

## COMENTARIO SOBRE TRES CASOS DE FLEMON PERINEFRITICO

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

Anatómicamente la región renal, está constituida por el riñón, la grasa que le envuelve y la fascia renal que lo circunda. La grasa está distribuida en desigual cantidad en la superficie exterior del órgano; la capa que ella forma es más considerable en la cara posterior que en la anterior, y más considerable en la extremidad inferior que alrededor de la extremidad superior. Pero es sobre todo a nivel de sus bordes, principalmente el extremo, donde presenta el máximo de espesor. Es también más gruesa en el adulto que en el niño, y más desarrollada en la mujer que en el hombre.

La fascia perirrenal de Sappey, es una membrana fibrosa, formada por coalescencia de tejido conjuntivo, que dobla la hoja posterior del peritoneo parietal. Está formada del modo siguiente: al llegar junto al borde externo del riñón, la fascia propia se divide en una hoja anterior y otra hoja posterior.

La anterior u hoja prerrenal continúa con la del lado opuesto por delante de los grandes vasos; la posterior o membrana de Zuckerkanld se fija en el borde del cuerpo de las vértebras. Por arriba se unen para fijarse al diafragma y por abajo, se adosa la anterior y posterior, quedando según Testut, esta celda renal abierta por dentro y abajo, y estando cerrada por fuera y arriba. Este concepto anatómico no concuerda con las descripciones de otros autores (Fredet, Gerota, Sappey, Gosset, etc.), quienes sostienen que la cápsula se une entre sí en los cuatro lados; envolviendo el riñón y formando una celda cerrada sin los hiatos que menciona Testut. A estas conclusiones arriba el Dr. Vicente Ruiz, quien refiere sus investigaciones en su trabajo de Tesis de Doctorado, publicado en la Revista de Cirugía de 1931. Este autor junto al Prof. Alberto Gutiérrez efectuaron disecciones en los cadáveres, y mediante inyecciones de sustancias colorantes, constataron la veracidad que la celda renal se presenta completamente ocluida sobre sus cuatro lados.

Según esto explicaría el porqué el flemón es casi siempre unilateral y como está demostrado en los casos que se presentaron bilaterales, fueron dos focos distintos de infección.

La infección de la grasa perirrenal es provocada por contaminación de un riñón enfermo o puede ser infectada por otras vías, excluyendo la participación renal en su patogenia. En el primer caso, ello se produce en las pielonefritis; litiasis; tuberculosis, etc., como afección de las cavidades renales o

secundariamente a las infecciones metastásicas de la corteza renal: clasificados según su número y tamaño en pequeños o micro abscesos, grandes abscesos y ántrax. La inflamación primaria sin lesión renal se la observa en las infecciones por contigüidad, por ejemplo: apendicitis retrocecal supurada, hepatitis, pancreatitis, etc. O bien puede producirse por embolias microbianas hematógenas de focos sépticos a distancia: que se fijan por los vasos sanguíneos en un lugar de esta región. Cuando lo hacen en la parte posterior, la localización puede ser por fuera o dentro de la membrana de Zuckerkanld, y se tienen los abscesos peri y para renales, variedad de flemones que figura en un 15 % (Enciclopedia méd. quirúrgica, año 1939). El Dr. C. Comotto ha publicado un caso en la R. A. U. del año 1941 en el que hace referencia a este tipo de flemones

La infección renal de la corteza es conocida de Ambrosio Paré, que la llamó úlcera renal; Rayer en 1841 describe el absceso único cortical; Israel en 1891 individualiza el ántrax; Motz en 1931 llama a estos abscesos corticales, con el nombre de *pionefritis*. Ultimamente otros autores se han ocupado de este asunto, y en especial entre nosotros el Prof. Ercole, quien ha presentado varios trabajos estudiando profundamente el tema (Revista Argentina de Urología, 1948).

El germen que produce los abscesos corticales es generalmente el estafilococo, cuya afinidad por localizarse en la corteza tratan de explicar los autores, opinando unos que siendo el estafilococo un germen capaz de descomponer la urea, encuentra un medio de cultivo que le es propicio para desarrollarse; piensan otros que la exotoxina de este microbio altera los tejidos que sirven de medio de vida para que aniden nuevas colonias que van llegando.

CASO 1º.— Clínica Regional del Sud. Ficha 12808. 67 años. Cas. Arg. 27 julio 1949.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Ha sido siempre sano. Tiene 7 hijos. Buen apetito. Regular en su función intestinal. Ha tenido sinusitis maxilar. En 1941 se constató radiográficamente la opacidad de ambos senos. Operado de amígdalas. Desviación de tabique. Persiste en él la mala fisiología en la respiración nasal. En varias oportunidades se le han extraído polipos nasales. Padece de crisis de bronquitis tipo asmático. Ha trabajado en el campo y a menudo se quejaba de dolores de cintura. Ha notado en los últimos meses que la orina era algo turbia, con crisis de cistitis y hematuria final.

*Enfermedad actual:* Comienza a fines de marzo de 1949 con decaimiento general, fiebre de 39 grados que él acusa después de las comidas. Chuchos de frío y dolor de la región lumbar izquierda.

Estuvo en asistencia médica por espacio de un mes y medio, haciendo tratamientos de antibióticos, reposo en cama, reconstituyentes, etc. La mejoría fue poca y durante este tiempo persisten sus síntomas, expresados por dolor lumbar irradiado a la ingle, decaimiento, fiebre 38,5 grados, lumbalgia, polaquiuria, etc. Esta sintomatología se exagera en los últimos días: aumentando el dolor se intensifican los cólicos nefríticos y hematuria terminal.

Ante la localización infecciosa de la región lumbar somos llamados en consulta. Encontramos un paciente febril en decúbito dorsal, con dolor lumbar y con gran dificultad para incorporarse por la contractura muscular. Fascie tóxica, ha bajado varios kilos de peso (10), inapetencia, sudores, lengua seca, faltan algunas piezas dentarias. Amígdalas operadas, mala respiración nasal; *Tórax:* A la inspección: disminución de la excursión respiratoria izquierda; *Percusión:* Submatidez; *Auscultación:* Rales suscrepitantes finas en la base izquierda; Sibilancias en el resto de dicho pulmón. *Pulmón derecho:* Rales bronquiales finos. *Corazón:* Tonos normales, apagados; Pulso: regular, rítmico, igual Mx. 17 Mn. 10. *Abdomen:* Globuloso, hay tensión muscular sobre el hemiabdomen izquierdo, lo cual hace difícil la palpación; además existe meteorismo intestinal generalizado; *Hígado:* se palpa a dos traveses de dedo bajo el reborde costal.

En la región lumbar izquierda se constata una contractura y escoliosis. Hay dolor exquisito en el punto costolumbar; desaparición de la depresión por infiltración de la piel; Puño-percusión francamente positiva. Orina: turbia con ardor durante la micción. Úretra

libre explorador 20. Retención parcial de orina 30 cc. Próstata: Aumentada de tamaño con caracteres de adenoma.

*Análisis orina:* Densidad: 1020 Alb. Rastros. Sedimento algunos hematies. y abundante pus. Glucosa: no contiene. No hay cilindros.

*Sangre:* G. blancos 13.720; Rojos 3.100.000; Neut. 80; Eosin. 4; Basófilos 0; Linf. 14; Mono. 2 %.

*Pielografía:* Borramiento del psoas. región renal ocupada. Parálisis diafragmática izquierda. Litiasis ureteral.

Con los diversos elementos de juicio: fiebre prolongada. dolor lumbar. cólicos. polaquiuria. empastamiento lumbar. desaparición de la sombra del psoas a la radiografía. región renal ocupada. litiasis. leucocitosis, etc. hacemos diagnóstico de perinefritis supurada. consecutiva a la litiasis ureteral. Con tal diagnóstico se interviene. 26 de julio de 1949. Preanestésico. Spalmagina. Eter oxígeno. Transfusión 500 gramos. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy.

Se hace lumbotomía izquierda seccionando las paredes musculares. Se llega a una zona infiltrada que corresponde a la grasa perirrenal. agrandamos la herida, entrando en un absceso con abundante pus. bien ligado; se evacuó el mismo obteniendo una porción para análisis. Luego exploramos la cara posterior del riñón. donde asienta la colección purulenta no encontrando sobre la misma ninguna lesión que demuestra destrucción del parénquima: dejamos un amplio drenaje sobre la cavidad supurada.

Previo cambio del campo quirúrgico. efectuamos una nueva incisión lumboabdominal: con el objeto de extraer el cálculo. enclavado en el uréter medio. una vez individualizado este conducto, no nos fué posible localizar el cálculo pues durante las maniobras de su búsqueda. se deslizó hacia arriba perdiéndose dentro de las cavidades renales. Abrimos la luz ureteral. explorándolo en toda su extensión y comprobado que era libre suturamos la brecha. Dejamos un drenaje retroperitoneal cerrando la pared por planos.

El enfermo evoluciona bien, desaparece la fiebre. mejora el estado general. y después de 15 días se levanta; siendo dado de alta curado a los treinta días con la indicación de consultarnos periódicamente. para controlar y tratar la litiasis renal.

*Análisis de pus:* Regular cantidad de cocos Gram negativos. 29-VII-49. G. R.: 3.070.000. 12-VII-49. G. R.: 3.450.000; Leucocitos 7.400.

Agosto 19 de 1952. Pielografía: Riñón izquierdo. Litiasis.

CASO 29 — J. C. 19 años. La Gilda. 2 de febrero de 1952.

Historia clínica que pertenece al fichero del Dr. José Martorelli. con quien examiné y tratamos este enfermo de su clientela privada.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Tos convulsa en la infancia; amigdalitis aguda. Apetito bueno. Algo constipado intestinal. Ha bajado 3 1/2 kilos de peso en estos días. Trabaja en el campo con hacienda. Buen estado general, fascie febril. amígdalas hipertroficadas y sépticas. Lengua saburral. Fiebre 38 1/3 grados. Corazón: Tonos normales en los cuatro focos. Pulso normal Mx. 13 Mn. 9. *Pulmones:* Auscultación: Nada de particular. *Abdomen:* Meteorismo abdominal. Contractura lumboabdominal izquierda. Escoliosis franca. Dolor exquisito en el flanco izquierdo. cuya región se observa algo abombada. Punto costolumbar izq. muy doloroso. Puño percusión francamente positiva. Tiene dificultad para incorporarse. Palpación renal izq. la contractura dificulta la palpación pero se tiene la impresión de palpar en profundidad una masa renal grande y fija. *Riñón derecho:* Nada de particular. Micción: Normal y orina clara.

*Análisis de orina:* Sedimento: Rastros de albúmina. uno que otro hemates. no hay pus. *Sangre:* Glóbulos blancos 17.800; Neut. 89; Monocitos 4.5; Linfocitos 5.

*Pielografía de excreción:* Zona renal izquierda ocupada. Pelvis amputación del cáliz medio.

Hacemos diagnóstico de infección perirrenal a origen renal cortical. Iniciamos tratamientos de penicilina 50.000 U. cada 4 horas y Estreptomicina. medio gramo cada 8 horas. se agrega medicación de orden general 2.000.000 U. y 7 gramos en total. Está el enfermo internado hasta el día trece (11 días en total). Durante este periodo ha mejorado el estado general y local. la fiebre descendió pasando dos días sin temperatura. El enfermo se retiró a su domicilio afebril, pero pocos días después le reaparece el dolor. temperatura 38 y 39 grados. Persiste la constipación intestinal. Nuevamente nos consulta. Se repite la fórmula y contaje. Blancos 14.000; Neutrófilos 82; Linf. 7; Monocitos 4.

*Análisis de orina:* Con rastros de albúmina. algunos cilindros hialinos. exalato de calcio. No hay pus.

Los días siguientes sigue con fiebre 38.5; dolor lumbar. se indica Lutazol y Solutiazamida 20 % a las 16 horas y a la mañana.

21-II-52. Tres días después de este tratamiento la fiebre había bajado. llegando como máximo hasta 37.7. Mejora clínicamente y hay menos dolor. Se hace Solutiazamida. Lutazol. Laxante.

25-II-52: Ha seguido con algo de fiebre, la máxima de los siguientes días: 37.9 a las 19 día 22; 38.1 a las 22 día 22; 37.8 a las 19 día 23; 37.9 a las 19 día 24: se continúa con Lutazol y Solutiazamida.

3-III-52: Por las tardes presenta algunas décimas. Buen estado general apenas un dolorcito. Se le indica Terramicina 250 mgs. cada 4 horas.

12-III-52: Los días 4, 5 y 6 tiene hasta 37.8. El día 7 sólo 37.2 y desde entonces desaparecen la fiebre y totalmente los síntomas clínicos.

Se indica vigilar la temperatura y si hay más de 37 grados repetir la Terramicina.

18-III-52: Es decir a los 10 días de encontrarse afebril, se encuentra con apetito, animoso, sin dolor ni constipación. Se da el alta.

Posteriormente fué visto este paciente por el Dr. Martorelli encontrándolo completamente sano.

CASO 3º — R. G. 13 años. Carnerillo. Córdoba. Febrero 21 de 1952.

*Antecedentes hereditarios:* Padres vivos y sanos. Dos hermanos sanos.

*Antecedentes personales:* Sano en la infancia, lactancia artificial, sarampión y varicocele en la infancia. Regular su funcionamiento intestinal. No ha sufrido de amigdalitis. Buen apetito. Psiquis: Bien desarrollada. En 1944 (a los 5 años) tuvo un forúnculo en el oído que curó con limpieza y pomada de listreptotiazol. Posteriormente piódermitis, en brazos y piernas, que también curó con tratamientos corrientes. Desde entonces (hace 4 años) no ha vuelto a tener ninguna infección a tipo estafilocócica.

*Enfermedad actual:* Comienza hace unos veinte días. Se inicia con dolor lumbar derecho al levantarse de la siesta, habiéndose acostado perfectamente sano. El dolor es localizado en la zona lumbocostal; poco intenso, sin irradiación hacia abajo. El niño se levantó y cumplió ese día sus tareas habituales de trabajo a caballo. Refiere que al galopar le aumentaba el dolor, los días siguientes los pasó más aliviado. Posteriormente recrudecen sus molestias con poca irradiación a la ingle, se agrega fiebre alta, malestar general, inapetencia.

No tuvo en ningún momento trastornos a la micción. Con esas alternativas pasó varios días, sin efectuar otro tratamiento que revulsivos y antipiréticos. Después consultó a un colega, quien constató el estado febril, e infeccioso. Le indicó reposo absoluto, penicilina, estrepto y medicación de orden general, etc. Mejora parcialmente el cuadro infeccioso, pero persiste la temperatura y dolor lumbar por cuyo motivo nos consulta.

*Estado actual:* Fascie tóxica, deambulación dificultosa por contractura del psoas, inapetencia, ha bajado siete kilos, fiebre 38.6 grados. Dientes y amígdalas nada de particular; marcha encorvada con escoliosis, la movilidad lateral y rotación de la columna lumbar resultan imposible por el dolor.

*Pulmones:* Hay disminución de la movilidad respiratoria y respiración de tipo costal; disminución de vibraciones vocales y disminución del murmullo vesicular derecho a la auscultación.

*Pulmón izquierdo:* Nada de particular.

*Corazón:* Tonos normales. Pulso regular, frecuencia aumentada por factores infecciosos.

*Abdomen:* Meteorizado, con contractura del hemiabdomen derecho y superior. La palpación es dolorosa. Hay signo de psoitis al levantar el miembro inferior derecho. La zona lumbar derecha es más saliente que la izquierda con sensación táctil de defensa muscular. El punto costomuscular es muy doloroso y la puño persecución francamente positiva. La palpación bimanual constata la contractura muscular, y la existencia de una zona renal llena y fija.

*Riñón izquierdo:* Nada de particular.

*Micción espontánea,* orina clara. Genitales externos, normales.

*Análisis de orina:* Sedimentos: No hay pus, cilindros ni hematies.

*Sangre:* Glob. blancos 17,200; Neutrófilos 77; Linf. 15; Baso. 0; Mono. 8; Eosinófilos 0.

*Pielografía de excreción:* Desaparición del músculo psoas, zona renal derecha ocupada, ligera escoliosis. Por los síntomas clínicos, caracteres radiográficos de la pelvis y riñón, exámenes biológicos (leucocitosis, orina sin pus, etc.) hacemos diagnóstico de flemón perinefrítico por ántrax, y se interviene.

Febrero 21 de 1952: Anestesia. Inducción con pentotal. Eter oxígeno, circuito cerrado. Cirujano: Doctor Juan B. Derdoy. Incisión de Guyon; se seccionan los músculos de la región, llegando a la grasa perirrenal, que se presenta infiltrada, la seccionamos cayendo en un absceso con abundante pus verde y bien ligado. (No se hizo análisis bacteriológico del mismo). Abrimos ampliamente el lugar del absceso, y pasamos a explorar la cara posterior del riñón. Constatamos en el u. no y a nivel de la parte media una zona de tejido necrosado circular de tres centímetros de diámetro, que con maniobras digitales y en parte a tijeras, lo extirpamos casi en su totalidad. Como en profundidad, se aproximaba al cáliz medio,

resolvimos dejar un taponamiento de esa superficie que era bastante sangrante; se drena del flemón, cerrando la pared lumbar parcialmente por planos.

*Evolución:* Continuamos con antibióticos, el enfermo mejora; desaparece el dolor y la fiebre. A los seis días retiramos el taponamiento que ocupaba el cráter del ántrax. La herida evoluciona normalmente, levantando al enfermo a los 12 días, en buenas condiciones físicas. Se da el alta a los 20 días.

Se repite un conteo de glóbulos blancos con 6.500 por mm<sup>3</sup>.

*Pielografía:* Se constata buena eliminación renal bilateral.

Al mes de ser dado de alta nos consulta, ha aumentado de peso y continúa bien.

#### COMENTARIO

Los flemones considerados en estos tres casos han sido secundarios a infección renal.

Uno de ellos originado por una pielonefritis litiásica, con manifestaciones sintomatológicas urinarias (polaquiuria, piuria, hematuria). El cálculo renal enclavado en el uréter fué motivo de la obstrucción, retención de orina e hipofunción, ofrecía las mejores condiciones a esta complicación.

El segundo enfermo ha sido una infección perirrenal secundaria a una pielonefritis de Motz, que evolucionó favorablemente con tratamiento médico. El foco séptico primitivo lo localizamos en su amigdalitis.

El caso N° 3, es un adolescente de 13 años con un absceso perirrenal derivado de un ántrax de la corteza, diagnosticado previamente y corroborado por la intervención quirúrgica con curación del enfermo.

El foco séptico inicial causante de las metástasis microbiana, no lo pudimos individualizar, a pesar de haber interrogado con minuciosidad al paciente y familiares, su última infección piógena aparente databa de 4 años atrás, y creemos es mucho tiempo para que actuara como microbismo latente.