados favorables y sin nefrectomía.

Por tanto, el absceso renal es de difícil diagnóstico mediante la clínica, pero gracias a los avances en técnicas de imagen puede llegarse al diagnóstico certero. En casos extremos, la infección progresa por contigüidad a la pared abdominal pudiéndose confundir con celulitis, e incluso llegar a necrosis visible «gangrena de pared», signo altamente sugestivo de absceso renal complicado.

La antibioticoterapia suele ser insuficiente en estados avanzados por lo que es necesaria la intervención quirúrgica con drenaje. El sistema VAC podría ser de utilidad y, en última instancia, se recomienda la nefrectomía.

## Bibliografía

1. Güler Y, Şengül S, Çalıř H, Uçar M, Özen Özkan. Perinephric abscess as a rare cause of acute abdomen: A case report. *J Surg Med [Internet]*. 2020; 4(1): 102-4. Accesible en: <https://jsurgmed.com/article/view/608975> (último acceso ene. 2023).
2. Fullá O J, Storme C O, Fica C A, Varas P MA, Flores M J, Marchant G F, et al. Abscesos renales y peri-renales: análisis de 44 casos. *Rev Chilena Infectol*. 2009; 26(5): 445-51. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182009000600009> (último acceso ene. 2023).
3. Ávila-Boza MP, Guido-Ortiz MC. El absceso perirrenal, ¿búsqueda o hallazgo? *Rev Mex Urol*. 2014; 74(6): 360-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uromx.2014.10.002> (último acceso ene. 2023).
4. Ogawa M, Iguchi H, Taoka Y, Yamazaki H, Hirose Y, Yokota N, et al. Perirenal and renal abscesses: Assessment by multiplanar reformat imaging of computed tomography. *J Exp Clin Med [Internet]*. 2013; 5(3): 120-1. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jecm.2013.04.009> (último acceso ene. 2023).
5. Sowmiya S, Parthasarathy EA, Anand R, Arulpitchai ADP, Vijayprabhu R. Diagnostic efficacy of Magnetic Resonance Imaging versus computed tomography in characterisation of renal infections. *Int J Anat Radiol Surg*. 2021; 10(3): RO25-RO28. Accesible en: [https://www.ijars.net/articles/PDF/2674/46959\\_CE\[Ra1\]\\_F\(SHU\\_AKA\\_SL\)\\_PF1\(AB\\_OM\)\\_PFA\(AB\\_KM\)\\_PN\(KM\).pdf](https://www.ijars.net/articles/PDF/2674/46959_CE[Ra1]_F(SHU_AKA_SL)_PF1(AB_OM)_PFA(AB_KM)_PN(KM).pdf) (último acceso ene. 2023).
6. Maldonado-Alcaraz E, Ixquiac-Pineda G, López-Sámano V, Serrano-Brambila E. Absceso perirrenal: factores asociados a su desarrollo y mortalidad. *Arch Esp Urol [Internet]*. 2008; 61(1): 7-12. Accesible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142008000100002&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000100002&lng=es) (último acceso ene. 2023).
7. Dineshan KM, Gopalakrishnan MP, Cardoza FS. Perinephric abscess presenting as posterior abdominal wall gangrene: An unusual presentation. *Ind J Case Rep*. 2020; 06(04): 215-7. doi: <http://dx.doi.org/10.32677/IJCR.2020.v06.i04.022> (último acceso ene. 2023).
8. Alfarissi F, Putri NM, Atmoko W. Multidisciplinary approach for large retroperitoneal abscess management: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021; 80: 105668. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.105668> (último acceso ene. 2023).