

Abscesos renales: características en nuestro medio

Renal abscesses: characteristics in our hospital

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez ; Dr. Juan Del Sol Sosa ; Dr. Manuel de León Ortíz; Dra. Aida Pérez Más

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de 30 pacientes aquejados por abscesos renales diagnosticados en los hospitales Manuel Ascunce Doménech y Amalia Simoni, en la ciudad de Camagüey, en el período comprendido entre enero de 1980 a enero de 2000, ambos inclusive. El diagnóstico de esta entidad planteó numerosas dificultades establecidas en muchos de ellos durante el acto quirúrgico o por estudios necrópsicos. Señalamos aquí nuestros resultados efectuando una revisión sobre los aspectos clínicos, biológicos, imagenológicos y terapéuticos. De los seis pacientes fallecidos (20 %), todos fueron diagnosticados durante el examen necrópsico, presentaron estudios y terapéutica acorde a la posibilidad diagnóstica de esta enfermedad; de los 24 restantes (80 %), 14 (46, 6 %) recibieron tratamiento quirúrgico y 10 (33.3 %) tratamiento con antibióticos.

DeCS: ABSCESO; NEFROPATÍAS.

ABSTRACT

A descriptive study of 30 patients with kidney abscesses diagnosed at "Manuel Ascunce Domenech" and " Amalia Simoni" hospital in Camagüey city, Cuba was carried out within the period from January 1980 to January 2000. The diagnosis of this entity shows many difficulties which are established during the surgery or by necropsy studies. Here, we present our results and review about clinical, biological, imaging and therapeutical aspects. Out of six deceased patients (20 %) all were diagnosed by necropsy exam. They showed studies and therapeutic according to the diagnostic possibility of this disease. Fourteen (46, 6 %) of the remaining twenty four (80 %) patients received surgical treatment and ten (33, 3 %) received medical treatment.

DeCS: ABSCESS; KIDNEY DISEASES.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos renales son colecciones purulentas en la corteza renal, a las cuales también se les conoce como ántrax renal. ¹ Esta colección de pus es el resultado de coalescencia de múltiples microabscesos y se establece en general por vía hematógena a partir de un sitio distante; la mayoría de las ocasiones cutáneo o por la extensión de una infección renal contigua. ²

Los abscesos renales se presentan muchas veces con signos y síntomas inespecíficos y por ello su diagnóstico puede ser dificultoso y tardío, ³ aunque los aspectos clínicos e imagenológicos están bien establecidos ⁴ El diagnóstico de seguridad se estableció en ciertas ocasiones durante el acto operatorio.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la frecuencia de esta enfermedad en nuestro medio, así como sus características y la posibilidad de que, en ocasiones, la misma puede ser resuelta exclusivamente con tratamiento médico sin necesidad de emplear la terapéutica quirúrgica.

MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal y descriptivo de los pacientes diagnosticados de absceso renal en los hospitales Manuel Ascunce Domenech y Amalia Simoni, de la

ciudad de Camagüey, en el período comprendido entre enero de 1980 a enero de 2000, ambos inclusive. El diagnóstico se fundamentó quirúrgicamente en 14 pacientes, durante el examen necrópsico en seis pacientes y por alteraciones clínicas, exámenes de laboratorio y microbiológicos, así como por estudios imagenológicos tras tratamiento con antibióticos en otros 10 pacientes. Fueron estudiadas las siguientes variables: edad, sexo, enfermedad predisponente, causa, evolución, posible foco séptico, manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio fundamentales y microbiológicos; así como los resultados imagenológicos, tratamiento efectuado y la evolución final.

La mayoría de los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas de los pacientes e informes necrópsicos de los fallecidos.

RESULTADOS

De 30 pacientes, 17 eran hombres (56, 6 %) y 13 mujeres (43, 3 %), las edades estaban comprendidas entre los 18 y 70 años y la media era de 46, 5 años.

El 66, 6 % de los afectados presentaban un absceso renal izquierdo y la localización más frecuente fue en el polo inferior; no se detectaron abscesos renales bilaterales. En la tabla 1 exponemos los mecanismos patogénicos y su incidencia. En el 53, 4 % de los enfermos se señaló la vía renal, a partir de un foco distante; en 10 pacientes (33, 3 %); este era hematógeno; ocho pacientes lo presentaron a partir de focos cutáneos y los otros dos enfermos eran de origen dentario.

Tabla 1. Abscesos Renales: Mecanismos patogénicos

Mecanismos patogénicos	pacientes	%
Renal	16	53,4
Hematógenas	10	33,3
Cutáneas	8	
Dentarias	2	
Desconocido	4	13,3
Total	30	100

Fuente: Expedientes clínicos

En cuatro pacientes no se pudo precisar el posible foco de infección. La presencia de un absceso perirrenal acompañante se obtuvo en 10 de los enfermos de nuestro estudio.

El 30 % de los afectados presentaban diabetes mellitus como enfermedad subyacente, mientras que cuatro eran asmáticos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que emplearon esteroides para su tratamiento.

Las características clínicas y los datos semiológicos se exponen en la tabla 2.

Tabla 2. Abscesos renales: síntomas y signos

Síntomas	Pacientes	%
Fiebre	29	96,7
Lumbalgia	21	70,0
Dolor abdominal	19	63,3
Náuseas y vómitos	16	53,3
Escalofríos	15	50,0
Disuria	12	40,0
Síndrome general	10	33,3
Diarreas	6	20,0
Disnea	6	20,0
Dolor pleurítico	6	20,0
SIGNOS		
Puño percusión positiva	21	70,0
Masa renal	13	43,3
Signos inflamatorios	8	26,7
Semiología respiratoria	8	26,7
Contractura abdominal	6	20,0
Masa abdominal	6	20,0
Lesiones dérmicas	6	20,0
Otras	5	16,6

Fuente: Expedientes clínicos

El tiempo de evolución media transcurrido desde el inicio del cuadro clínico hasta su ingreso en nuestros hospitales fue de 32 días; un 25 % de los enfermos refería una evolución clínica de duración inferior a 10 días.

El diagnóstico inicial de sospecha fue de ocho pacientes (26, 6 %), correspondiendo otros diagnósticos de ingreso en orden decreciente: fiebre prolongada de origen desconocido, cólico nefrítico, pielonefritis, leptospirosis, neoplasias renales o de

páncreas, piodrosis, neumonías, apendicitis y diverticulitis. En 15 enfermos (50,0 %), se estableció el diagnóstico preoperatorio correcto; en ocho enfermos debido al acto quirúrgico con la duda diagnóstica de absceso o tumor renal, dos pacientes fueron diagnosticados de hipernefoma y cuatro pacientes operados con el diagnóstico de piodrosis, apendicitis aguda y diverticulitis perforada.

El estudio del laboratorio mostró que 27 enfermos (90, 0 %) presentaron leucocitosis con desviación a la izquierda, la velocidad de sedimentación globular fue positiva en 29 pacientes (96, 6 %), y fue superior a 100 mm/h, el otro paciente fue positivo, pero sólo con 70 mm/h, por tanto el 100 % de nuestros enfermos presentó esta alteración. La hemoglobina alcanzó valores entre 6, 5 y 14 g/100 ml con una media de 10 g/100 ml. La cituria fue normal en 12 afectados (40 %), mientras el 20 % de los enfermos presentaban proteinuria; el urocultivo resultó positivo en 18 pacientes (60, 0 %) y la *E. coli* fue el germen predominante; al mismo tiempo en el hemocultivo se aislaron gérmenes en cinco ocasiones. En 20 enfermos (66, 6 %) se practicó un cultivo de pus del absceso renal, obtenido bien por punción translumbar o durante el acto operatorio que resultó positivo en 17 oportunidades (85 %). Los gérmenes aislados los exponemos en la (tabla 3).

Tabla 3. Abscesos renales: Microorganismos del absceso

Microorganismos del Absceso	Pacientes	%
<i>E. coli</i>	15	50,0
<i>Proteus</i>	8	26,7
<i>Estafilococo aureus</i>	6	20.0
<i>E. coli + E. aureus</i>	1	3,3
Total	30	100

Fuente: Expedientes clínicos

La radiología de tórax mostró múltiples alteraciones en 10 enfermos (33, 3 %), cinco de ellos presentaban elevación diafragmática, cuatro procesos bronconeumónicos, de ellos, tres de localización basal y uno de los enfermos derrame pleural asociado.

La radiografía simple de abdomen se presentó patológica en el 50 % y su resultado más frecuente fue el agrandamiento localizado o generalizado de la sombra renal, el borramiento del contorno renal y el velamiento del músculo psoas. Otros

resultados incluyeron litiasis renal, escoliosis lumbar, íleo paralítico y la presencia de aire en la silueta renal.

Los resultados del urograma excretor practicado a 10 enfermos (33, 3 %), se indican en la tabla 4. Debemos señalar que el hallazgo de un velamiento del contorno renal y el borramiento del músculo psoas se presentó en los abscesos perirrenales asociados.

Tabla 4. Abscesos renales. Alteraciones del urograma excretor

Alteraciones del urograma excretor	Pacientes	%
Masa Renal	10	100
Con Gas	2	20,0
Sin Gas	8	80,0
Alteraciones de los cálices	9	90,0
Cálculos	8	80,0
Pobre visualización	7	70,0
Contorno renal indefinido	6	60,0
Velamiento de la línea del PSOAS	4	40,0
Otros	3	30,0

Fuente: Expedientes clínicos

En cuatro pacientes se realizó gammagrafía renal que señaló hipocaptación localizada en dos de ellos y generalizada en otros dos. La ecografía fue realizada a 29 enfermos (96, 6 %), que, además de presentar otras alteraciones relacionadas con la cavidad abdominal en general, demostró en los riñones imágenes quísticas en diferentes zonas de ambos riñones con bordes mal definidos y con ecos en su interior, además de señalar litiasis, ectasias y posibles tumores. La tomografía axial computarizada (TAC) se efectuó en seis pacientes (20, 0 %), mostrando en todos los pacientes la presencia de masas de baja densidad con contorno mal definido, así como sus respectivos tamaños.

Todos los enfermos recibieron tratamiento con antibióticos. Los más utilizados fueron las cefalosporinas de segunda y tercera generación asociadas a metronidazol inyectable; otros antibióticos empleados fueron las quinolonas (levofloxacin) y aminoglucósidos (amikacina y gentamicina), asociados a metronidazol.

Catorce enfermos fueron intervenidos (46, 6 %), practicando en 12 de ellos un desbridamiento y drenaje de su absceso renal; tres de ellos necesitaron una nefrectomía total y en dos se realizó una nefrectomía parcial, estos últimos cinco eran pacientes con diabetes mellitus complicadas y de larga duración.

En un enfermo fue necesario realizar un drenaje pleural; 10 pacientes (33, 3 %) curaron con tratamiento antibiótico observándose una disminución gradual de la fiebre y la apirexia entre cinco y siete días, que se comprobó en controles posteriores a la normalización de las alteraciones del laboratorio e imagenología.

DISCUSIÓN

El absceso renal fue descrito por primera vez por Israel, ⁶ en 1891, esquemáticamente cursa con una primera fase de supuración parenquimatosa y una segunda fase de perinefritis por la propagación de la infección de la glándula a su envoltura grasosa, perinefritis que primitivamente es inflamatoria para transformarse después en supurada. Cuando el infarto es pequeño constituye un forúnculo sobre la superficie del riñón formado por una eminencia puntiaguda de color blanquecina semejante al forúnculo cutáneo. ⁶ Si el infarto es importante, se habla de absceso, cuya característica especial es la existencia de necrosis más que de su curación. ⁷ El último estadio es la bolsa purulenta del cono, transformada en una cavidad subcortical llena de supuración viscosa: El absceso del riñón. El infarto renal se complica siempre con perinefritis en la mayoría de los pacientes.

En nuestro estudio nos encontramos diferencias significativas respecto a la edad y sexo en correspondencia con otros autores. ⁸

Clínicamente, la lesión renal se desarrolla de uno a ocho semanas después de una infección primaria cutánea, respiratoria, dental, tonsilar o de vías urinarias, aunque en ocasiones no se encuentre ningún antecedente. ⁶⁻⁸ El 30 % de los pacientes de este estudio presentaban diabetes mellitus de larga trayectoria que en algunos casos dificultan su compensación. ⁹ Desde su foco inicial el germen alcanza el riñón, antiguamente por el *estafilococo*, pero hoy se destacan otros. Los más importantes son la *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella* y otros gérmenes más raros. ¹⁰ La vía hematógica es poco referida en relación con la infección urinaria, lo cual explicaría los abscesos en el curso de enfermedades por *estafilococo*; sin duda, la vía más importante es la ascendente como ha quedado demostrado en este estudio y por otros autores. ⁸⁻¹¹ Como sucede en diversas investigaciones la mayor parte de los abscesos están originados por gérmenes gramnegativos, ⁴ como se comprobó en esta serie. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas, lo que motiva que en muchas

ocasiones se retrase el diagnóstico y tratamiento adecuado y los pacientes sean admitidos frecuentemente en los servicios de medicina interna con diagnósticos erróneos tales como: pielonefritis, pionefrosis, sepsis generalizada, fiebre de origen desconocido, carcinoma renal, pancreatitis, diverticulitis, etc. ^{1, 7, 9}

El cuadro clínico suele ser abrupto, evolucionando los síntomas en dos etapas: en la primera o fase parenquimatosa se presenta dolor lumbar, fiebre y escalofríos, faltando la clínica urinaria; en la fase perinefrítica aparece la contractura muscular lumbar, edema de la piel y en ocasiones una masa palpable, pueden existir síntomas pleuropulmonares como dolor torácico o derrame pleural. ^{1, 8} En este trabajo pudimos comprobar la relación de estos hallazgos, por tanto la presencia de manifestaciones sépticas, junto al hallazgo de una masa renal creciente, debe sugerirnos el diagnóstico de un absceso renal.

El diagnóstico inicial de certeza se estableció en el 26, 6 % de nuestros pacientes y fue el carcinoma renal el proceso más veces confundido.

Analíticamente todos los pacientes presentaban una velocidad de sedimentación acelerada, mientras que el 90 % refería una leucocitosis con desviación izquierda, la anemia se presentó de forma irregular y tuvieron relación con la diabetes mellitus y procesos carenciales severos los cuales son señalados por otros autores. ¹² El urocultivo resultó positivo en el 60 % y el hemocultivo en el 16, 6 %, aislándose en general el mismo germen que en el cultivo del pus del absceso. Esta baja frecuencia cabe relacionarla quizás con el empleo previo de antibióticos, o porque el absceso no se hubiera abierto en la pelvis o en los cálices, pero todas las series ⁽¹³⁾ señalan una relación que oscila del 20-60 %, tanto para el urocultivo como para el hemocultivo.

Los hallazgos más constantes en la radiografía simple de abdomen son el agrandamiento localizado o generalizado de la silueta renal, el velamiento de la línea del músculo psoas y el borramiento del contorno renal, asociados estos dos últimos signos radiológicos a la presencia de un absceso perinefrítico complicante como es señalado por otros autores, ¹⁴ y que ha sido comprobado en esta investigación; la presencia de alteraciones radiológicas del tórax son debidas, por lo regular, a la complicación del absceso o ser el foco inicial del proceso.

El urograma excretor en este estudio mostró patogenia en el 33, 3 % de los pacientes, aunque este examen puede ser normal en fases iniciales y suele mostrar alteraciones, éstos en general no son diagnósticos, como son el aumento del contorno renal, los cambios caliciliales y la escasa o nula visualización del sistema pielocalicilar que fueron los hallazgos más frecuentes en esta serie y que coinciden con los estudios de otros autores, ⁸ la arteriografía es una prueba selectiva para el diagnóstico correcto del absceso renal, pero en estos momentos no es necesaria

tras el examen con ecografía, urograma excretor, gammagrafía y tomografía axial computarizada (TAC).¹⁵

La introducción de técnicas tales como: TAC, ultrasonografía, así como la gammagrafía con gallium-67 pueden contribuir en un futuro al diagnóstico más precoz de estos pacientes,¹⁵ como hemos demostrado en este estudio. La gammagrafía se emplea en la valoración de enfermos afectados de síndrome febril de origen desconocido para la localización de un posible foco inflamatorio.⁴ La ecografía puede ser de gran utilidad para el diagnóstico y delimitación de la lesión, así como para realizar punciones diagnósticas y aspiraciones terapéuticas de abscesos;¹⁰ aunque con frecuencia no tiene valor diagnóstico,¹⁵ sí lo tiene en el estudio de los procesos renales¹⁴ todas estas características las apreciamos en el presente estudio, la cual fue practicada en el 96,6 % de los pacientes. La TAC podría confirmar la existencia de una lesión de borde mejor o peor delimitado, hipodenso con un valor de atenuación que oscila entre 0-20 unidades. Hounsfield, además de señalar que haber gas en su interior o un nivel hidroaéreo, no quedarán dudas de su naturaleza infecciosa, lo cual fue reportado en nuestro estudio en el 100 %, aunque algunos autores⁽¹⁶⁾ señalan una seguridad diagnóstica del 80 %, en esta serie la TAC se practicó solamente en el 20 %.

El tratamiento de los enfermos en esta entidad era básicamente quirúrgico;⁷ con la enucleación del absceso y ligadura de su pedículo arterial, la cual fue realizada por primera vez por Hotchkis;¹⁷ en 1913. Cuando hay un flemón perinefrítico asociado será necesario su drenaje simultáneamente, y es siempre conservador, aún en los casos en que existan dos a tres abscesos en un mismo riñón, si éste es pequeño puede ser factible la nefrectomía parcial como fue practicada en dos pacientes de nuestra serie, mientras que la nefrectomía total, un recurso de excepción con riñones con destrucción total o muy extensa, fue realizada a tres pacientes de esta serie los cuales fueron diagnosticados tardíamente y que eran diabéticos con edades muy avanzadas de la vida. En 14 de ellos (46,6 %) se practicó tratamiento quirúrgico y en 12 la técnica fue debridamiento y drenaje. Sin embargo, recientemente aparecieron trabajos que demuestran la curación de estos pacientes solamente con tratamiento antibiótico,⁽¹⁸⁾ todos nuestros enfermos recibieron tratamiento con estos medicamentos, los más utilizados fueron las cefalosporinas de segunda y tercera generación asociados a metronidazol como señalan algunos autores.¹⁸ Otros antibióticos empleados fueron los aminoglucocidos y las quinolonas unidas al metronidazol con buenos resultados. El tratamiento debe ser iniciado por vía endovenosa durante un mínimo de 10 días y en muchos de ellos acompañados de drenaje percutáneo dirigidos por ecografía como es recomendado por López de Alba y cols¹⁹, y que fue aplicado a 10 de nuestros pacientes.

Una mala evolución debe hacer sospechar un diagnóstico incorrecto, o la existencia de un absceso perinefrítico que requerirá tratamiento quirúrgico. ^{6, 7} De los 30 pacientes solamente fallecieron seis lo cual fue debido a complicación de la infección en pacientes de edad avanzada y diabéticos, en cinco ocasiones, por lo que es necesario un diagnóstico precoz en esta enfermedad para evitar esta complicación; ²⁰ el otro enfermo sufrió un infarto agudo del miocardio mientras se recuperaba de su enfermedad de base.

Se concluye que ésta es una enfermedad no común y que en los últimos años ha adquirido mayor protagonismo la clínica y sus sospechas, así como los estudios diagnósticos utilizando ultrasonido, TAC y técnicas isotópicas que permitan localizar el absceso y eventualmente prescindir de la intervención quirúrgica, al hacer posible el drenaje percutáneo del absceso y la terapéutica antibiótica.

CONCLUSIONES

1. Los mecanismos patogénicos más importantes fueron el renal (53, 4 %), las hematógenas (33, 3 %) y de causa desconocida (13, 3 %).
2. Los síntomas fundamentales fueron: la fiebre, lumbalgia y dolor abdominal, mientras que los signos mayormente reportados fueron la puñopercusión positiva, masa renal y signos inflamatorios.
3. Los microorganismos de mayor frecuencia en esta serie fueron la *E.coli*, el *Proteus* y el *Estafilococo aureus*.
4. El estudio de mayor valor en esta investigación fue la velocidad de sedimentación globular en el 96, 6 % de los enfermos. La hemoglobina se comportó con ciertas alteraciones en algunas oportunidades.
5. La imagenología, incluyendo radiología de tórax, radiografía simple de tórax, urograma excretor, gammagrafía renal y TAC demostraron alteraciones que ayudaron al diagnóstico e incluso terapéutica de estos enfermos.
6. En esta serie 14 enfermos fueron intervenidos quirúrgicamente (46, 6 %), mientras que 10 (33, 3 %) curaron con tratamiento antibiótico. Seis (20 %) pacientes fallecieron, casi todos por proceso séptico generalizado.
7. De los 30 pacientes, 17 eran hombres y 13 mujeres. El 66, 6 % de los pacientes presentaban un absceso renal izquierdo y fiebre, y la localización más frecuente fue en el polo inferior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Takashi A, Adachi H, Iwasawa A, Hirose T, Tsukamoto T, Hata E, et al. Metastatic cervical carcinoma Mimic. king kidney abscess. *Int J Urol*. 1998;5:377-8.
2. Napal L, Hernando Alonso J, Ortega Zurro J, Gil de la Puente J, Arrate Hernando A, Martin de frutos T, et al. Abdomen agudo secundario a pnonefrosis. Absceso perinefrítico fistulado a cavidad peritoneal. *Acta Esp de Urol*. 1998;51:295-6.
3. Parmentier L, Salmon Ceron D, Boiron P, Paulg I, Guez T, Dupont B, et al. Pneumopathy and kidney abscess due to nocardia farcinica in an HIV infected patient. *AIDS*. 1993;6:891-3.
4. Molina Boix G. Pionefrosi fistulizada a cavidad peritoneal. *Med Clín*. 1990;94:10-5.
5. Israel T. Carbuncle of the kidney. *J Urol*. 1936;35:1-5.
6. Mosbah A, Jemmi M, Hamida C. Percutaneous drainage in the treatment of kidney abscess. A propos of 2 cases. *J Urol (PARIS)*. 1996;92:549-51.
7. Pigrau C, Fernandez de Sevilla T, Ocaña I. Absceso perinefrítico. Estudio de 94 casos. *An Med Intern (MADRID)*. 1988;5:237-40.
8. Posada de la Paz M, Martínez de Letona J, Masa Vázquez R, Pérez Masteu R, René Alvarez J, Ruiz Galiana F. Abscesos retroperitoneales. Revisión de 75 casos. *Rev Clin Esp*. 1983;171:11-4.
9. Patrashkov T. Case of a kidney abscess. *Khirurgia*. 1995;38:81-3.
10. Levy S, Schmitt K, Kaufman L. Sistemic zygomycosis diagnosed by fine needle aspiration and confirmed enzyme inmunoassay. *Chest*. 1986;90:146-8.
11. Kunin C. Genito urinary infections in the patients at risk: extrinsic risk factors. *Am J med*. 1994;76:131-9.
12. Platt R, Polk R, Murdock B, Rosner B. Reducción de la mortalidad relacionada con la infección hospitalaria del tracto urinario. *Lancet*. 1995;3:171-5.
13. Barzila M, Atlas I. Renal cortical abscess in a gravid female: US and MRI documentation. *Urol Int*. 1996;56:41-3.
14. Kida T, Yago N. Detection of psoas abscess by Gallium-67 scintigraphy, sonography and CT. *AJR*. 1992;153:430-1.
15. Gonzalez L, Villalta J, Calderón D, Collado A, Ingelmo M, Balcells A. Falsos positivos de la gammagrafía con GA-67 y TAC en los abscesos intraabdominales. *Rev Clin Esp*. 1994;183:323-5.
16. Chiv L, Schapiro R, Yiu V. Abdominal abscess computer tomographic appearance, diferencial diagnosis. *J Comput Tomogr*. 1998;22:195-9.
17. Hotchkiss P. Pielonefritis y absceso perinefrítico. Diagnóstico preoperatorio. *Arch Esp Urol*. 1956;12:249-54.

18. Zoviten F, Ben Chaabane T, Gastli M, Kchouk M, Kilani B, Salem Netal. Diagnosis and medical treatment of kidney abscess: Nine cases. TUNIS Med. 1992;70:583-6.
19. Lopez Alba A, Cruces de Abra F, Berrocal A, Quezada F, Bobledo G, Vela R. Absceso del psoas: consideraciones sobre 6 casos. Actas Urol Esp. 1992;13:264-7.
20. Pila Pérez R, Rodríguez López A, García Nápoles H, Pila Peláez R, Pacheco Mejías A. Bacteriuria asintomática en la diabetes mellitus. Rev Med del Uruguay. 1998;14:22-8.

Recibido: 6 junio de 2002

Aprobado: 12 diciembre 2002

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.