

INFORME DE CASO

Absceso perirrenal en adulta femenina de evolución favorable. Informe de caso

Perirenal abscess in an adult female with a favorable outcome. Case report

Lázaro Rafael Rodríguez Cabrera¹ <https://orcid.org/0009-0005-7183-1076>

Marlon González Portela² <https://orcid.org/0009-0000-5871-9366>

Isbbel Palnells Ortiz³ <https://orcid.org/0000-0002-2937-6517>

¹ Policlínico "Capitán Roberto Fleites", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK), La Habana, Cuba

³ Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Mayabeque, Cuba

*Autor para la correspondencia: eltingui97@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el absceso renal es una enfermedad clínica caracterizada por la acumulación de material purulento en el parénquima renal, aunque a veces puede ser perirrenal y acumularse en otra área anatómica.

Presentación del caso: paciente femenina de 47 años de edad, ama de casa, con antecedentes de hipertensión arterial grado I que comenzó 12 días antes del ingreso con un cuadro de fiebre elevada con escalofríos, ardor al orinar, vómitos, náuseas y dolor lumbar. Se le diagnosticó un absceso perirrenal, cumplió tratamiento antibiótico y evolucionó de manera satisfactoria.

Conclusiones: a pesar de los avances el absceso perirrenal es una enfermedad subestimada. La educación médica continua, el uso racional de antibióticos y la colaboración multidisciplinaria son clave para reducir su morbilidad y mortalidad. Futuras investigaciones deberían enfocarse en biomarcadores diagnósticos tempranos y estrategias para abordar patógenos multirresistentes.

Palabras clave: absceso renal; Escherichia coli; evolución satisfactoria

ABSTRACT

Introduction: A renal abscess is a clinical condition characterized by the accumulation of purulent material within the renal parenchyma, although it can sometimes be perirenal and accumulate in another anatomical area.

Case presentation: A 47-year-old female patient, a homemaker, with a history of stage I hypertension, presented 12 days prior to admission with a high fever with chills, burning during urination, vomiting, nausea, and lower back pain. She was diagnosed with a perirenal abscess, completed antibiotic treatment, and recovered satisfactorily.

Conclusions: Despite advances in treatment, perirenal abscess remains an underestimated disease. Continuing medical education, the rational use of antibiotics, and multidisciplinary collaboration are key to reducing its morbidity and mortality. Future research should focus on early diagnostic biomarkers and strategies to address multidrug-resistant pathogens.

Key words: renal abscess; Escherichia coli; satisfactory outcome

Recibido: 15/07/2025

Aprobado: 30/10/2025

Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional — CC BY-NC 4.0

INTRODUCCIÓN

El absceso renal es una enfermedad clínica caracterizada por la acumulación de material purulento en el parénquima renal, aunque a veces puede ser perirrenal y acumularse en un área anatómica limitada por la fascia renal anterior (o fascia de Gerota) y la posterior (o fascia de Zuckerkandl) que rodea al riñón y a la glándula suprarrenal.⁽¹⁾

Esta condición surge principalmente como complicación de infecciones del tracto urinario superior no tratadas o mal manejadas como la pielonefritis aguda, aunque también puede originarse por diseminación hematogena de patógenos desde focos distantes o por traumatismos locales.⁽²⁾

Aunque su incidencia ha disminuido drásticamente desde la introducción de los antibióticos en la década de 1940, es un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su presentación clínica inespecífica y a su potencial para desencadenar complicaciones graves como sepsis, choque séptico o daño renal irreversible.⁽³⁾

Esta presentación tiene como objetivo describir un caso de absceso renal en una paciente sin antecedentes que constituyen factores de riesgo para su desarrollo (diabetes mellitus o cálculos en la vía urinaria).

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Se describe paciente femenina, de 47 años de edad, ama de casa, con antecedentes de hipertensión arterial grado I, para la que lleva tratamiento con enarapril (20mg), una tableta vía oral al día, antecedentes familiares de hipertensión arterial en la madre y diabetes mellitus tipo 2 en el padre, alergia a las penicilinas y no antecedentes de transfusiones.

Asistió al Policlínico "Gabriel Cubría Puig" de la Ciudad de Alquizar, de la Provincia de Artemisa, por un cuadro de fiebre elevada, con escalofríos, ardor al orinar, vómitos, náuseas y dolor lumbar, para lo que había llevado múltiples tratamientos con cefixima, ciprofloxacina y el último con ceftriaxona. Como no presentó mejoría clínica acudió al Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK) de la Ciudad de La Habana, allí se le realizó un examen físico exhaustivo: presentaba temperatura de 39 grados celcius, la tensión arterial era de 120/80 y en el sistema pielorenoureteral maniobras de puño percusión sobre la región derecha positiva y puntos pielorenouretelares anteriores y posteriores dolorosos; se decidió su ingreso para mayor estudio y tratamiento.

Durante su ingreso en el IPK se le realizaron urocultivo y varios exámenes, llamó la atención que presentaba crecimiento de *Escherichia coli*, con patrón de resistencia BLEE (betalactamasa de expectro extendido). Se comenzó tratamiento con meropenen (bulbo de 1g), un bulbo endovenoso en infusión continua por tres horas cada ocho horas. Cinco días después del ingreso mantenía los mismos síntomas (llamaba la atención la fiebre). Se le realizó un ultrasonido abdominal que constató un absceso renal. A medida que pasaban los días las manifestaciones clínicas desaparecían hasta estar asintomática. Al día décimo de tratamiento con meropenen, en la dosis antes mencionada, y a la semana del primer ultrasonido, se le repitió y ya no había existencia de la imagen; se decidió su egreso a los 20 días de tratamiento con meropenen y después de presentar urocultivo negativo y mejoría de los parámetros hemoquímicos, con tratamiento con nitrofurantoina (100mg) una tableta cada ocho horas por siete días más.

Basados en el interrogatorio, en las manifestaciones clínicas de la paciente y en las pruebas de los Laboratorios Clínico y Micribiológico y en los estudios imagenológicos se llegó al planteamiento sindrómico de síndrome infeccioso urinario y al diagnóstico nosológico de un absceso renal.

En los exámenes completemarios realizados al inicio destacó un hemograma con normocitosis, pero a predominio de polimorfonucleares, que desparece en los realizados de forma evolutiva; además, anemia ligera de 10,6 gramos por litro. También llamaba la atención una proteína C reactiva muy elevada, en 90 mg/dl, que descendió de forma paulatina hasta llegar a valores de 23 mg/dl al alta.

Estudios imageneológicos

Primer ultrasonido renal: se observa una imagen compleja hipoecoica, rica en micoelementos ecogénicos, con algunos y finos tabiques internos y contornos mal definidos que se labra en el expresor del parénquima y que coincide con la lobulación fetal en la cara antero lateral y la porción media del riñón derecho y que mide 35x35 mm de un absceso del parénquima con participación subcapsular porque abomba la cápsula hacia afuera, la grasa perirrenal a este nivel alterada con relación a un proceso inflamatorio, no hay dilataciones. Riñón izquierdo normal. Hígado con patrón de cielo estrellado por respuesta inflamatoria sistémica. Vejiga normal. Estos detalles se reflejan en la Figura 1.



Fig. 1. Imagen del primer ultrasonido

Segundo ultrasonido renal (realizado a la semana del tratamiento): riñón derecho: la imagen que presentaba era compatible con un absceso renal. Evolucionó satisfactoriamente en relación al examen anterior, ya no existía la imagen licuefacta.

DISCUSIÓN

El absceso renal se origina típicamente por dos vías: **infección ascendente** desde el tracto urinario inferior o por **diseminación hematógena** (ejemplo: *Staphylococcus aureus*). En este caso la paciente presentó factores de riesgo clave como son las infecciones del tracto urinario **recurrentes mal manejadas**: el uso previo de cefalosporinas y fluoroquinolonas seleccionó cepas resistentes BLEE, un fenómeno documentado en el 30 y hasta el 50% de infecciones nosocomiales.⁽⁴⁾

La formación del absceso implica una respuesta inflamatoria masiva en la que neutrófilos y macrófagos infiltran el parénquima renal y generan necrosis y licuefacción. La persistencia de fiebre a pesar del tratamiento empírico sugirió una complicación supurativa, confirmada mediante ecografía y tomografía computadorizada (TC), técnicas con sensibilidad >90% para detectar colecciones >2 cm.^(4,5)

En la era preantibiótica los abscesos renales se asociaban a una mortalidad superior al 50% porque el diagnóstico dependía de hallazgos clínicos ambiguos como fiebre persistente y dolor lumbar y el tratamiento se limitaba a intervenciones quirúrgicas invasivas con resultados variables.⁽⁶⁾ La llegada de los antibióticos y el desarrollo de las técnicas de imagen avanzadas como la ecografía (años 1970) y la tomografía computadorizada (TC) con contraste (años 1980) revolucionaron su manejo y redujeron la mortalidad a menos del 10% en las últimas décadas.⁽⁷⁾ No obstante, estudios recientes indican que la incidencia anual en países desarrollados oscila entre uno y 10 casos por 100 000 habitantes, con una mayor prevalencia en poblaciones de riesgo como pacientes con diabetes mellitus (del 30 al 50% de los casos), litiasis renal (del 20 al 30%), anomalías estructurales del tracto urinario (riñón en herradura) o inmunosupresión (virus de inmunodeficiencia humana -VIH-, uso de corticoides).⁽⁸⁾

Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Escherichia coli* (del 50 al 70% de los casos), vinculado a infecciones ascendentes del tracto urinario, y *Staphylococcus aureus* (del 15 al 20%), asociado a bacteriemias de origen cutáneo o endovascular.⁽⁹⁾ Sin embargo, en pacientes con

comorbilidades como diabetes o instrumentación urológica reciente, las infecciones polimicrobianas (*Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, enterococos) y los patógenos resistentes (*Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp.) adquieren mayor relevancia.⁽¹⁰⁾ Factores como la obstrucción urinaria por cálculos o tumores, el reflujo vesicoureteral o la presencia de catéteres uretrales favorecen la éstasis urinaria y la proliferación bacteriana y facilitan la formación de abscesos.⁽¹¹⁾

El cuadro clínico clásico incluye fiebre (del 85 al 90% de los casos), dolor lumbar unilateral (del 70 al 80%), escalofríos y síntomas urinarios como disuria o polaquiuria.⁽¹²⁾ Sin embargo, hasta el 30% de los pacientes presenta manifestaciones atípicas como pérdida de peso, fatiga crónica o dolor abdominal difuso, lo que retrasa el diagnóstico promedio hasta cinco o siete días tras el inicio de los síntomas.⁽¹³⁾ En el examen físico el signo de Guyon (dolor a la percusión del ángulo costovertebral) está presente en el 60% de los casos, aunque su ausencia no descarta el diagnóstico.⁽⁹⁾

El diagnóstico se basa en la combinación de estudios de imagen y pruebas de laboratorio. La TC abdominal con contraste intravenoso es el estándar de oro, con una sensibilidad del 95 al 100%, y permite identificar colecciones líquidas de densidad variable, realce periférico y gas en casos de infecciones por bacterias formadoras de gas.⁽¹⁴⁾ La ecografía, aunque menos sensible (del 70 al 80%), es útil en pacientes con contraindicaciones para el contraste. Los hallazgos de laboratorio incluyen leucocitosis (del 80 al 90%), elevación de proteína C reactiva y, en el 50% de los casos, hemocultivos positivos.⁽⁵⁾

El tratamiento requiere un enfoque multimodal:

1. Antibioticoterapia empírica: inicialmente se utilizan esquemas de amplio espectro como ceftriaxona+metronidazol o piperacilina/tazobactam, meropenem+vancomicina ajustados posteriormente según los cultivos. La duración mínima es de tres a seis semanas, con transición a terapia oral tras mejoría clínica.
2. Drenaje del absceso: el drenaje percutáneo guiado por imagen es la primera línea, con éxito en el 80 y hasta el 90% de los casos. La cirugía (nrefrectomía o decorticación) se reserva para abscesos multiloculados, fracaso del drenaje o inestabilidad hemodinámica.
3. Las complicaciones incluyen sepsis (entre el 20 y el 30%), extensión retroperitoneal del absceso (10%) e insuficiencia renal aguda (15%). El pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico, la adecuación del tratamiento y la presencia de comorbilidades.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

A pesar de los avances el absceso perirrenal es una enfermedad subestimada. La educación médica continua, el uso racional de antibióticos y la colaboración multidisciplinaria (Especialistas en Urología, en Radiología y en Enfermedades Infecciosas) son clave para reducir su morbilidad. Futuras investigaciones deberían enfocarse en biomarcadores diagnósticos tempranos y estrategias para abordar patógenos multirresistentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dielubanza EJ, Mazur DJ, Schaeffer AJ. Management of non-catheter-associated complicated urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am [Internet]. 2014 [citado 21/12/2024]; 28(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24484579/> <https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.10.005>
2. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt Björn LU, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis [Internet]. 2011 [citado 21/12/2024]; 52(5):e103-e120. Disponible en: <https://lup.lub.lu.se/search/publication/186984>
3. Puech P, Lagard D, Leroy C, Dracon M, Biserte J, Lemaître L. Place de l'imagerie dans les infections du tractus urinaire de l'adulte. J Radiol [Internet]. 2004 [citado 12/12/20224]; (2Pt2): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Place-de-l%20%99imagerie-dans-les-infections-du-tractus-Puech-Lagard/abda478795f4d586438924bdf670281236cd6952> <https://doi.org/10.1016/S0221-0363%2804%299757-5>

4. Pila Pérez R, Pila Peláez R, Del Sol Sosa J, de León Ortíz M, Pérez Más A. Abscesos renales: características en nuestro medio. Arch méd Camagüey [Internet]. 2015 [citado 12/12/20224]; 6(8): [aprox. 3p.] Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3191>
5. Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Nat Rev Microbiol [Internet]. 2015 [citado 21/12/2024]; 13(5): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25853778/> <https://doi.org/10.1038/nrmicro3432>
6. Maldonado-Alcaraz E, Serrano-Brambila E, Moreno-Palacios J. Absceso perirrenal: factores asociados a su desarrollo y mortalidad. Arch Esp Urol [Internet]. 2008 [citado 21/12/2024]; 61(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000100002
7. Zhan Z, Lin X, Li G, Zeng J, Su D, Liao J, et al. Renal abscess complicating acute pyelonephritis in children: Two cases report and literature review. Medicine (Baltimore). 2023 [citado 21/12/2024]; 102(48):e36355. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38050281/> <https://doi.org/10.1097/md.00000000000036355>
8. Rubilotta E, Balzarro M, Lacola V, Sarti A, Porcaro AB, Artibani W. Current clinical management of renal and perinephric abscesses: a literature review. Urologia [Internet]. 2014 [citado 21/12/2024]; 81(3): [aprox. 2p.]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24474535/> <https://doi.org/10.5301/urologia.5000044>
9. MedlinePlus. Absceso perirrenal [Internet]. Bethesda: USA; 2023 [citado 10 /05/2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001274.htm>
10. Garrido-Jareño M, Frasquet-Artes J, Tasias-Pitarch M, López-Hontangas JL. Primer Caso de absceso renal Por Parvimonas micra. Enferm Infect Microbiol Clin (Engl Ed) [Internet]. 2019 [citado 10/05/2025]; 37(2): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29631929/> <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.03.002>
11. Ayan S, Stephen WL. Complicated urinary tract infections [Internet]. USA: StatPearls [citado 10/10/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436013/>
12. Peces R, Fernández EJ, González E, Peces C. Pielonefritis enfisematoso con absceso perirrenal resueltos con tratamiento médico conservador. Nefrología [Internet]. 2007 [citado 10/10/2025]; 27(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://www.revistaneurologia.com/es-pielonefritis-enfisematoso-con-absceso-perirrenal-resueltos-con-tratamiento-medico-conservador-articulo-X0211699507020701>
13. Antón E, Jeito J, Loperena J, Mendivil J. Incidencia y características del absceso renal y perirrenal en un área sanitaria. Nefrología [Internet]. 2004 [citado 10/10/2025]; 24(1): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.revistaneurologia.com/es-relacionados-incidencia-caracteristicas-del-absceso-renal-perirrenal-un-area-sanitaria-articulo-X0211699504016579>
14. Hooton TM, Gupta K. Acute Simple Cystitis in Women [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; [citado 20/10/2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women/print>

Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses

Contribuciones de autores

LRRC, IPO: Investigación, curación de datos, supervisión

LRRC, MGP: Análisis formal

MGP, IPO: Metodología

LRRC: Redacción -Borrador original

LRRC, MGP: Redacción- Revisión Original

MGP: Recursos

LRRC: Validación

