

## Casos Clínicos

# Absceso renal en el embarazo

Cecilia Goity F.<sup>1</sup>, Eduardo Correa A.<sup>2</sup>, Paulina Daniels S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Chile. <sup>2</sup> Médico cirujano.

### RESUMEN

El absceso renal es una grave e infrecuente complicación de las infecciones del tracto urinario, siendo excepcional durante el embarazo. Su sintomatología es inespecífica, por lo que el diagnóstico debe buscarse en forma activa. Se presenta un caso clínico de un absceso renal en una paciente cursando un embarazo gemelar, siendo tratada durante la gestación con buenos resultados.

**PALABRAS CLAVE:** *Absceso renal, infección del tracto urinario, embarazo*

### SUMMARY

Renal abscess is an infrequent but serious complication of the urinary tract infection, and exceptional in pregnancy. The symptomatology is unspecific, so the diagnosis must be pursued actively. We present a case report of a renal abscess in a twin pregnancy, treated successfully during gestation.

**KEY WORDS:** *Renal abscess, urinary tract infection, pregnancy*

### INTRODUCCIÓN

El absceso renal es una complicación infrecuente pero grave dentro de las infecciones del tracto urinario (ITU), que presentaba una mortalidad de 39-50% en la década de los años sesenta y setenta del siglo XX. Actualmente, gracias a la disponibilidad del diagnóstico por imágenes, además de un manejo agresivo, la letalidad se ha reducido al 6%. Sin embargo, el diagnóstico sigue siendo difícil, ya que los pacientes presentan una sintomatología difusa y poco específica, siendo el 10% de ellos oligosintomáticos (1).

El principal factor de riesgo del absceso renal es la presencia de litiasis urinaria, que se encuentra entre el 20-60% de los pacientes con esta patología. Las alteraciones estructurales del tracto urinario,

trauma, vejiga neurogénica y diabetes se han visto asociados al desarrollo de un absceso renal (2).

El desarrollo del absceso renal durante el embarazo es excepcional, pese a que la prevalencia de la ITU aumenta con la gestación (10-15% de las gestantes) y que el 75% de los abscesos renales son secundarios a la infección (2,3).

El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un absceso renal en una paciente con embarazo gemelar monocorial biamniótico diagnosticado y tratado en el Hospital Parroquial de San Bernardo.

### Caso clínico

Gestante de 37 años, múltipara de 6, cursando un embarazo gemelar monocorial biamniótico de

19 +5 semanas, derivada al servicio de urgencia de obstetricia y ginecología del Hospital Parroquial de San Bernardo por dolor lumbar izquierdo de una semana de evolución y drenaje espontáneo de material purulento a través de trayecto fistuloso localizado en la región dorsal izquierda, que se inicia 48 horas antes de la consulta.

Como antecedente destaca el abuso de alcohol en forma reiterada y adicción a pasta base por 13 años hasta 9 meses antes de la consulta. Además, la paciente tuvo un episodio de pielonefritis aguda 3 años antes de la consulta, con tratamiento antibiótico incompleto e historia de un año y medio de evolución de dolor en fosa lumbar izquierda intermitente, que cedió tras supuración de contenido purulento y tratamiento con amoxicilina.

Al examen físico de ingreso se encontraba afebril, hemodinámicamente estable, destacando puño percusión esbozada a izquierda y trayecto fistuloso con salida activa de contenido purulento en región dorsal izquierda. La altura uterina era de 22 cm y ambos fetos con latidos cardíacos positivos.

En los exámenes de ingreso destacaban una PCR de 42 (rango: 0-10 mg/dL), sin leucocitosis ( $9.000/\text{mm}^3$ ) y orina completa sugerente de ITU. Evaluada por el equipo de urología se solicitó urocultivo, baciloscopia y cultivo de secreción purulenta. Se inició tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima 1 gramo cada 6 horas endovenoso. Se realizó una ecografía renal que evidenciaba un riñón derecho normal de 13,7 cm, riñón izquierdo de 11,5 cm hipocogénico, en el cual no se lograba definir diferenciación entre cortical y seno renal, ni su morfología, sugiriendo elementos de tipo inflamatorio como una posible pielonefritis enfisematosa, asociado a una imagen sugerente de trayecto fistuloso con conexión a partes blandas.

Se decide completar estudio de imágenes con Resonancia Magnética (RM) y manejo expectante. Evoluciona con una PCR en ascenso, alcanzando un pico de 70 mg/dL al tercer día de hospitalización, con leucocitos en rango normal ( $8.800/\text{mm}^3$ ). Al cuarto día de hospitalización se realiza la RM que mostró un riñón izquierdo atrófico, con dos imágenes sugerentes de absceso de 4 y 2 cm respectivamente, el mayor de éstos unido a trayecto fistuloso (Figura 1).

El urocultivo de ingreso informó E. Coli  $>100.000$  UFC, resistente a ampicilina, amikacina y cefadroxilo. El cultivo de secreción fue positivo a Streptococcus anginosus y Proteus Mirabilis, ambos sensibles a Cefotaxima. Se interconsulta al equipo de infectología, sugiriendo cambio de esquema a Clindamicina y resolución quirúrgica del cuadro. A los 11 días de hospitalización se realizó nefrectomía izquierda

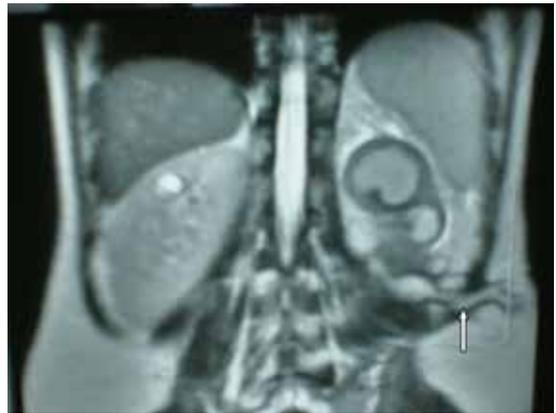


Figura 1. RM que muestra un riñón izquierdo atrófico, con dos imágenes sugerentes de absceso de 4 y 2 cm respectivamente, el mayor de éstos unido a trayecto fistuloso (flecha).

abierta sin incidentes. Luego de dos días en la UCI la paciente es trasladada a la sala de alto riesgo obstétrico, siendo dada de alta 6 días post cirugía, certificándose la viabilidad de ambos fetos y debiendo completar 21 días de tratamiento antibiótico.

Por medio de un parto vaginal sin inconvenientes a las 35+3 semanas de embarazo se obtienen dos recién nacidos, el primero con peso 1985 gramos, talla 53,5 cm y Apgar 9-9, y el segundo con peso de 1685 gramos, talla 41,5 cm y Apgar 7-9.

## DISCUSIÓN

Durante el embarazo las infecciones urinarias aumentan su frecuencia, debido a cambios anatómicos y funcionales que se producen en el sistema urinario, siendo la mayoría de ellas asintomáticas (2). Entre el 2 y 10% de las embarazadas cursarán con bacteriuria asintomática, y el 40% de ellas progresarán a pielonefritis aguda si no son tratadas en forma adecuada (4).

La sintomatología del absceso renal es inespecífica, siendo similar a una pielonefritis. Es por esto que la sospecha debe ser alta, planteándose especialmente en pacientes con síntomas de pielonefritis de evolución tórpida. Destacan por orden de frecuencia la presencia de fiebre (84%), dolor lumbar (64%), letargia (32%), vómitos y náuseas (30%), además de leucocitosis (93%) (1).

La vía principal de infección es la ascendente (75%), siendo los microorganismos aislados más frecuentes la E. Coli (26%), Klebsiella pneumoniae (22%), Staphylococcus aureus (18%), a pesar que sólo el 50% de los urocultivos resulta positivo. Parte

fundamental del diagnóstico son las imágenes, principalmente la ecografía y la TAC, alcanzando esta última un éxito diagnóstico entre 90-100% (1).

Debe sospecharse y se recomienda el estudio con imágenes en cualquier embarazada con pielonefritis que persiste febril luego de 4 a 5 días de tratamiento antibiótico con sensibilidad certificada con antibiograma, especialmente si existe historia de nefrolitiasis, aunque no es posible descartar la patología en presencia de piuria y fiebre con urocultivo negativo (2).

En la actualidad, la mayor disponibilidad de imágenes y exámenes de laboratorio han permitido un diagnóstico más precoz, y con ello se ha demostrado que un manejo conservador con un esquema antibiótico endovenoso adecuado permite la curación en el 75% de los casos. Además, tanto las imágenes como el manejo agresivo actual, ya sea médico (antibioticoterapia según antibiograma por al menos 21 días, hasta obtener una completa remisión clínica e imagenológica) o quirúrgico (drenaje percutáneo, quirúrgico o nefrectomía) según sea la indicación han permitido disminuir en gran magnitud la mortalidad por absceso renal (1).

Dos casos reportados en la literatura de absceso renal en el embarazo detallan la presentación clínica del cuadro, siempre muy inespecífica. En un caso reportado en Australia en 2003, sobre una mujer de 30 años cursando un embarazo de 25 semanas, al momento de consultar la paciente refería historia de una semana de dolor en flanco izquierdo; al examen físico estaba afebril con puño-percusión positiva a izquierda, orina completa compatible con ITU y urocultivo negativo, realizándose posteriormente el diagnóstico definitivo con RM (3).

El segundo caso, publicado en Brasil en 2006, da cuenta de una mujer de 35 años que cursando un embarazo de 38 semanas, hospitalizada por presentar fiebre de 5 días de evolución asociado náuseas, vómitos y dolor lumbar; temperatura de 38,2°C y puño percusión positiva a derecha, teniendo como antecedente una ITU por *E. Coli* no tratada a las 36 semanas. El diagnóstico definitivo se realizó con TAC (2).

Ambos casos se presentaron en forma similar a lo descrito en pacientes no embarazadas. Nuestro caso se presentó en forma tardía y evidente por eliminación franca de pus por fístula lumbar.

Con respecto al tratamiento, en el caso reportado en Australia se decidió diferir la cirugía hasta las 30 semanas, por sospecha de tumor renal como diagnóstico, por prominente vascularización sugerente de un carcinoma renal. Esto fue descartado por aspiración percutánea, quedando con el diagnóstico definitivo de absceso renal. Se planteó realizar drenaje pero inició trabajo de parto por lo que finalmente se realizó posterior a éste, sin incidentes (3). En el reporte brasilero, dado que se trataba de un embarazo de término, con la paciente febril, leucocitosis de 14.000/mm<sup>3</sup> y PCR aumentada (8,75 mg/dL) se decide iniciar tratamiento endovenoso con ampicilina e inducir el trabajo de parto. Posterior a éste se realiza manejo conservador con esquema antibiótico de amplio espectro con resultados satisfactorios, sin necesidad de intervención quirúrgica (2).

## CONCLUSIÓN

Se reporta un caso de absceso renal en una madre con embarazo gemelar, dado la temprana edad gestacional, se realiza la totalidad del tratamiento, médico y quirúrgico, durante la gestación en forma exitosa, lo que no había sido descrito anteriormente. Cabe recalcar la importancia de tener una alta sospecha frente a esta patología, ya que un estudio adecuado con imágenes permitirá un tratamiento oportuno, el que será determinante en el pronóstico materno y fetal.

## REFERENCIAS

1. Ferreira R, Schneider-Monteiro E, Borges JL, Mazzucchi E, Marmo A, Srougi M. Renal and perinephric abscesses: Analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg* 2007;31:431-6.
2. Santos L, Borges A, Serrano F, Alves MJ, Campos A. Abscesso renal na gravidez. *Acta Med Port* 2006;19:427-30.
3. Puvaneswary M, Bisits A, Hosken B. Renal abscess with paranephric extension in a gravid woman: Ultrasound and magnetic resonance imaging findings. *Australas Radiol* 2005;49:230-2.
4. Prakash J. The kidney in pregnancy: A journal of three decades. *Indian J Nephrol* 2012;22:159-67.