

Reporte de un caso clínico: absceso renal con pérdida total del parénquima en un paciente canino

Report of a clinical case: renal abscess with total loss of parenchyma in a canine

Michel Torres González-Chávez[✉]

Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad Agraria de La Habana (UNAH), San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN: Los abscesos renales, conocidos como ántrax renal, son de rara presentación y se forman por la coalescencia de múltiples microabscesos. Para corregir esta entidad patológica, el tratamiento quirúrgico es el de elección. En este trabajo se describe un caso de absceso renal en un paciente canino hembra, de dos años de edad, con extrema caquexia. Se realizó una laparotomía exploratoria que evidenció la masa gigante que se había detectado al examen físico y que resultó ser un absceso del riñón izquierdo. La nefrectomía total fue la solución quirúrgica que se utilizó; la paciente falleció a las 12 horas posquirúrgicas, a pesar de las medidas posoperatorias.

Palabras clave: absceso renal, laparotomía, nefrectomía total.

ABSTRACT: Renal abscesses, known as renal anthrax, are rare and formed by the coalescence of multiple microabscesses. To correct this pathological entity, the surgical treatment is the one of choice. In this work, a case of renal abscess in a two-year old female canine, with extreme cachexia, is described. An exploratory laparotomy, revealing the giant mass that had been detected by the physical examination and that turned out to be an abscess of the left kidney, was performed. The total nephrectomy was the surgical solution used. The animal died 12 hours after surgery, despite the postoperative measures.

Key words: renal abscess, laparotomy, total nephrectomy.

Historia del Caso

La paciente canina era hembra mestiza entera, de dos años de edad y un peso vivo de 6,4 kg. Durante la anamnesis la propietaria argumentó que su mascota había sido sometida, cuatro meses atrás, a un procedimiento quirúrgico, en el que se le realizó la resección de una masa tumoral (sin estudio histopatológico) en la región del corvejón izquierdo. Al tiempo presentó una gestación,

con un parto de nueve cachorros, que nacieron muertos. Junto con la gestación se desarrolló nuevamente el tumor del corvejón. Después del parto, el abdomen comenzó a crecer.

A los dos meses se le realizó una paracentesis, observando abundante secreción purulenta de color pardo claro y se emite un diagnóstico presuntivo de peritonitis y se recomienda tratamiento quirúrgico urgente. El mismo día, cuando la perra no mantenía postura, llega a consulta con una

[✉] Autor para correspondencia: Michel Torres González-Chávez. E-mail: mitchell@unah.edu.cu

Recibido: 9/6/2017

Aceptado: 27/9/2017

crítica condición corporal y vómitos persistentes; además, con un abdomen agudo y celiectasia (distensión anormal de la cavidad abdominal), con la intención de realizarle la eutanasia

(Fig. 1). Se convenció a los dueños que era conveniente la exploración clínica del caso para llegar al origen del problema.

Examen Físico General

Se observaron mucosas pálidas, disnea inspiratoria, frecuencia cardiaca de 130 pulsaciones por minutos, rápida y superficial; además presentaba hipotermia (37,5°C) y ganglios inguinales y poplíteos aumentados de tamaño, de superficie lisa y ligera sensibilidad dolorosa. La región del corvejón izquierdo presentaba un aumento de volumen en el mismo lugar del tumor extirpado anteriormente (Fig. 1). Asimismo, se observó distensión abdominal (perímetro de 76 cm) (Fig. 1), con ligera sensibilidad dolorosa y consistencia de pastosa a fluctuante, palpándose una masa abdominal de forma ovoide y grande. Posteriormente se decidió realizar una laparotomía exploratoria.

Tratamiento quirúrgico y evolución del caso

En el preoperatorio se estabilizó a la paciente con fluidoterapia atemperada (37°C). Se premedicó con sulfato de atropina

(0,022 mg/kg), seguido de Zoletil 100 (Zolazepan + Tiletamida) a una dosis de 0,1 mg/kg, vía endovenosa. Al proceder con la celiotomía, con una incisión de 10 cm, se evidenció la masa gigante que se había detectado a la palpación y el flujo purulento (Fig. 2). La incisión se agrandó para definir qué era esta masa y/o cuál era su origen.

Inicialmente, al no saber su origen orgánico se comenzaron a descartar órganos abdominales que pudieran estar implicados. La vejiga, el útero, los intestinos, el bazo, el estómago y el hígado, no estaban implicados.

El riñón derecho tenía apariencia y tamaño fisiológico; la cápsula tenía abundantes vasos ramificados, pero el izquierdo no se encontraba; por otra parte, el ovario izquierdo se encontraba fuertemente unido a esta masa (Fig. 3) y, como este se une por el ligamento suspensorio al polo posterior del riñón (1), no había dudas que esta gran masa contenía al riñón izquierdo o era el mismo, porque de ella emergían una arteria (renal) y una vena (renal) dirigiéndose ambas a la arteria aorta abdominal y la vena cava posterior, respectivamente (Fig. 4).

En tal circunstancia se realizó la nefrectomía, según la técnica descrita, así como las consideraciones posquirúrgicas en pacientes nefrectomizados (1). Se realizó enjuague peritoneal con solución salina a 37°C y adición de Hibitane acuoso (antiséptico); además, se realizó ovariectomía.



FIGURA 1. (A) Paciente canina con distensión abdominal. (B) Recidiva del tumor del corvejón, en este caso ulcerado. / (A) Canine with abdominal distension. (B) Recurrence of the hock tumor, ulcerated in this case.

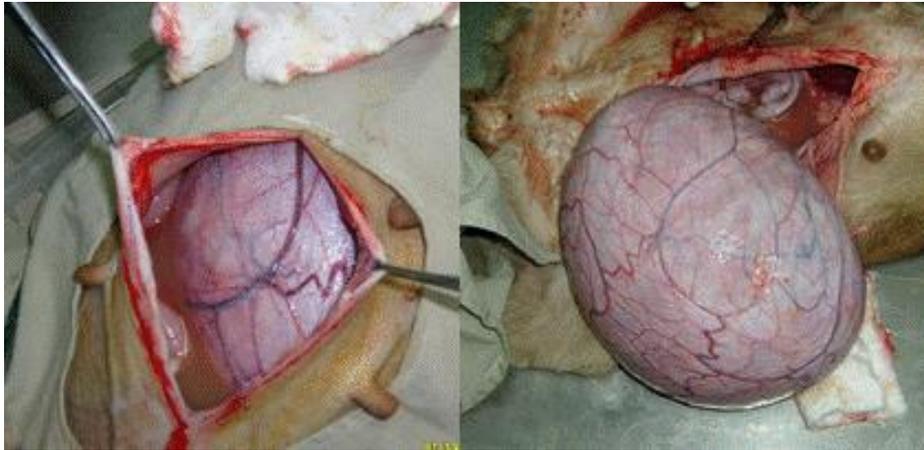


FIGURA 2. Laparotomía que muestra la masa abdominal y exudado purulento. / *Laparotomy showing abdominal mass and purulent exudate.*



FIGURA 3. Ovario izquierdo de pequeño tamaño unido fuertemente al absceso. / *Small size left ovary tightly attached to the abscess.*

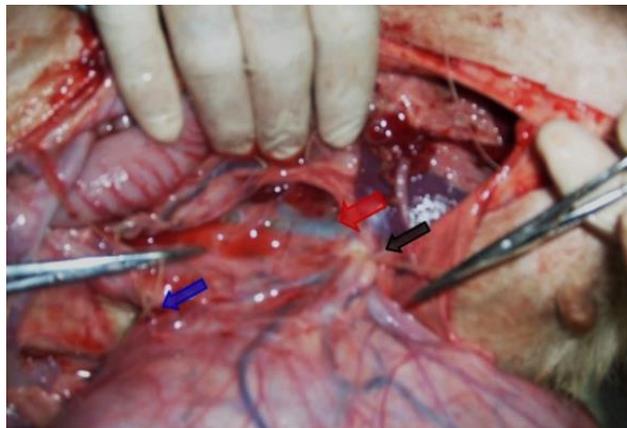


FIGURA 4. Ligadura de la arteria (flecha azul) y vena renal (flecha negra) en la nefrectomía. Vena cava (flecha roja). / *Artery ligation (blue arrow) and renal vein (black arrow) in the nephrectomy. Vena cava (red arrow).*

El absceso tenía un diámetro de 68 cm y un peso de 1,4 kg (Fig. 5); al incidir sobre el mismo se encontró una cavidad llena de pus, no existía estructura anatómica semejante al riñón, solo un sedimento de color pardo y consistencia arenosa en forma de riñón y zonas de necrosis y hepatización en la cara interna de la cápsula (Fig. 5).

Se cateterizó la uretra y se instauró una terapia de fluido con Lactato de Ringer a 2 gotas/seg, furosemida intravenosa a 2 mg/kg cada 1 hora y antibioterapia de amplio espectro Enroxol (Enrofloxacin) a 7,5 mg/kg. A la hora hubo diuresis y, debido a la anemia que la paciente presentaba, se transfundió con sangre entera de un hermano. Lamentablemente a las 12 horas posquirúrgicas la paciente falleció.

Discusión del caso

En este caso, a pesar de no contar con resultados de histopatología, la celiotomía exploratoria fue concluyente. Al parecer, el riñón presentó uno o varios abscesos, ya sea por extensión de un foco infeccioso distante (vía hematógena) o por vía ascendente y se haya producido una pielonefritis, que pudo haber desencadenado uno o varios abscesos intrarrenales o perinefríticos al no haber recibido tratamiento antimicrobiano. En las pielonefritis, los gérmenes ingresan por vía urinógena o ascendente, producen

primeramente una pielitis supurativa y luego se extienden hacia la médula en forma de abscesos, los cuales se pudieron diseminar por todo el tejido renal (cortical, medular y pelvis), convierten al riñón en un gran absceso; de igual modo, el omento y/o epiplón pudieron englobar este riñón y propiciar la encapsulación del mismo (2).

En el caso específico de las pielonefritis, cuando no resolucionan existe la posibilidad de la confluencia de focos supurativos que pueden originar un absceso, y cuando este se proyecta al exterior origina el absceso perirrenal. Estos son de rara presentación (3) y los casos reportados no describen la desaparición total del riñón ni un tamaño parecido. En cualquiera de los casos la nefrectomía es el tratamiento de elección (4) y constituye una posibilidad para mejorar la calidad de vida de pacientes con esta entidad patológica.

El foco infeccioso presente en el tumor ulcerado del corvejón puede estar implicado en el crecimiento del absceso y la destrucción del parénquima, favorecido por la inmunosupresión provocada por el estrés permanente del paciente, ya que está debidamente reportada (5) la inmunosupresión como factor de riesgo en la presentación de abscesos renales.

En este sentido, varios autores argumentan que la instalación por una infección



FIGURA 5. Cápsula del absceso (flecha roja), Zonas de necrosis (flecha negra) y sedimento pardo de consistencia arenosa (flecha azul). / *Abscess capsule (red arrow), areas of necrosis (black arrow) and brown sediment with a sandy consistency (blue arrow).*

hematógena de origen estafilocócico, secundario a una infección de la piel, justifica un absceso renal (6). Los abscesos pueden abrirse espontáneamente y producir peritonitis o producir hidronefrosis. La hidronefrosis infectada se conoce con el término de pionefrosis.

Pionefrosis se conceptualiza como la infección renal caracterizada por la destrucción, más o menos intensa, del parénquima renal, con dilatación de las cavidades y en cuyo interior existe contenido purulento. Es una entidad que se produce por hidronefrosis persistente o pielonefritis aguda y si se trata evoluciona a *shock séptico* y muerte, o a un absceso perinefrítico y/o fístula reno cutáneo (7).

El absceso renal cursa por dos fases: primeramente de supuración parenquimatosa y luego de perinefritis; esta última es inflamatoria al principio y luego se transforma en supurada. El último estadio es la bolsa purulenta del cono, transformada en una cavidad subcortical llena de supuración viscosa: el absceso del riñón (5). En casos de absceso parenquimatoso, perirrenal y piohidronefrosis el cuadro clínico es grave, con bacteriemia, afectación grave del estado general e incluso shock séptico. La curación, en los casos importantes, es lenta y siempre queda cicatriz cortical. La mortalidad no es despreciable (3).

El tratamiento es esencialmente quirúrgico. Si bien se ha descrito con éxito el drenaje percutáneo de colecciones perirrenales, el gran tamaño de estos abscesos y el hecho de ser multiloculados y anfractuados lo hacen, en general, poco recomendable, salvo en situaciones extremas en que la gravedad del enfermo impida una cirugía o en lesiones pequeñas y localizadas. Por otro lado, debe plantearse la necesidad de nefrectomía cuando la destrucción renal es importante o la patología asociada la hace recomendable (1).

Actualmente, en las regiones de escaso recurso, la celiocentesis o laparocentesis no ecoguiada es un procedimiento muy utilizado para caracterizar el líquido ascítico, el drenaje y el lavado abdominal en peritonitis, entre otros. Pero es un procedimiento que debe ser realizado por personal especializado y con extrema precaución en caso de abdómenes agudos donde se palpen masas intrabdominales.

Las pruebas de imagen (Rx, ecografía, tomografía axial computarizada, etc.) permiten diagnosticar y caracterizar las masas renales. En ocasiones, cuando no se cuenta con estos medios diagnósticos, la experiencia clínica y de técnicas quirúrgicas, como la laparotomía exploratoria para establecer un diagnóstico y seguir una conducta terapéutica lo más acertada posible, resultan de gran utilidad. La nefrectomía total es el tratamiento de elección cuando, en lugar de parénquima renal, existe detritus celulares y bacterias, como fue en este caso.

REFERENCIAS

1. Fossun TW. Cirugía de pequeños animales. Buenos Aires, República de Argentina: Inter-médica, 2004. pp. 587-593.
2. Chamizo E. Riñón. En: Chamizo E. Patología orgánica y enfermedades de los animales domésticos. 1 ed. Ciudad de La Habana, Cuba: Félix Varela, 2009. pp. 158-160.
3. Hernández C, Restrepo R, Pérez J. Absceso intrarrenal y perinefrítico en una perra. Revista Colombiana Ciencias Pecuarias. 2008;(21)1:406-412.
4. Vorvick L. Absceso perirrenal [en línea]. Atlanta, Georgia: Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, 16 junio 2013 [Consulta: 08 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001353.htm>

5. Fullá J, Storme O, Fica A, Varas MA, Flores J, Marchant F, Varas D. Abscesos renales y peri-renales: análisis de 44 casos. *Revista Chilena de Infectología*. 2009;(26)5:445-451.
6. Milián R, Vela I, Caravia I. Literatura de apoyo para alumnos de 5^{to} año de Medicina. Departamento de Cirugía. Especialidad Urología: Infección urinaria inespecífica. FCM “Enrique Cabrera”, Cuba, 2006. p.120.
7. De la Concepción O. Síndrome Urinario Infeccioso. Conferencia magistral: Hospital Miguel Enríquez. Ciudad de La Habana, Cuba. 2009.