

Caso 36

Mujer de 66 años con fiebre y tumoración lumbar

BELÉN ANDRÉS DEL OLMO, PABLO DEMELO RODRÍGUEZ,
JORGE DEL TORO CERVERA, JESÚS GARCÍA CASTAÑO
Servicio de Medicina Interna I. Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Mujer de 66 años que acude a urgencias por fiebre de 39°C y tumoración en región lumbar izquierda.

Antecedentes personales

Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 10 cig/día. Esquizofrenia paranoide en seguimiento por su Centro de Salud Mental, en tratamiento con clonazepam y haloperidol. Infecciones urinarias de repetición, con imagen de litiasis coraliforme en ecografía abdominal realizada en 2008, sin seguimiento posterior. Anemia normocítica normocrómica en estudio.

ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente refiere dolor y eritema sobre fosa renal izquierda de aproximadamente 6 meses de evolución que se asocia ocasionalmente a picos febriles. Desde 2 días antes del ingreso, la familia aprecia deterioro del estado general y fiebre continua de hasta 39°C. Sin otra sintomatología acompañante.

Previa valoración en nuestro hospital, la paciente fue diagnosticada de celulitis lumbar en otro centro, pautándose tratamiento intravenoso que la paciente no aceptó, siendo dado de alta con cloxacilina oral. 24 horas después fue valorada por cirugía realizándose una incisión de un cm en fosa renal izquierda por el que drenan aproximadamente 500 cc de líquido purulento de color parduzco.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA: 95/50 mmHg, Tª 36.0°C, FC 84 lpm.
- Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Obesa.

- Auscultación cardiaca: Rítmica, no se escuchan soplos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Presenta, a nivel de fosa renal/región dorsolumbar izquierda, una región eritematosa aumentada de temperatura, palpándose una masa dolorosa sobreelevada, de unos 10 cm y de carácter fluctuante.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica de sangre: Destaca Hb 11.1 g/dL, plaquetas 262 10E3/mcL, leucocitos 16.5 10E3/mcL (14.3 Neu). Coagulación: fibrinógeno 1.000 mg/dL. Bioquímica: función hepática y renal normal. Resto sin alteraciones. PCR 29.05 mg/dL.

Analítica de orina: Esterasa leucocitaria 500 cel/microL. Sedimento: Piuria intensa y bacteriuria moderada.

Rx Abdominal: imagen compatible con litiasis coraliforme en riñón izquierdo (Figura 1).

Ecografía abdominal: Riñón izquierdo de aproximadamente 10 cm de tamaño. Se identifican imágenes hipoecogénicas de grupos caliciales superiores, la de mayor tamaño de aprox. 9 cm de diámetro, con material hiperecogénico en su interior. Además se observan imágenes hiperecogénicas, con sombra acústica posterior en todos los grupos caliciales compatibles con litiasis coraliforme. (Figura 2, donde se observa imagen hipoecogénica de gran tamaño con refuerzo posterior).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Ante el hallazgo de imagen quística a nivel renal, se plantearon los siguientes diagnósticos:

- Carcinoma renal de células claras.
- Quiste renal complicado.
- Absceso renal.
- Pielonefritis complicada con necrosis papilar.
- Aneurisma vascular.

EVOLUCIÓN

Se trata de una paciente con clínica y exploración compatible con inflamación del tejido celular sub-



Figura 1: Rx Abdomen



Figura 2: Ecografía abdominal

cutáneo. Dado el antecedente de litiasis coraliforme de gran tamaño y el hallazgo de una imagen quística perirrenal, se sospechó que ambos hallazgos (celulitis lumbar/lesión perirrenal), pudiesen estar relacionados.

Se solicitó *ecografía de partes blandas*, que muestra "un trayecto fistuloso que desde la superficie cutánea comunica con una colección localizada adyacente al polo superior del riñón izquierdo y que contiene material ecogénico en su interior. Dicha colección presenta un diámetro transversal aproximado de 84,6 mm y probablemente dependa del polo superior de dicho riñón." (Figura 3, donde se

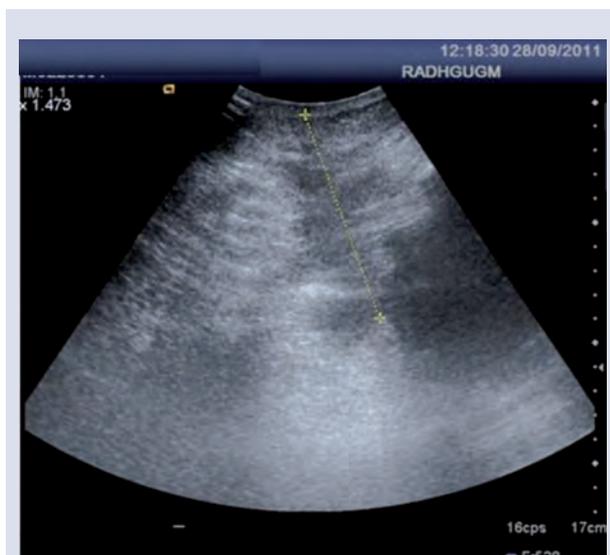


Figura 3: Ecografía de partes blandas

observa trayecto fistuloso que comunica piel con lesión quística perirrenal).

Se recogieron cultivos de sangre y orina, se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona y clindamicina y se trasladó a la paciente a Medicina Interna.

Durante su ingreso se realizó TAC abdominal, en el que "se confirma la existencia de una colección fluida con pared definida hipercaptante y medidas aproximadas de 9 x 5,2 x 5,4 cm que se extiende desde el tercio inferior del riñón izquierdo hasta el músculo psoas, musculatura ancha del abdomen ipsilateral y la grasa subcutánea alcanzando la superficie de la piel, que se encuentra francamente engrosada". (Figura 4.1, corte coronario en el que destaca litiasis coraliforme de gran tamaño y lesión en polo superior de riñón izquierdo; Figura 4.2, corte sagital en el que se observa afectación de planos musculares y fístula cutánea).

Se colocó drenaje percutáneo, obteniéndose gran cantidad de líquido purulento, con buena evolución posterior. (Figura 5, se observa drenaje colocado a nivel de absceso).

Los hemocultivos y urocultivo fueron negativos, y en cultivo de material obtenido del drenaje, se aisló *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 se decide nefrectomía izquierda laparoscópica, que se realiza sin incidencias y con buena evolución posterior.

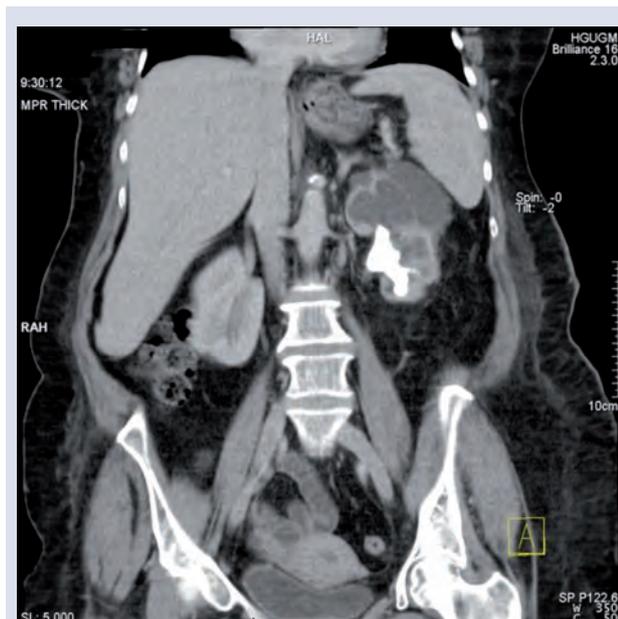


Figura 4.1: TAC abdominal (corte coronario)



Figura 4.2: TC abdominal (corte sagital)

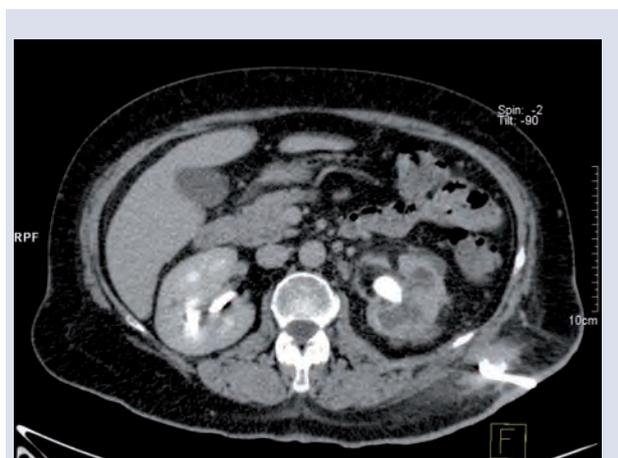


Figura 5: TC abdominal (corte axial)

DIAGNÓSTICO FINAL

- Absceso perirrenal izquierdo secundario a pielo-nefritis en paciente con litiasis coraliforme por *E.coli*.
- Absceso de partes blandas secundario a fístula desde absceso perirrenal.

DISCUSIÓN

La En la aparición de un absceso renal (o perirrenal), se describen como factores predisponentes más comunes la diabetes mellitus y las anomalías del tracto urinario (como litiasis, reflujo vesicoureteral, tumores obstructivos, etc). Entre las di-

ferentes tipos de litiasis, las coraliformes son las que más se han relacionado con la aparición de estas lesiones.

En el caso que nos ocupa, la sospecha diagnóstica surgió al relacionar el hallazgo clínico con el antecedente de litiasis en la paciente, si bien llama la atención la prolongada progresión (6 meses) del cuadro clínico en la paciente hasta su consulta médica, justificado probablemente por su patología psiquiátrica de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peces R, Costero O: El espectro de los quistes renales en el adulto: diagnóstico diferencial y complicaciones. *Nefrología* 2003;23:260-5.
2. Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, et al. Renal and perinephric abscesses: Analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg* 2007; 31:431.
3. Demertzis J, Menias CO. State of the art: imaging of renal infection. *Emerg Radiol* 2007;14:13.
4. Dembry LM, Andriole VT. Renal and perirenal abscesses. *Infect Dis Clin North Am* 1997;11:663.

COMENTARIO EDITORIAL

Se trata de un caso muy bien presentado. La secuencia de acontecimientos está muy bien hilvanada. Las imágenes por TAC son muy ilustrativas. El manejo del paciente es excelente. Se inicia tratamiento antibiótico con drenaje percutáneo, y finalmente nefrectomía izquierda. El paciente evoluciona bien.

Sin embargo hay dos aspectos que creo vale la pena remarcar:

1. Al inicio del relato se comenta:

“Previa valoración en nuestro hospital, la paciente fue diagnosticada de celulitis lumbar en otro centro, pautándose tratamiento intravenoso que la paciente no aceptó, siendo dado de alta con cloxacilina oral. 24 horas después fue valorada por cirugía realizándose una incisión de un cm en fosa renal izquierda por el que drenan aproximadamente 500 cc de líquido purulento de color parduzco.”

Se entiende que, antes de acudir al HGGM, la paciente ya había sido diagnosticada, y ya había recibido la primera cura. Cuesta de creer que, tras un drenaje lumbar de 500 cc, la paciente fuera dada de alta. Todo hace pensar que la lesión cutánea era importante, y que el drenaje requería observación y tratamiento, así como técnicas de imagen urgentes para conocer el basto de la lesión.

¿Cómo pudo darse de alta? Probablemente, al tratarse de una paciente psiquiátrica, la paciente quiso pedir el alta voluntaria, pero parece bastante claro que lo más prudente era dejar a la paciente ingresada en ese centro, del que no tenemos más datos.

El manejo de la voluntad de un paciente psiquiátrico es siempre un tema muy complicado, y más en urgencias.

2. El diagnóstico diferencial en urgencias debe tener un enfoque más claro. Los autores, quizás con un afán didáctico, exponen 5 posibles patologías. El planteamiento de un diagnóstico diferencial en urgencias debe ser más contundente: ¿cuáles son las patologías potencialmente graves que debemos tratar? Es probable que algunos de estos diagnósticos pueda ser obviado.

- Carcinoma renal de células claras.
- Quiste renal complicado.
- Absceso renal.
- Pielonefritis complicada con necrosis papilar.
- Aneurisma vascular.

JM Guardiola.
Hospital de Sant Pau. Barcelona