

Por el Doctor

CONSTANTE COMOTTO

## ABSCESO PERI O PARANEFRITICO?

A principios de octubre del año pasado, fuimos llamados en consulta por un enfermo portador de un cuadro febril, en el que ciertos signos de localización, dentro de la esfera de nuestra especialidad, decidieron al clínico de cabecera a pedir nuestra colaboración.

Se trataba de un enfermo de 32 años de edad, de buen estado general, febril con 38° de temperatura, que había iniciado su enfermedad un mes antes, en forma brusca, con un fuerte dolor en la región derecha, que se irradiaba hacia el muslo del mismo lado. Guardó cama ese mismo día, notándose algo febril, pero sin ninguna otra molestia; sintiéndose aliviado al día siguiente, se marcha a sus ocupaciones, pero observando cierta impotencia funcional en el muslo derecho, evidente al maniobrar en los pedales de su automóvil y al subir escaleras.

En el transcurso del día, se siente más molesto y decide acostarse; desde entonces, con alternativas de mejoría, evoluciona su enfermedad con fiebre hasta de 39°, a veces con ligeros escalofríos y dolores, o más bien molestias dolorosas de la región lumbar derecha; estreñimiento discreto, cefaleas moderadas; en fin, un estado infeccioso prolongado, con vaga sintomatología de localización en la región lumbar derecha.

El enfermo nos refirió que hasta diez días antes de empezar su enfermedad, era portador de una forunculosis del brazo derecho y que en ese intervalo efectuó un viaje de más de ochocientos kilómetros en automóvil, por malos caminos.

En sus antecedentes nada de particular: siempre fué sano, negando venéreas.

Antes de pasar al examen somático del paciente, observamos varios análisis de orina y hematológicos del mismo; los primeros no muestran rastros de pus ni de bacterias; simplemente orinas del tipo febril; en los segundos, el cuadro hematológico clásico de los procesos infecciosos agudos banales.

Del examen objetivo en mérito a la brevedad, sólo transcribimos lo que creemos indispensable.

El enfermo en decúbito indiferente, permanece con su muslo derecho ligeramente flexionado sobre la pelvis y en abducción, expresándose que es la posición que encuentra más cómoda, aunque puede adoptar cualquier otra sin dificultad.

Presenta el abdomen blando y depresible; ligeramente dolorosa la palpación del hipocondrio derecho; punto de Mc. Burney indoloroso; borde inferior del hígado a nivel del reborde costal, sin puntos dolorosos.

La palpación bimanual de la fosa lumbar izquierda, no revela nada de anormal. La fosa lumbar derecha, aunque fácilmente palpable, es menos depresible que su homóloga y algo dolorosa; por la palpación bimanual se percibe



Figura 1

Ligera escoliosis. Borramiento del borde del psoas a la derecha.

el polo inferior del riñón, más evidente en la inspiración profunda, que lo trae más a la mano y que aumenta la sensibilidad dolorosa en el ángulo costo-lumbar. La percusión, la auscultación y la palpación torácica no revelan nada de particular. Ambas regiones lumbares presentan sus relieves y escotaduras normales. La columna vertebral, explorada vértebra por vértebra, no acusa particularidad alguna, salvo una discreta escoliosis hacia la izquierda en la región lumbar; a la palpación sólo se encuentra doloroso el ángulo costo-lumbar derecho y el punto costo-vertebral del mismo lado.

Ante el cuadro que describimos, pensamos de acuerdo con el médico de cabecera, nuestro distinguido colega el doctor Palanconi en un "proceso infeccioso supurado perirrenal", en una "perinefritis", sin descartar un posible pro-

ceso de parénquima renal, una "pionefritis", como llamó Charles Motz a todas las colecciones purulentas de la cortical del riñón, debidas a un piógeno banal.

Excluimos todo proceso que interesara vías excretoras, dada la falta de cualquier signo urinario: orinas claras y repetidos exámenes citobacteriológicos de sedimento urinario negativos; es obvio que esta conclusión no podía ser absoluta hasta tener el examen urológico completo: instrumental y radiográfico.

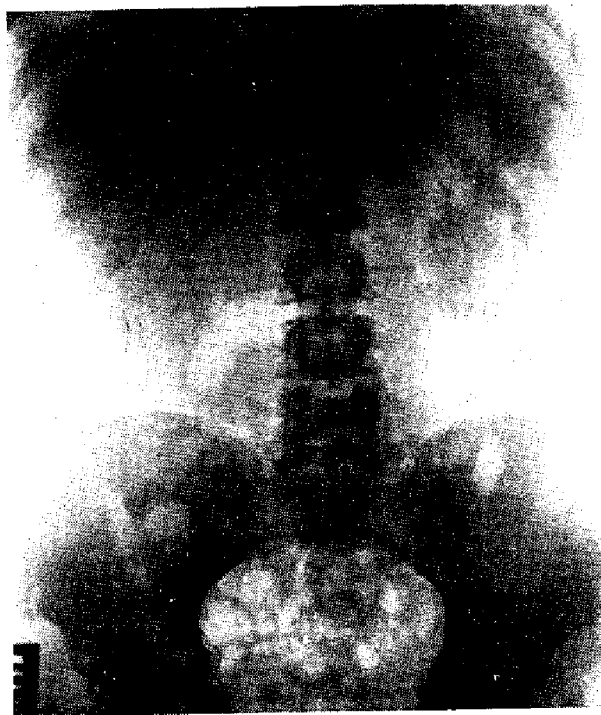


Figura 2

Urograma de excreción 5'. Desplazamiento hacia afuera del pielograma derecho. Función excelente en ambos lados,

Excluimos "abscesos de origen apendicular en apéndice retrocecal y ascendente", por la ausencia de signos peritoneales; "Mac Burney" y "Lenz" negativos y la evolución del mismo cuadro clínico. El "absceso hepático", por la negatividad de signos palpatorios en cuanto al hígado grande y de ninguna otra reacción de parte de este órgano. Excluimos también "lesión de origen vertebral" por cuanto el minucioso examen de la columna mostró su integridad absoluta.

Con los elementos que acabamos de consignar y dado que el estado del paciente no era alarmante, de acuerdo con los colegas, se decidió esperar, mientras se constituía una terapéutica de shock con proteinoterapia y quimioterapia con sulfamilamida a razón de tres gramos diarios.

Tres días después nuestro enfermo estaba peor, mayor temperatura y localización neta de la sintomatología en la región lumbar derecha, que dolía espontáneamente y cuya palpación provocaba contractura muscular. En estas condiciones se decidió la intervención quirúrgica, pudiéndose practicar antes de la misma un estudio radiográfico bastante demostrativo y que pasamos a describir.

La radiografía simple, muestra una evidente capacidad en la región lumbar

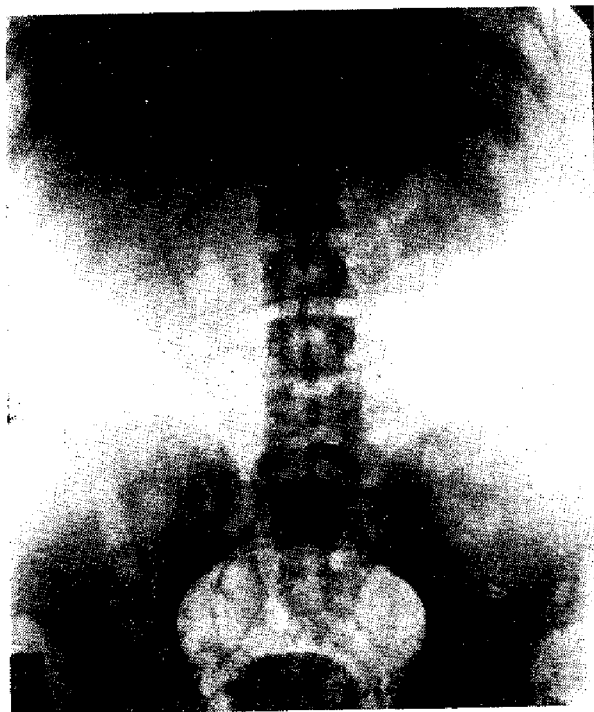


Figura 3  
Urograma de excreción - 20'.

derecha, que ocupa sobre todo el ángulo costo-lumbar, en contraste con la región homóloga, en la que con toda nitidez son visibles el borde del psoas y el contorno renal, mientras que en aquella, sólo se hace evidente un borde neto en la parte inferior y externa de la región, que seguramente corresponde al polo inferior del riñón, descendido y empujado hacia afuera, o simplemente a un riñón grande, sin olvidar la parte que pertenece al hígado.

Pasamos entonces al urograma de excreción: La primera radiografía se tomó a los cinco minutos y las sucesivas a los veinte y cuarenta minutos: se evidencia en conjunto una buena función excretora sin predominio mayor de un lado sobre el otro: la forma del sistema excretor, pelvis, cálices, uréterese, es normal, salvo una discreta dilatación de conjunto en el lado derecho. En cuanto a la situación topográfica de las imágenes de contraste obtenidas, se observa un evidente desplazamiento hacia abajo y hacia afuera de las mismas en el lado derecho.

Para resumir diremos, que el examen radiográfico nos enseñaba que no existía, dentro del sistema urinario, algo que explicara el cuadro clínico presente y todo nos llevaba a pensar en un proceso desarrollado en contigüidad del riñón, en la parte más profunda de la región lumbar, de cuya localización nos daba idea el desplazamiento de la imagen pielográfica derecha, reafirmandonos en nuestra presunción de absceso perirrenal, sin abandonar la posibilidad de una

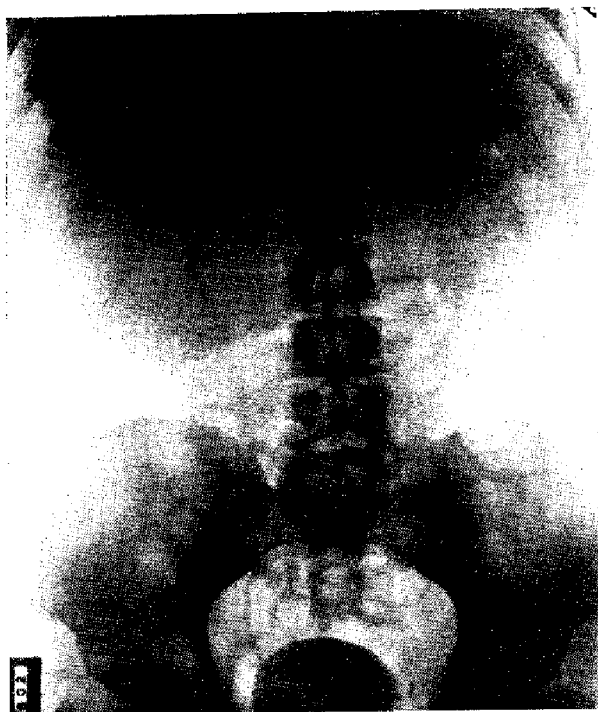


Figura 4

Urograma de excreción - 40'. El berramiento del psoas y la escoliosis lumbar bien evidentes.

"pionefritis" que sólo el acto quirúrgico podía descartar. En estas condiciones íbamos a proceder a la intervención quirúrgica, buscando un proceso piógeno profundamente situado en la región lumbar derecha, sin olvidarnos de explorar dentro de lo posible y según nos lo indicara el acto operatorio durante su ejecución.

*Intervención operatoria.* — Cirujano: Doctor Comotto. Ayudante: Doctor Palanconi.

*Anestesia general:* con éter. Lumbotomía derecha con incisión de Albarran: los diferentes planos atravesados no presentaban nada de particular hasta llegar a la aponeurosis del transversa, que es incidida previo el clásico ojal, primero hacia abajo, desprendiendo los dedos introducidos en la brecha, con la facilidad habitual del tejido laxo preperitoneal; pero al pretender repetir la misma manio-

bra hacia arriba, el plano del clivaje se presentaba con dificultad, encontrándose el tejido subaponeurótico normalmente laxo, espesado y adherido, ofreciendo resistencia al dedo. Incindido entonces el último plano de la pared lumbar, se tiene a la vista el espacio célulograsoso pararrenal, que pretendemos tomar con una pinza de corazón para reclinarlo hacia adelante e incidir la fascia de Zuckerbandl y abrir la loge renal; esta maniobra resultó impracticable debido a la condensación del tejido célulograsoso, que constituía un plano, imposible de desplazar y desprender, de la cara inferior de la aponeurosis del transverso, en la mitad superior de la herida; antes de incidir directamente sobre la misma, se procede a explorar la superficie presentada y bruscamente nuestro índice se hunde en el ángulo más posterior e inferior de la herida, en una pequeña zona, lo que da salida a una verdadera oleada de pus cremoso y blanquecino, en una cantidad que calculamos de unos trescientos gramos. Con el dedo introducido en la brecha, la agrandamos, y exploramos la cavidad destruyendo algunas bridas y tabiques de la misma, constatando que ésta formaba una especie de celda de paredes bastante regulares, una posterior, que indiscutiblemente correspondía a la pared lumbar, su cara interna, y otra anterior, que por su continuidad, regularidad y resistencia con sensación de elasticidad y a través del espesamiento que la recubría, no dudamos en individualizarla con la fascia de Zuckerbandl; el contorno o más bien el borde del espacio explorado era irregular, extendiéndose más hacia la parte superinterna de la región; la exploración digitada minuciosa de este borde no permitió encontrar la menor brecha o espacio de continuidad, dando al contrario en todas partes sensación de resistencia y espesor evidente; en una palabra una verdadera bolsa cuya única entrada la constituía la que había fraguado nuestro dedo. Estábamos seguros de no haber abierto en ningún momento la loge renal; anatómicamente nos situamos por detrás de la misma, entre la aponeurosis retro renal, que sabemos la cierra herméticamente hacia la columna lumbar y hacia arriba del diafragma, y la cara profunda de la pared lumbar, es decir, en el espacio pararrenal posterior, cuya descripción no hacemos por considerarlo superfluo.

Dimos por terminada nuestra intervención, rechazando la idea de abrir y explorar la celda renal por el riesgo de infectarla, pues de acuerdo a nuestro examen quirúrgico, estábamos convencidos de su falta de participación en el proceso que acabábamos de encontrar, conscientes en todo momento que no seguíamos una conducta de acuerdo con los preceptos clásicos; y el post-operatorio, como luego lo veremos nos dió la razón.

Ponemos dos tubos de drenaje y cerramos parcialmente la herida en dos planos.

*Post-operatorio:* perfectamente normal; apirexia desde el día siguiente, escasa cantidad de pus por los tubos de drenaje durante los primeros días exámenes repetidos de orina que jamás revelaron la menor traza de pus ni gérmenes.

El examen bacteriológico de la colección purulenta mostró la presencia del estafilococo albus del cual se prepararon vacunas que fueron aplicadas al enfermo.

La herida cerrada a los veinte días y el paciente se reintegra a la vida normal antes del mes.

#### CONSIDERACIONES FINALES:

La existencia de los procesos "paranefríticos" nos parece indiscutible; razones anatómicas justifican su localización, las fascias que limitan y cierran la loge renal los explican suficientemente. Los procesos infecciosos, que se desarrollan en cualquiera de los órganos en contacto inmediato con el tejido célulograsoso pararenal, son capaces de infectarlo: "apendicitis retrocesal ascendente", "colecistitis supurada y perforada", "absceso de hígado", "absceso subfrónico", "úlcera perforada del duodeno", "pancreatitis supurada", "osteomielitis de las vértebras o de las costillas", los "procesos supurados de la cavidad torácica" gracias al hiatus diafragmático, etc. etc., sin olvidar que la propagación de vecindad puede hacerse por las comunicaciones linfáticas. Pero en el caso que nos ocupa ninguna de las causas inmediatas citadas pudo ser invocada, nuestro examen clínico nos convenció de haberlas excluído. Si aceptamos la integridad de la atmósfera perirrenal, en base no sólo a nuestra exploración quirúrgica, sino y sobre todo a la evolución posterior; y si recordamos la forunculosis del brazo en los antecedentes del enfermo, nos vemos inclinados a considerar la posibilidad de una metástasis por vía circulatoria, en pocas palabras a invocar el mismo mecanismo y patogenia que el aceptado para las "perinefritis" de causa primitiva extrarenal. Recordamos también que nuestro enfermo días antes de comenzar su enfermedad, y portador todavía de su "piodermatitis" del brazo, recorrió centenares de kilómetros en auto, por malos caminos, y teniendo en cuenta el "trauma" que significa para la región lumbar la continua percusión del asiento del automóvil sobre la misma, consideramos a título de hipótesis por supuesto, a esta causa como "posible determinante" de la localización de una embolia séptica y su ulterior evolución, desde el foco cutáneo citado más arriba.

Para terminar queremos llamar la atención sobre la tendencia moderna que aconseja "explorar sistéaticamente al riñón en toda perinefritis" en el acto quirúrgico, buscando una posible lesión

cortical del mismo, que algunos autores encuentran casi en el 100 % de los casos considerándola etapa obligada a toda infección de la grasa perirrenal. Ello por supuesto no podemos considerarlo valioso para las "paranefritis" y, en consecuencia, debemos pensar en ellas para despistarlas y evitar de abrir la loge renal e infectarla con todas las consecuencias que ello puede traer.

---