

# Absceso perirrenal con fístula músculo-cutánea secundario a litiasis coraliforme

## *Perinephric Abscess with Fistula to Muscle and Skin secondary to Staghorn Calculi*

Pablo Demelo-Rodríguez, Belén Andrés-del Olmo, Jorge del Toro-Cervera, Jesús García-Castaño

*Departamento de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

### INTRODUCCIÓN

El absceso perirrenal es una complicación frecuente de las litiasis coraliformes. En raras ocasiones, dichos abscesos pueden fistulizar a otros órganos. Se presenta un caso de absceso perirrenal secundario a litiasis coraliforme, que fistulizó a piel a través de planos musculares.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 64 años de edad, de sexo femenino, fumadora de 15 paquetes-año, con antecedentes de esquizofrenia paranoide, infecciones urinarias de repetición y litiasis coraliforme renal izquierda, evidenciada en estudio ultrasonográfico 3 años antes. Se encuentra en tratamiento con clonazepam y haloperidol.

La paciente acude a urgencias por dolor y eritema sobre fosa renal izquierda de larga evolución (de aproximadamente 6 meses), que se asocia ocasionalmente a picos febriles. En los 2 días previos al ingreso, la familia aprecia deterioro del estado general y fiebre continua de hasta 39° C, sin otra sintomatología acompañante. Veinticuatro horas antes del ingreso, la paciente es diagnosticada de celulitis lumbar en otro centro, siendo dada de alta con cloxacilina oral.

A la exploración, se destaca la presencia de una región eritematosa y caliente a nivel de fosa renal izquierda,

donde se palpa una masa dolorosa sobreelevada, de unos 10 cm y de carácter fluctuante. Se realiza una incisión de 1 cm en fosa renal izquierda por la que se drenan aproximadamente 500 cc de líquido purulento de color parduzco. El análisis de orina muestra niveles elevados de esterasa leucocitaria con intensa piuria. Se recogen cultivos de sangre y orina, y se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y clindamicina.

Una ecografía de partes blandas muestra un trayecto fistuloso desde la superficie cutánea que comunica con una colección de aproximadamente 84,6 mm de diámetro, localizada adyacente al polo superior del riñón izquierdo y que contiene material ecogénico en su interior (Ver Figura 1). Una radiografía simple de abdomen muestra un cálculo coraliforme de gran tamaño.

Durante su ingreso se realiza tomografía axial computada (TAC) abdominal, mediante la cual se confirma la existencia de una colección fluida con pared definida hipercaptante y medidas aproximadas de 9 cm x 5,2 cm x 5,4 cm, que se extiende desde el tercio inferior del riñón izquierdo a través del músculo psoas, musculatura ancha del abdomen ipsilateral y grasa subcutánea, hasta alcanzar la superficie de la piel, que se encuentra francamente engrosada (Ver Figuras 2 y 3).

Se coloca drenaje percutáneo (Ver Figura 4), y se obtiene gran cantidad de líquido purulento, con buena

evolución posterior. Los hemocultivos y urocultivos son negativos, y en el cultivo de material obtenido del drenaje, se aísla *Escherichia coli*. Finalmente, a pesar de la evolución clínica satisfactoria, en sucesivas pruebas de imagen persiste el absceso perirrenal con fístula cutánea, por lo que 30 días después la paciente ingresa de forma programada para realización de nefrectomía izquierda laparoscópica, que se efectúa sin incidencias y con buena evolución posterior.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica revela un parénquima renal adelgazado, con dilatación masiva del sistema excretor, ocupado por un cálculo coraliforme de coloración marróncea de 3,5 cm x 2 cm de ejes mayores. También se identifica un contenido líquido de aspecto abscesificado, fétido, de coloración amarillenta.

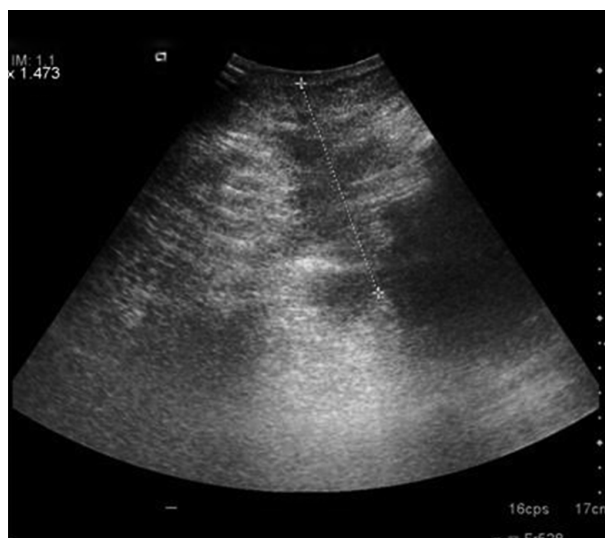
## DISCUSIÓN

El absceso perirrenal constituye una colección de material purulento localizada en el espacio perinéfrico, entre la fascia de Gerota y la cápsula renal. Los factores de riesgo para su desarrollo incluyen la presencia de cálculos urinarios, pielonefritis, cirugía urológica, diabetes mellitus y alteraciones del tracto urinario (reflujo

vésico-ureteral, tumores obstructivos, etc.). La mayoría de los casos (más del 80%) están relacionados con la presencia de cálculos urinarios, que producen infección en vía ascendente, siendo los gérmenes más frecuentes *Escherichia coli* y *Proteus sp*<sup>1</sup>. Otros patógenos, como *Mycobacterium tuberculosis*, pueden estar implicados, si bien dicha asociación era más frecuente en el pasado, cuando la prevalencia de infección por el bacilo de Koch era más elevada en nuestro medio<sup>2</sup>.

La manifestación clínica más común del absceso perirrenal es similar a la de la pielonefritis aguda, con fiebre, dolor en fosa renal, disuria y polaquiuria. Sin embargo, en ocasiones puede presentarse de forma insidiosa, con malestar general, pérdida de peso, fiebre o síntomas urinarios que no responden al tratamiento antibiótico. Esta presentación más larvada es más frecuente en ancianos y en pacientes con neuropatía autonómica (diabetes, alcoholismo)<sup>3,4</sup>.

Aunque es una complicación rara, el absceso perirrenal puede extenderse y fistulizar a otros órganos, como la piel, el peritoneo, el colon, el bazo e incluso atravesar el diafragma hacia el pericardio, la pleura o el parénquima pulmonar<sup>5-7</sup>.



**Figura 1.** Ecografía de partes blandas. Trayecto fistuloso que comunica la superficie cutánea con una colección fluida adyacente al riñón izquierdo.



**Figura 2.** TC abdominal (corte coronario). Colección fluida de pared hipercaptante adyacente al riñón izquierdo. Imagen hipercaptante a nivel de cáliz renal, correspondiente a litiasis coraliforme.



**Figura 3.** TC abdominal (corte sagital). Colección perirrenal, que se extiende atravesando planos musculares hasta el tejido celular subcutáneo.



**Figura 4.** TC abdominal (corte axial). Se observa drenaje colocado a nivel subcutáneo. Persiste presencia de absceso a nivel perirrenal, aunque con mejoría respecto a TC previo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, Mazzucchi E, Marmo Lucon A, Srougi M. Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg.* 2007 Feb; 31 (2): 431-6.
2. García AE, Casal J, González Martín G. Tuberculosis renal, litiasis y absceso perinéfrico. *Rev Arg Urol.* 1955; 24: 717-20.
3. Deck AJ, Yang CC. Perinephric abscesses in the neurologically impaired. *Spinal Cord.* 2001 Sep; 39 (9): 477-81.
4. Tsukagoshi D, Dinkovski B, Dasan S, Jethwa J. Perinephric abscess secondary to a staghorn calculus presenting as a subcutaneous abscess. *CJEM.* 2006 Jul; 8 (4): 285-8.
5. Pery M, Adler OB, Kaftori JK. Retroperitoneal-pericardial fistula caused by a perinephric abscess. *Urol Radiol.* 1990; 12 (1): 22-4.
6. Saw NK, Yakubu A, Woodhead PM. Cutaneonephrobronchial fistula: an unusual presentation of an inadequately treated perinephric abscess. *Urol Int.* 2007; 78 (3): 280-2.
7. Jones GH, Kalaher HR, Misra N, Curtis J, Parker RJ. Empyema and respiratory failure secondary to nephropleural fistula caused by chronic urinary tract infection: a case report. *Case Rep Pulmonol.* 2012; 2012: 595402.