



## **Absceso perirrenal complicado: Abordaje diagnóstico y terapéutico: Reporte de caso. Complicated perirenal abscess: Diagnostic and therapeutic approach: case report.**

Sarahi Carrillo-Barraza S.,<sup>1\*</sup> De la Cruz-Rivera D.S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía General, Hospital General Universitario. Av. Juárez 951, Primero de Cobián Centro, 27000 Torreón, Coah.

<sup>2</sup>Clínica Salud Municipal, Calz Guadalupe Victoria 202 Lerdo, Dgo.

Autor de correspondencia: Dra. Sarahi Carrillo Barraza

Correo electrónico: [carrillosarahi904@gmail.com](mailto:carrillosarahi904@gmail.com)

### **RESUMEN**

El absceso perirrenal es una infección poco frecuente pero potencialmente grave del espacio perirrenal, asociada a elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico y tratamiento se retrasan. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que dificulta el reconocimiento temprano y favorece la progresión hacia sepsis y falla orgánica. Entre los factores predisponentes se encuentran la diabetes mellitus, litiasis urinaria, obstrucción del tracto urinario e infecciones urinarias recurrentes. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica apoyada por estudios de imagen, siendo la tomografía axial computarizada el método de elección. El tratamiento depende del tamaño del absceso, la condición clínica del paciente y la respuesta al manejo antibiótico, pudiendo requerir drenaje percutáneo o quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente masculino con absceso perirrenal izquierdo complicado que requirió manejo hospitalario, así como una revisión narrativa de la literatura enfocada en su fisiopatología, diagnóstico y opciones terapéuticas.

**Palabras clave:** *Absceso perirrenal, infección renal, sepsis, drenaje quirúrgico.*

### **ABSTRACT**

Perirenal abscess is an uncommon but potentially life-threatening infection of the perirenal space, associated with high morbidity and mortality when diagnosis and treatment are delayed. Its clinical presentation is often nonspecific, making early recognition difficult and favoring progression to sepsis and organ failure. Predisposing factors include diabetes mellitus, urinary tract obstruction, nephrolithiasis, and recurrent urinary tract infections. Diagnosis relies on clinical suspicion supported by imaging studies, with computed tomography being the diagnostic modality of choice. Treatment depends on abscess size, patient clinical status, and response to antibiotic therapy, and may require percutaneous or surgical drainage. We present the case of a male patient with a complicated left perirenal abscess requiring hospital management, along with a narrative review of the literature focusing on its pathophysiology, diagnosis, and therapeutic options.

**Keywords:** *Perirenal abscess, renal infection, sepsis, surgical drainage.*

## INTRODUCCIÓN

El absceso perirrenal es una entidad infecciosa poco frecuente pero potencialmente grave, caracterizada por la acumulación de material purulento en el espacio perirrenal, limitado por la fascia de Gerota. Su incidencia ha disminuido con el uso oportuno de antibióticos y el acceso a estudios de imagen; sin embargo, continúa representando un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes con factores de riesgo como diabetes mellitus, inmunosupresión, uropatía obstructiva o antecedentes de procedimientos quirúrgicos abdominales (Lesmana, 2020).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo tipo reporte de caso clínico, basado en la revisión del expediente médico, estudios de laboratorio, gabinete e imagenología. Se preservó la confidencialidad del paciente conforme a los principios éticos y normativas institucionales, sin incluir datos que permitieran su identificación, con número de aprobación 2803/25.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años que ingresa a esta unidad médica con hallazgos clínicos e imagenológicos compatibles con absceso perirrenal izquierdo, antecedentes de relevancia Diabetes Mellitus tipo 2 con dos años de evolución en tratamiento con metformina. Antecedentes quirúrgicos múltiples, incluyendo hernioplastia inguinal, laparotomía exploradora refiriendo complicaciones postquirúrgicas con la consecuente hernioplastia abdominal con malla, resección de quiste pancreático y apendicectomía, resto negado.

## RESULTADOS

Inicia un mes previo a su ingreso con dolor en región dorsal izquierda irradiado a flanco ipsilateral, tipo punzante, EVA 6/10, acompañado de hiporexia, pérdida ponderal de aproximadamente 15 kg en cuatro meses, astenia, adinamia y distensión abdominal. Acude a valoración médica, donde se solicitan estudios de laboratorio (tabla 1) y tomografía axial computarizada (Figura 1 y 2), identificándose una colección perirrenal izquierda con densidades aéreas en su interior, compatible con absceso perirrenal, por lo que es referido a esta unidad. En la Exploración física el paciente se encontraba alerta, consciente, orientado, hemodinámicamente estable, su abdomen semigloboso, blando, depresible, con múltiples cicatrices quirúrgicas, con leve dolor a la palpación superficial y profunda, sin embargo, predominaba dolor en fosa renal izquierda a la palpación

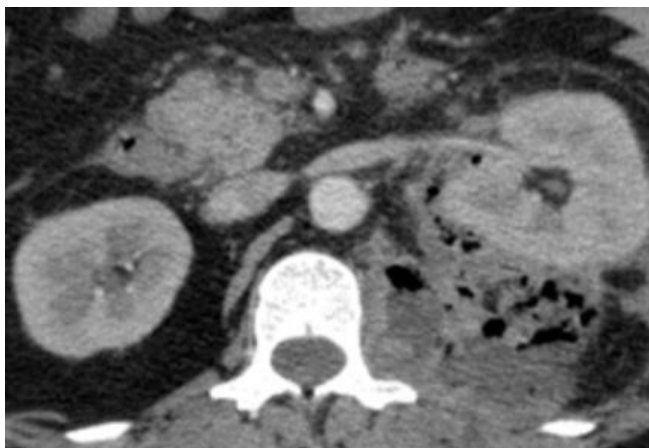
profunda con un EVA 9/10, se palpaba una masa pequeña blanda fluctuante sin evidencia de salida de exudado en la superficie, leve edema y eritema, resto normal.

**Cuadro 1.** Resultados de estudios de laboratorio al ingreso

| Categoría                               | Parámetro                          | Resultado                      |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Pruebas de función hepática y proteínas | <b>TGP (ALT)</b>                   | <b>22 U/L</b>                  |
|   | <b>Fosfatasa alcalina</b>          | <b>121 U/L</b>                 |
|   | <b>GGT</b>                         | <b>121 U/L</b>                 |
|   | <b>LDH</b>                         | <b>138 U/L</b>                 |
|   | <b>Proteínas totales</b>           | <b>6.1 g/dL</b>                |
|   | <b>Albúmina</b>                    | <b>2.4 g/dL</b>                |
|   | <b>Globulinas</b>                  | <b>3.7 g/dL</b>                |
|   | <b>Relación A/G</b>                | <b>0.7</b>                     |
|   | <b>Bilirrubina total</b>           | <b>0.7 mg/dL</b>               |
|   | <b>Bilirrubina directa</b>         | <b>0.7 mg/dL</b>               |
| <b>Bilirrubina indirecta</b>            | <b>0 mg/dL</b>                     |                                |
| Gasometría arterial                     | <b>pH</b>                          | <b>7.54</b>                    |
|   | <b>pCO<sub>2</sub></b>             | <b>23.6 mmHg</b>               |
|   | <b>pO<sub>2</sub></b>              | <b>104 mmHg</b>                |
|   | <b>Exceso de bases</b>             | <b>-21</b>                     |
|   | <b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup></b> | <b>20.4 mmol/L</b>             |
|   | <b>TCO<sub>2</sub></b>             | <b>21 mmol/L</b>               |
|   | <b>Saturación O<sub>2</sub></b>    | <b>99 %</b>                    |
|   | <b>Lactato</b>                     | <b>3.09 mmol/L</b>             |
| Biometría hemática                      | <b>Leucocitos</b>                  | <b>11.5 ×10<sup>3</sup>/μL</b> |
|   | <b>Eritrocitos</b>                 | <b>2.36 ×10<sup>6</sup>/μL</b> |
|   | <b>Hemoglobina</b>                 | <b>5.9 g/dL</b>                |
|   | <b>Hematocrito</b>                 | <b>20 %</b>                    |
|   | <b>VCM</b>                         | <b>84.6 fL</b>                 |
|   | <b>HCM</b>                         | <b>25 pg</b>                   |
|   | <b>CHCM</b>                        | <b>29.5 g/dL</b>               |
|   | <b>RDW</b>                         | <b>18 %</b>                    |
| <b>Plaquetas</b>                        | <b>336 ×10<sup>3</sup>/μL</b>      |                                |
| <b>MPV</b>                              | <b>7.7 fL</b>                      |                                |
| <b>Neutrófilos</b>                      | <b>86 %</b>                        |                                |

|                                   |                    |  |
|-----------------------------------|--------------------|--|
|                                   | <b>Bandas</b>      | <b>2 %</b>                                     |
|                                   | <b>Linfocitos</b>  | <b>10 %</b>                                    |
|                                   | <b>Monocitos</b>   | <b>2 %</b>                                     |
|                                   | <b>Eosinófilos</b> | <b>0 %</b>                                     |
|                                   | <b>Basófilos</b>   | <b>0 %</b>                                     |
| Coagulación                       | <b>TP</b>          | <b>14.3 s</b>                                  |
|                                   | <b>INR</b>         | <b>1.08</b>                                    |
|                                   | <b>TTP</b>         | <b>38 s</b>                                    |
| Química sanguínea y función renal | <b>Glucosa</b>     | <b>193 mg/dL</b>                               |
|                                   | <b>BUN</b>         | <b>21 mg/dL</b>                                |
|                                   | <b>Urea</b>        | <b>44.94 mg/dL</b>                             |
|                                   | <b>Creatinina</b>  | <b>0.6 mg/dL</b>                               |
|                                   | <b>Ácido úrico</b> | <b>3.9 mg/dL</b>                               |
|                                   | <b>TFG (KDIGO)</b> | <b>118 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (KDIGO I)</b> |
| Electrolitos séricos              | <b>Sodio</b>       | <b>133 mmol/L</b>                              |
|                                   | <b>Potasio</b>     | <b>4.8 mmol/L</b>                              |
|                                   | <b>Cloro</b>       | <b>101 mmol/L</b>                              |
|                                   | <b>Calcio</b>      | <b>8.1 mg/dL</b>                               |
|                                   | <b>Fósforo</b>     | <b>4.4 mg/dL</b>                               |
|                                   | <b>Magnesio</b>    | <b>2.3 mg/dL</b>                               |
| Otros                             | <b>Grupo y Rh</b>  | <b>0 positivo</b>                              |

La tomografía axial computarizada contrastada mostró colección perirrenal izquierda con contenido líquido y aéreo, de aproximadamente 198 × 47 × 101 mm, con desplazamiento anterior del riñón izquierdo, compatible con absceso perirrenal (Figura 1).



**Figura 1.** Colección retroperitoneal en espacio perirrenal izquierda de aprox. 198x47x101mm.

## DISCUSIÓN

El absceso perirrenal es una entidad poco frecuente pero potencialmente mortal, caracterizada por la acumulación de material purulento en el espacio comprendido entre la cápsula renal y la fascia de Gerota. A pesar del uso extendido de antibióticos de amplio espectro, continúa asociándose a una elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico es tardío. Series clínicas han reportado tasas de mortalidad que oscilan entre el 12 y el 20%, especialmente en pacientes con comorbilidades metabólicas o inmunosupresión (Siegel, 1996). Desde el punto de vista fisiopatológico, el absceso perirrenal puede originarse por extensión directa de una pielonefritis aguda no resuelta, ruptura de un absceso intrarrenal o diseminación hematógena desde un foco infeccioso distante. La diabetes mellitus desempeña un papel central al favorecer la alteración de la respuesta inmune y la proliferación bacteriana, particularmente de microorganismos anaerobios y productores de gas (Brook, 2008). La presentación clínica suele ser insidiosa y poco específica, lo que contribuye significativamente al retraso diagnóstico. Síntomas como dolor lumbar, fiebre intermitente, pérdida de peso, anemia y malestar general pueden presentarse durante semanas o incluso meses. Se ha descrito que hasta un tercio de los pacientes cursan con síntomas crónicos, lo que dificulta la sospecha clínica temprana y favorece diagnósticos erróneos iniciales (Yen, 2002). La tomografía axial computarizada contrastada es considerada el método diagnóstico de elección, al permitir identificar con precisión la localización, extensión y características del absceso, así como la presencia de gas intralesional, desplazamiento renal y compromiso de estructuras adyacentes. Hallazgos como colecciones mayores de 5 cm y la presencia de aire se asocian con mayor severidad clínica y menor respuesta al tratamiento conservador (Craig, 2008). En el caso presentado, la TAC evidenció una colección gigante con gas y desplazamiento anterior del riñón izquierdo, datos compatibles con infección avanzada.

Aunque el ultrasonido abdominal puede emplearse como estudio inicial o de seguimiento, su sensibilidad es limitada para abscesos profundos o en pacientes con obesidad o gas intestinal. Estudios comparativos han demostrado que el ultrasonido puede subestimar el tamaño real del absceso o incluso no detectarlo, lo que refuerza la necesidad de realizar tomografía ante sospecha clínica persistente (Nicolau, 2011). El tratamiento del absceso perirrenal debe individualizarse según el tamaño de la colección, la condición clínica del paciente y la respuesta al tratamiento antibiótico. El uso de antibióticos de amplio espectro dirigidos contra bacilos gramnegativos y anaerobios constituye la base del manejo

inicial. En infecciones complicadas o con datos de sepsis, se recomienda el uso de carbapenémicos, particularmente en pacientes con factores de riesgo para microorganismos multirresistentes (Tamma, 2021). Sin embargo, múltiples estudios coinciden en que el tratamiento antibiótico exclusivo suele ser insuficiente en abscesos de gran tamaño o complicados. Colecciones mayores de 3 a 5 cm, presencia de gas o mala evolución clínica constituyen indicaciones claras de drenaje. El drenaje percutáneo guiado por imagen ha demostrado disminuir la mortalidad y la estancia hospitalaria en comparación con el manejo conservador (Huang, 2012). El drenaje quirúrgico abierto continúa teniendo un papel relevante en casos seleccionados, particularmente cuando existe fracaso del drenaje percutáneo, abscesos multiloculados, extensión retroperitoneal extensa o deterioro hemodinámico. Aunque se asocia con mayor morbilidad, permite un control más efectivo del foco infeccioso en abscesos gigantes (Coelho, 2015).

El paciente presentado reúne múltiples factores de mal pronóstico descritos en la literatura, incluyendo diabetes mellitus, evolución prolongada, pérdida ponderal significativa, absceso de gran tamaño con gas intralesional, anemia severa y datos de respuesta inflamatoria sistémica. La coexistencia de anemia y sepsis se ha relacionado con mayor riesgo de falla orgánica y mortalidad en infecciones profundas del retroperitoneo (Lee, 2019).

Finalmente, revisiones sistemáticas han concluido que el diagnóstico oportuno mediante tomografía y el drenaje precoz, combinado con antibioticoterapia adecuada, son los principales determinantes de supervivencia en pacientes con absceso perirrenal, destacando la importancia del abordaje multidisciplinario (Falagas, 2010).

## CONCLUSIÓN

El absceso perirrenal continúa siendo una patología poco frecuente pero potencialmente letal, cuyo diagnóstico suele retrasarse debido a su presentación clínica inespecífica. La tomografía axial computarizada es fundamental para el diagnóstico oportuno y la planeación terapéutica. El manejo debe individualizarse, combinando antibioticoterapia de amplio espectro y drenaje oportuno en abscesos grandes o complicados. El reconocimiento temprano y el abordaje multidisciplinario son determinantes clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

## CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

- Brook I. Microbiology and management of renal and perinephric abscesses in children and adults. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31 Suppl 1:S1–S6.
- Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, et al. Renal and perirenal abscesses. *World J Surg*. 2015;39(1):213–219.
- Craig WD, Wagner BJ, Travis MD. Pyelonephritis: radiologic-pathologic review. *Radiographics*. 2008;28(1):255–277.
- Falagas ME, Karydis I, Giannopoulou KP. Percutaneous versus surgical drainage for perinephric abscesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD008200.
- Huang JJ, Tseng CC. Emphysematous pyelonephritis. *BJU Int*. 2012;109(2):176–183.
- Lee CY, Chen YS, Chen SC, et al. Risk factors of mortality for renal and perinephric abscesses. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213214.
- Nicolau C, Claudon M, Derchi LE, et al. Imaging patients with renal infection. *Eur Radiol*. 2011;21(11):2213–2222.
- Siegel JF, Smith A, Moldwin R. Minimally invasive treatment of renal abscess. *J Urol*. 1996;155(1):52–55.
- Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, et al. Treatment of antimicrobial resistant Gram-negative infections. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(12):e259–e269.
- Yen DH, Hu SC, Tsai J, et al. Renal and perinephric abscesses: a 10-year experience in a tertiary-care hospital. *Clin Infect Dis*. 2002;35(9):e79–e83.

