

Por el Doctor

MIGUEL A. LLANOS

## INFECCION METASTASICA DEL RIÑON

COMO la mayor parte de los autores que se han ocupado de la infección metastásica del riñón, han considerado únicamente una forma determinada del proceso, nos hemos decidido hacer un trabajo de conjunto sobre el tema, basados en tres casos personales y la revisión de casi un centenar de observaciones de diferentes autores.

Las diferentes formas de infección metastásica del riñón las englobamos en el término de pionefritis, creado por Charles Mozt, y que parece haber merecido la aceptación de los principales centros científicos.

Las formas que puede presentar la pionefritis son las siguientes:

1. — Pequeños abscesos, en diferentes estados de evolución, situados generalmente en la región cortical, aunque a veces pueden estar diseminados en todo el parénquima renal, con predominio en la corteza; por su aspecto, a estos pequeños focos infecciosos se les ha dado el nombre de forúnculos del riñón por algunos autores (Fig. 1).

2. — Los pequeños focos infecciosos pueden estar conglomerados, formando verdaderos nódulos, tomando a veces forma piramidal con base en la corteza, en la que forman una superficie irregular, viéndose una gran cantidad de puntos blancos amarillentos, en diferente grado de evolución, lo que ofrece un aspecto de ántrax que ha decidido a la mayoría de los autores a designar ese proceso con el nombre de ántrax del riñón. (Figs. 2 y 8).

Nosotros creemos, que si bien, estos pequeños focos de infección en su forma diseminada o conglomerada, tienen aspecto de forúnculos o de ántrax, tal como se ve en la piel, difieren de éstos, en cuanto a su localización anatómica y a la manera de realizarse el proceso infeccioso; por lo demás, este mismo proceso se encuentra

en otros órganos, tales como el bazo y el hígado, coincidiendo a veces —aunque muy raramente— con el proceso renal: quizás sea mejor designarlo como forma forunculoide o antracoide o, más sencillamente, forma diseminada o conglomerada de infección metastásica del riñón.

3. — Abscesos. Los diversos autores, cuando hablan de abscesos del riñón, se refieren a colecciones purulentas más o menos grandes, que a veces pueden contener de 200 a 300 gramos de pus, las que frecuentemente son únicas, aunque a veces pueden encontrarse dos o más, y ellos se forman a expensas de los procesos supurativos de las formas conglomeradas, en que los pequeños abscesos se unen a otros y su proceso supurativo forma una colección más o menos grande; tanto el absceso como los dos procesos anteriores tienen tendencia a abrirse, por su situación anatómica, en el tejido perirrenal. Los abscesos perirrenales tienen este origen en la mayoría de los casos. Raramente el absceso se abre en las vías excretoras.

En un principio de la formación del absceso ya existe un tejido necrótico en medio de una colección purulenta de un color amarillo verdoso: pero, cuando el absceso ya tiene cierto tiempo de evolución, la colección es homogénea por lo general; bien entendido que las formas antracoide y forunculoide tienen también este tejido necrótico, lo que constituye el tapón.

La disposición de los capilares arteriales del riñón, que son terminales, explica la tendencia del proceso infeccioso a localizarse en la corteza.

La infección metastásica del riñón es más frecuente en el hombre que en la mujer; suele verse más entre los veinte y los cincuenta años, y, según la mayoría de los autores, es más frecuente en el riñón derecho. Generalmente es unilateral; la bilateralidad parece encontrarse entre un 5 a 12 % de los casos, según varios autores. Como se trata de un proceso septicémico, pueden observarse otras localizaciones, tales como el hígado, el bazo, el pulmón, el corazón, el pericardio y aun en la próstata, coinciden y dependen del mismo proceso septicémico; en ciertos casos pueden resultar focos secundarios del proceso renal, hecho que debe tenerse muy en cuenta antes y después de la intervención. Como factores predisponentes se mencionan los traumatismos, anomalías congénitas o adquiridas de las vías excretoras y anomalías del sistema vascular.

La infección metastásica del riñón depende de un foco infectante de cualquier parte del organismo, siendo los más frecuentes los procesos de la piel, tales como forúnculos, ántrax, panadizos, heridas infectadas, etc.: más raramente la gripe, la osteomielitis, la angina, la endocarditis, la neumonía, etc.

Los agentes que producen la infección son, por orden de frecuencia, los siguientes: estafilococo dorado, estafilococo albus, colibacilo, estreptococo, etc.

Las formas clínicas descritas por los diversos autores, un poco esquemáticamente, son las siguientes: hiperaguda, aguda, subaguda y crónica, de acuerdo a su forma de iniciación, su poder tóxico y su evolución.

Con frecuencia el enfermo nos refiere que algún tiempo antes, quince días, un mes y aún más, ha tenido un forúnculo, un ántrax, un panadizo, una herida infectada o cualquier otro proceso infeccioso y, de golpe, siente un violento escalofrío con alta temperatura que llega hasta 40° o más, con mal estado general, náuseas, a veces vómitos, pulso elevado y grave estado de intoxicación que, cuando persiste por varios días, puede terminar con el paciente rápidamente: son los casos en que existe una infección masiva del riñón, o bien cuando otros órganos tales como el bazo, hígado o pulmón se encuentran también atacados. Otras veces, a pesar de haberse iniciado bruscamente y con alta temperatura, su repercusión en el estado general es menos acentuada y generalmente la temperatura disminuye después de algunos días, los sudores y los escalofríos son menos pronunciados, el estado general mejora, la diuresis y el apetito aumentan y hasta pueden desaparecer todos los síntomas y el enfermo puede curar en forma definitiva: esto sucede por lo común cuando se trata de pequeños abscesos en forma de forúnculos y aún en forma de ántrax, cuando el agente infeccioso es poco virulento y bueno el poder defensivo del organismo.

Otras veces, después de varios días de haberse iniciado, como en el caso anterior, se produce una regresión de todos los síntomas, que no llegan sin embargo, a desaparecer; hay un estado subfebril, poco apetito, pequeños sudores, especialmente por la noche, debilitamiento, y un estado anémico que se acentúa, que puede durar meses: posiblemente existe un proceso infeccioso poco virulento, pero

que por su persistencia es capaz de producir el aniquilamiento del paciente.

En otros casos, después de tener un período de calma, los síntomas mencionados anteriormente se acentúan, a veces con grave repercusión sobre el estado general, que puede llegar a ser fatal si no se interviene; también puede suceder que el período alarmante pase y vuelva nuevamente un período de mejoría.

Más raramente, el proceso puede iniciarse con un estado subfebril que después puede desaparecer; pero, la mejoría no es franca, hay sudores, especialmente de noche, poco apetito, continuo enflaquecimiento y anemia; posiblemente se trate de un proceso poco virulento, pero lo suficientemente tóxico como para producir ese estado que con el tiempo puede conducir a la muerte.

#### EXAMEN DE LA ORINA:

Macroscópicamente, la orina puede tener todos los caracteres de la normal, pero el examen, generalmente demuestra la presencia de hematíes, glóbulos de pus y pequeña cantidad de albúmina y elementos patógenos apreciables sobre todo por el cultivo; excepcionalmente la cantidad de pus puede ser grande, cuando un absceso se abre en las vías excretoras o coincide con una infección de la pelvis renal. La hematuria en un 8 a 10 % puede ser más o menos importante, llegando a veces a la formación de coágulos en el uréter que pueden ocasionar dolor en forma de cólico o acumularse en la vejiga, lo que puede a veces ocasionar retención.

#### EXAMEN DE LA SANGRE:

La leucocitosis es constante, con predominio de los polinucleares, variando en cuanto a su intensidad, que puede ser ligera, mediana o acentuada. Hay también marcada disminución de los glóbulos rojos, que a veces puede llegar a producir un estado anémico grave—en ciertos casos la cantidad de glóbulos rojos puede reducirse a 2.500.000— con más o menos acentuada disminución del valor globular.

La hemocultura es a veces positiva y otras negativa.

El enflaquecimiento es a veces muy acentuado. El cansancio y la fatiga son frecuentes.

DOLOR :

En muchos casos el dolor no existe en los primeros días y es después cuando aparece, ya sea espontáneamente o provocándolo por la investigación; está localizado, ya sea en la región lumbar (punto costovertebral o costomuscular), ya sea en el hipocondrio —a veces con tendencia a extenderse hacia la línea media y hacia la base del tórax; posiblemente esta distinta localización o su mayor intensidad dependan de la localización del proceso en sí, o de su propagación: si el proceso está en la cara posterior el dolor será lumbar, si está en la cara anterior el dolor se sentirá en el hipocondrio y si está en el polo superior el dolor tendrá tendencia a hacerse torácico; en caso de que se produzca un flemón perinefrítico el dolor se intensificará hacia la zona donde se localice el proceso.

La palpación de la región lumbar nos dará elementos clínicos muy importantes, además de la investigación del dolor.

Puede suceder que el riñón no se palpe y que no se note modificación alguna en los diferentes planos: ésto puede verse al principio de la afección, cuando se trata de lesiones moderadas, pequeños focos diseminados o conglomerados. Otras veces puede palparse un tumor y se tiene conciencia de que es el riñón aumentado de volumen, cuando hay un conglomerado voluminoso y, especialmente, cuando ya existen uno o más abscesos de gran tamaño. Si hay un proceso perinefrítico se nota una masa mal limitada, un verdadero empastamiento, y si hay una colección bien formada, una zona renitente y aún fluctuante si el proceso perinefrítico ha incluido los planos *superficiales*. Cuando se trata de un proceso perinefrítico *subcrónico* o *crónico* —es decir un flemón leñoso— se tiene en los planos profundos la sensación de una resistencia bien marcada, como la de una verdadera coraza.

EXAMEN RADIOLOGICO:

La radioscopía puede demostrarnos la disminución y aún la desaparición de los movimientos del diafragma, especialmente cuando el proceso se encuentra en la parte superior. La radiografía simple nos muestra la imagen renal normal o, a veces, aumentada, según la importancia del proceso. Cuando existe una perinefritis la imagen es confusa y la sombra del psoas no se percibe o es poco clara.

La imagen de la pielografía descendente puede ser perfecta, como demuestra el caso personal; (Fig. 7), otras veces es menos demostrativa y a veces es imposible sacar ninguna conclusión. Desde luego, esto estará en concordancia con la importancia de la destrucción sufrida por el parénquima a raíz del proceso. En cambio, la pielografía ascendente siempre es demostrativa.

Veamos ahora cuáles son las modificaciones de las vías excretoras en las diferentes formas de la pionefritis.

Tanto el ántrax como el absceso producen con frecuencia un aplastamiento de la pelvis y aplastamiento, desviación, amputación y elongación de uno o más cálices, como demuestran las radiografías del caso personal (Fig. 7) y las siguientes de algunos autores. (Figs. 3, 4, 5 y 6). Pero, hay casos en que la existencia de un ántrax o absceso no produce ninguna modificación, y esto sucede cuando son superficiales y que por su tamaño no han llegado a ponerse en contacto con las vías excretoras.

#### DIAGNOSTICO

Cuando el proceso se inicia bruscamente y sin ninguna localización del dolor, los errores de diagnóstico son frecuentes, formulándose diagnóstico de tifoidea, paratifoidea, gripe, tuberculosis miliar, fiebre de Malta, etc. La eliminación de estos diferentes procesos se hará por el examen completo del enfermo y, pensando en el proceso renal, determinando la leucocitosis, que siempre es positiva; si existe el antecedente de algún proceso infeccioso del organismo y especialmente de la piel, las probabilidades aumentan en favor de la infección metastásica del riñón; la localización del dolor y el examen pielográfico, cuando es positivo, darán la confirmación en la mayoría de los casos.

Cuando existe el dolor, el predominio de este elemento en distintos sitios puede conducirnos a un error de diagnóstico; cuando el dolor predomina en la base del tórax, la confusión se ha hecho con neumonía, pleuresía, etc.; cuando el dolor predomina en el hipocondrio, el proceso ha sido considerado como una apendicitis subhepática, un absceso subfrénico o, más frecuentemente, como una colecistitis; cuando el dolor se encuentra en la región lumbar el error es menos probable, salvo el caso de que se trate de un absceso retrocecal alto, por una anomalía de la situación del apéndice.

Posiblemente, el diagnóstico más difícil es el de pionefritis, sin complicación de absceso perirrenal, y el de tumor febril del riñón: los mismos síntomas, fiebre, fatiga, enflaquecimiento rápido, anemia marcada, las mismas deformaciones de las vías excretoras, y solamente un dato diferencial importante, la hiperleucocitosis, siempre presente en las pionefritis y ausente, en cambio, en las neoplasias.

En general, el diagnóstico exacto de infección metastásica del riñón se hará por el análisis cuidadoso de cada síntoma y la colaboración de los diferentes medios de exploración de que disponemos: así, examinaremos la temperatura y averiguaremos si va acompañada de sudores y de escalofríos, haremos el examen de la orina para ver si hay elementos anormales, haciendo, inclusive, el cultivo del sedimento; estableceremos si hay debilitamiento marcado, con pérdida de peso, si hay disminución del número de glóbulos rojos y aumento de los leucocitos, haremos la hemocultura, e investigaremos si no existe o ha existido algún foco de infección especialmente en la piel; practicaremos un examen radioscópico para ver si no hay falta o disminución de los movimiento diafragmáticos, y del riñón y si hay escoliosis —el examen clínico ya nos habrá informado si hay dificultad o imposibilidad de inclinar la columna hacia el lado opuesto al riñón supuesto enfermo—; la radiografía simple y la pielografía descendente o ascendente nos indicarán si la imagen del psoas es borrosa o no es visible en su parte superior —lo que casi siempre indica un proceso perinefrítico— y si existe deformación de las vías excretoras del riñón que, tratándose de un proceso pionefrítico, nos revelará la existencia de una forma antracoide o de un absceso. Procediendo en esta forma casi siempre se llegará a un diagnóstico exacto.

#### TRATAMIENTO MEDICO

Además del tratamiento común para todo proceso infeccioso, tal como tónicos cardíacos, diuréticos, suero fisiológico, transfusión sanguínea, quimioterapia, etc., algunos autores aconsejan medios específicos contra el agente productor, tales como sueros y vacunas antiestafilocócicas, anatoxina, propidón, etc., empleándolos al principio, en el período de estado y aún después de la operación. Al principio del proceso son muchos los casos que parecen curar definitivamente; ciertos procesos subagudos en que la temperatura es

pequeña y el estado general bueno, o en los casos en que después de la intervención no es franca la evolución hacia la curación, parece ser que la acción de tal terapéutica es favorable, bien entendido que en todos estos casos es difícil poder determinar la parte que corresponde al agente medicamentoso y la que corresponde a la evolución misma del proceso.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO

Un poco esquemáticamente vamos a considerar las diferentes



Figura 1

Nefritis supurativa difusa (Riñón de Brewer, según la designación de los urólogos de habla inglesa). (Tomado de G. A. Ingrish: "Antrax del riñón"; en "Journal of Urology", vol. 42, pág. 329.

situaciones y la conducta a seguir en las varias formas anatómo-patológicas de la pionefritis, inclusive la complicación del flemón perirrenal.

1. — *Pionefritis forunculoide*. Forma hiperaguda: se trata de un proceso toxi-infeccioso grave, que ha repercutido en el estado general del enfermo rápidamente y el examen clínico ha permitido formular diagnóstico de pionefritis unilateral; en la operación nos encontramos con un riñón aumentado de volumen, acribillado por pequeños abscesos en toda o en la mayor parte de la corteza y que,

posiblemente, existen en todo el parénquima; la extirpación rápida del riñón creemos que es la operación indicada. En la forma aguda o subaguda, en que los pequeños focos ~~eran~~ diseminados en la corteza y todo hace pensar que son las únicas lesiones existentes, estarán indicados la decapsulación el drenaje; si después de varios días de la operación la evolución no fuera del todo favorable, se

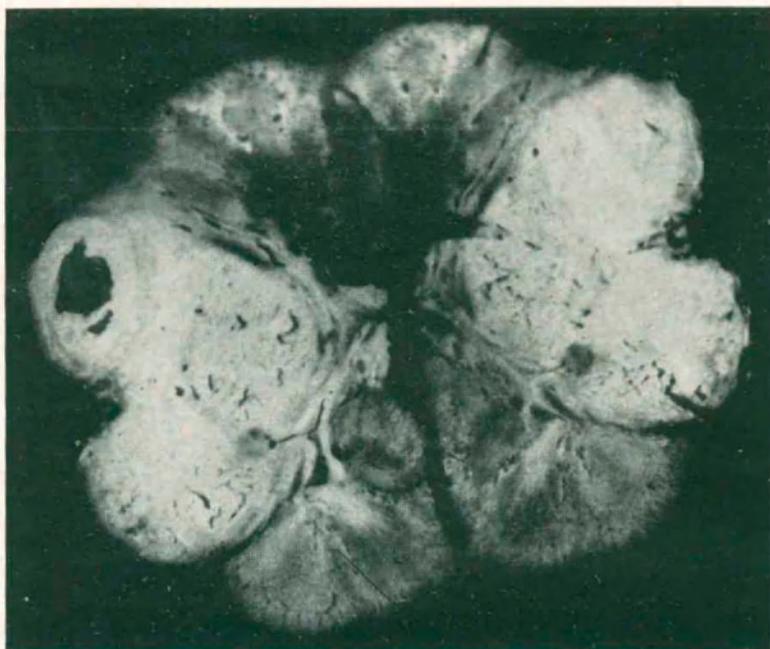


Figura 2

Obsérvese el ántrax tomando los dos tercios medianos del riñón. (Tomado de G. A. Ingrish: "Antrax del riñón"; en "Journal of Urology", vol. 42, pág. 337).

pueden emplear algunos de los agentes terapéuticos antes mencionados y si, a pesar de ellos, persistiesen los signos desfavorables, habrá que reoperar para drenar algún foco perirrenal aislado del drenaje o actuar de acuerdo con las indicaciones que luego formularemos en caso de encontrarse con un ántrax o un absceso.

2. — *Pionefritis antracoide*. Si el proceso es único —y aún siendo doble o triple, pero bien limitado— lo ideal es la enucleación; cuando éste no es posible, se procederá a la destrucción con termocauterío o la excisión con bisturí o, mejor aún, con electrobisturí; si hubiera en la corteza algún pequeño foco, se hace la

decapsulación y se drena ampliamente; si al hacer la extirpación o la enucleación del ántrax hubiera hemorragia, se tapona la cavidad; si el proceso hubiera destruido una gran parte del riñón, quizás sea preferible hacer una nefrectomía, siempre que el otro riñón estuviera en perfectas condiciones.

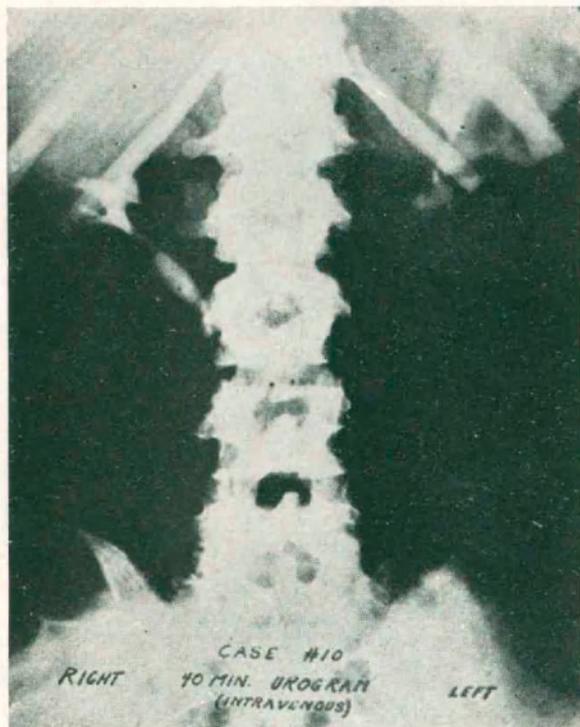


Figura 3

Pielografía descendente que muestra la compresión de los cálices medio e inferior, lo que puede inducir a confusión con el neoplasma. (Tomado de G. A. Ingrish: "Antrax del riñón", en "Journal of Urology"; vol. 42, pág. 337).

3. — *Absceso*. Cuando existe uno o varios abscesos, se incinde y drena ampliamente; la nefrectomía tendría las mismas indicaciones que en el caso anterior si además de el absceso existiese un ántrax o forúnculos diseminados, se trata el ántrax como ya hemos dicho y se hace la decapsulación para los forúnculos, cuando se decide hacer una operación conservadora.

4. — *Flemón perinefrítico*. El flemón perinefrítico es una complicación frecuente de la pionefritis y la conducta a seguir es variable; yo pienso que debemos considerar las siguientes situaciones:

a) Se trata de un proceso renal de mediana intensidad complicado con un flemón perirrenal; el examen funcional del riñón —demostrado por el análisis de orina y la pielografía descendente— es bueno; el examen pielográfico no demuestra ninguna deformación de las vías excretoras; posiblemente se trate de una infección, forma forunculoide cortical; la incisión y el drenaje amplio casi

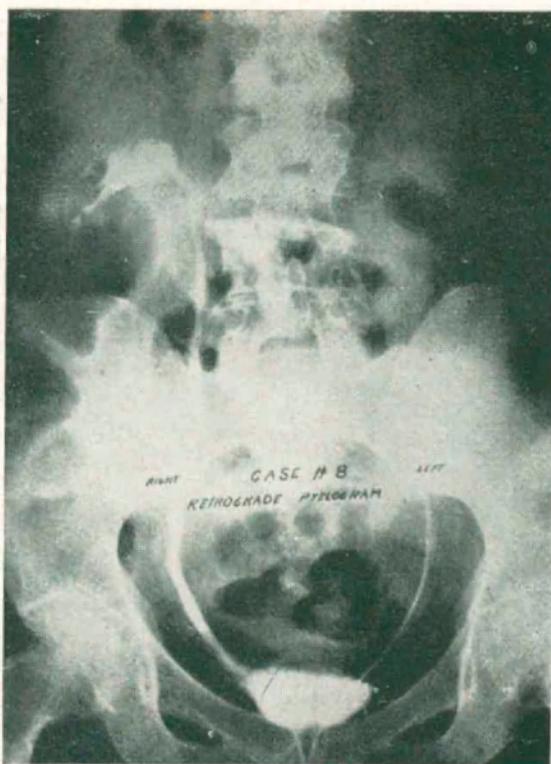


Figura 4

Pielografía retrógrada, que muestra la compresión del cáliz superior. (Tomado de G. A. Ingrish: "Antrax del riñón"; en "Journal of Urology", vol. 42, pág. 335).

siempre conducen a la curación definitiva; si no sucediera así, se interviene de nuevo, se examina el riñón y se procede según las circunstancias.

b) Si el proceso renal en su iniciación y evolución ha sido más intenso, con repercusión acentuada sobre el estado general, y la imagen pielográfica demuestra una deformación que indica la presencia de un proceso antrácoide o de un absceso, se abre el flemón, se limpia cuidadosamente la cavidad con agua oxigenada o cualquier desinfectante, se explora prudentemente el riñón y,

según la lesión que se encuentre, se la trata de acuerdo con los principios antes enunciados para cada caso.

#### CASOS PERSONALES

Como de los dos primeros casos de infección metastásica de riñón que tuve oportunidad de observar no tengo documentación, me limitaré a mencionarlos. El primero fué en 1911 y se trataba

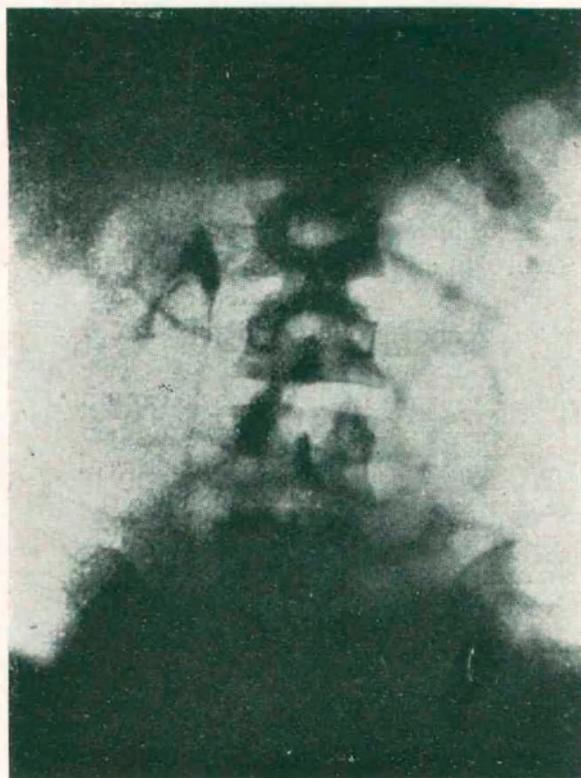


Figura 5

Pielografía que muestra amputación neta de los cálices. (Comunicación de Barge y Larraud a la Sociedad Francesa de Urología; en "Journal d'Urologie", tomo 48, pág. 68).

de una infección forunculoide masiva, con fenómenos generales muy graves; las condiciones anatómopatológicas del órgano me decidieron a hacer una nefrectomía por "morcellement". El segundo fué un absceso subcapsular que, incindido, llegó a la curación.

El tercer caso se refiere a un enfermo atendido por el doctor Singer, agregado a mi servicio del hospital Centenario, cuya historia clínica, resumida, dice lo siguiente: "Enfermo de 26 años. En los primeros días del mes de abril es atacado por un forúnculo de la sien izquierda, con alta temperatura y edema marcado, que se abre espontáneamente; el tapón se elimina y se cura; quince días después

es sorprendido bruscamente por un dolor intenso de la región lumbar izquierda, acompañado de chuchos y transpiración; al día siguiente, temperatura de 40° por la tarde y 37.8° por la mañana; a los cinco días todo se normaliza, salvo un ligero dolor que queda en la región lumbar izquierda; a los diez días, se presenta nuevamente la sintomatología del comienzo. Por los antecedentes y el examen



Figura 6

El mismo caso de la figura 5 después de operado. Irregularidad de los contornos del uréter derecho; imagen normal de pelvis y cálices. (Tomado de la comunicación de Barge y Larroud a la Sociedad Francesa de Urología; "Journal D'Urologie", tomo 48, pág. 69).

clínico del enfermo se formula diagnóstico de infección metastásica de riñón izquierdo que el examen radiológico confirma. El examen clínico demuestra: puntos costovertebral y costomuscular del lado izquierdo positivos; defensa muscular en regiones lumbar e ilíaca izquierdas. La orina demuestra la presencia de albúmina (0.30 g.), regular cantidad de pus y hematíes. La pielografía descendente (Fig. 7) indica un aplastamiento de la pelvis y de los cálices superior e inferior. La pieza —procedente de la nefrectomía efectuada por el

doctor F. Premoli—, (Fig. 8) demuestra un absceso bien limitado, evolución de un proceso antracoide, posiblemente enucleable, y, en

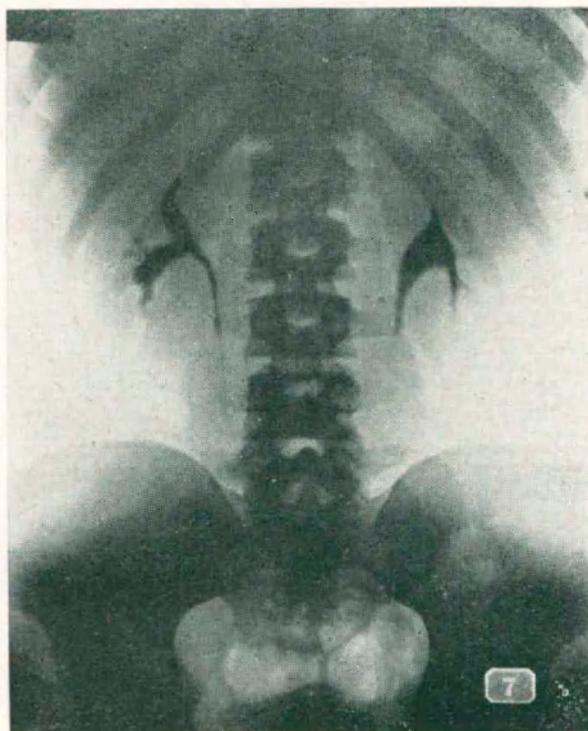


Figura 7

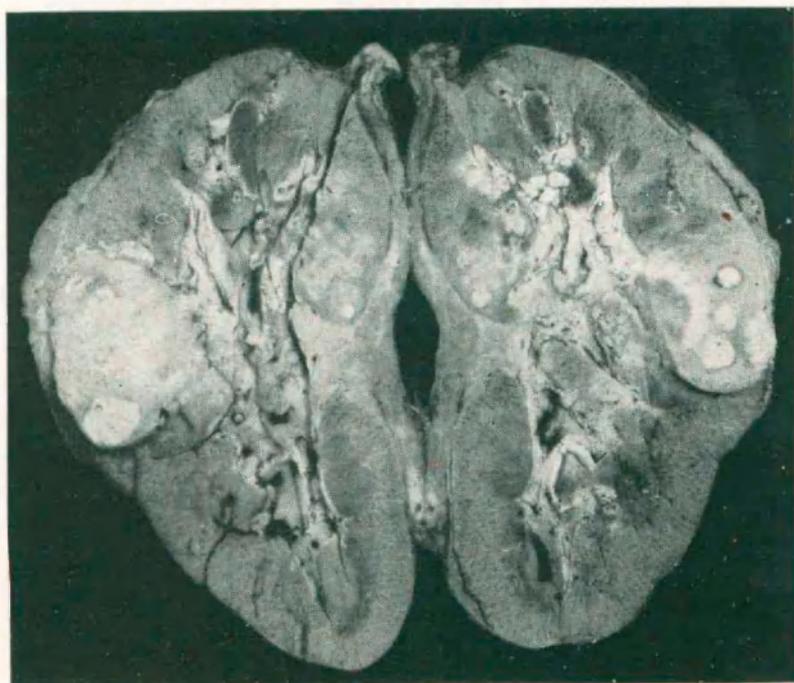


Figura 8

otra región, un conglomerado de pequeños focos miliares que posiblemente hubieran dado lugar a la formación de un nuevo absceso.

DISCUSION

Dr. Vilar. — Yo quisiera contribuir al trabajo del Profesor Llanos refiriendo un caso en que están incluídas casi todas las posibilidades que refería. En primer lugar, fué un enfermo tratado como tifódico y recién al tercer septenario se pensó en un proceso metastásico renal. Se encontró el foco que se extirpó, se mandó al anatómopatólogo —lo vieron muchos anatómopatólogos y se pensó en un sarcoma. Los que habían hecho la observación clínica, entre ellos yo, desecharon eso en absoluto porque era típico un forúnculo de la nuca, luego un dolor lumbar y un proceso infeccioso prolongado. La evolución posterior confirmó felizmente el diagnóstico, pero varios anatómopatólogos, repito, pensaron en un sarcoma.

---