

ARTIGO DE REVISÃO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0441

ABORDAGEM DOS ABSCESSOS RENAI E PERIRRENAIS: REVISÃO
NARRATIVA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

DÉBORAH CRISTINA ANDRADE NEVES 1, JUAN EDUARDO RIOS RODRIGUEZ 1, ALEXANDRE KAPTEINAT LIMA 2, FELIPE NOGUEIRA CLEMENTONI 1, PAULA HEROSO MOREIRA 1, VICTORIA CAVALCANTI DE SOUZA 2, ESTER NAMIE HANAI 2, LUIZ SÉRGIO SANTOS 3

1 Serviço de Urologia, Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), Curitiba, PR, Brasil; 2 Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil; 3 Serviço de Urologia, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

Contexto: O abscesso renal é uma condição infecciosa pouco frequente, porém potencialmente grave, associada a morbidade significativa quando o diagnóstico e o tratamento são retardados. Sua apresentação clínica pode ser inespecífica, o que dificulta o reconhecimento precoce e contribui para atrasos terapêuticos.

Objetivos: Revisar os principais aspectos relacionados à epidemiologia, fisiopatologia, apresentação clínica, métodos diagnósticos e estratégias terapêuticas do abscesso renal em adultos.

Critérios de elegibilidade do estudo: Foram incluídos artigos originais, revisões e séries de casos que abordaram abscesso renal em população adulta, publicados em português ou inglês, com foco em diagnóstico, manejo clínico e cirúrgico.

Fontes de dados: A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados eletrônicas, com ênfase na literatura indexada no PubMed/MEDLINE.

Seleção e análise dos estudos: Os estudos foram selecionados de forma narrativa, considerando relevância clínica, atualidade e contribuição para o entendimento do tema. As informações foram organizadas de maneira descritiva e crítica.

Resultados: Os abscessos renais estão frequentemente associados a infecções urinárias complicadas, diabetes mellitus e obstrução do trato urinário. A tomografia computadorizada é o método diagnóstico de escolha. O tratamento pode incluir antibioticoterapia isolada ou associada à drenagem percutânea, reservando-se a abordagem cirúrgica para casos selecionados ou refratários.

Limitações: Trata-se de uma revisão narrativa, sujeita a vieses de seleção e à heterogeneidade dos estudos disponíveis.

Discussão: O reconhecimento precoce do abscesso renal e a escolha adequada da estratégia terapêutica são fundamentais para reduzir complicações. A individualização do tratamento, baseada no tamanho da coleção, condição clínica do paciente e resposta à antibioticoterapia, permanece essencial na prática urológica.

Palavras-chave: Abscesso renal; Infecção do trato urinário; Doenças renais; diagnóstico por imagem; antibióticos

ABSTRACT

Background: Renal abscess is an uncommon but potentially serious infectious condition, associated with significant morbidity when diagnosis and treatment are delayed. Its clinical presentation can be nonspecific, which hinders early recognition and contributes to therapeutic delays.

Objectives: To review the main aspects related to the epidemiology, pathophysiology, clinical

presentation, diagnostic methods, and therapeutic strategies of renal abscess in adults.

Study eligibility criteria: Original articles, reviews, and case series addressing renal abscess in the adult population, published in Portuguese or English, focusing on diagnosis, clinical and surgical management, were included.

Data sources: The literature search was conducted in electronic databases, with emphasis on literature indexed in PubMed/MEDLINE.

Study selection and analysis: Studies were selected narratively, considering clinical relevance, currency, and contribution to the understanding of the topic. Information was organized in a descriptive and critical manner.

Results: Renal abscesses are frequently associated with complicated urinary tract infections, diabetes mellitus, and urinary tract obstruction. Computed tomography is the diagnostic method of choice. Treatment may include antibiotic therapy alone or combined with percutaneous drainage, with surgical approach reserved for select or refractory cases.

Limitations: This is a narrative review, subject to selection bias and heterogeneity among the available studies.

Discussion: Early recognition of renal abscess and appropriate selection of therapeutic strategy are essential to reduce complications. Individualization of treatment, based on the size of the collection, the patient's clinical condition, and response to antibiotic therapy, remains essential in urological practice.

Keywords: Renal abscess; Urinary tract infection; Kidney diseases; Diagnostic imaging; Antibiotics

INTRODUÇÃO

Os abscessos renais e perirrenais são entidades infecciosas supurativas raras, potencialmente graves, que exigem diagnóstico precoce e tratamento correto para evitar desfechos desfavoráveis. Representam cerca de 0,02 a 0,2% das infecções do trato urinário, acometendo predominantemente adultos jovens e de meia-idade, com discreto predomínio feminino (1). A mortalidade pode alcançar 10 a 15% em casos de atraso do diagnóstico ou falha terapêutica inicial (2).

A etiologia desses abscessos pode ser hematogênica, geralmente de focos infecciosos à distância, ou ascendente, associada a pielonefrite complicada, obstrução urinária, refluxo vesicoureteral ou instrumentações prévias (3). Em pacientes diabéticos ou imunossuprimidos, o risco de formação de abscesso é significativamente maior e a progressão costuma ser mais rápida (4). Há ainda uma indefinição na literatura sobre a melhor via de drenagem para tratamento, com poucos estudos comparativos que apresentem um consenso quanto a menor morbidade (5).

Os abscessos renais podem ser classificados em cinco categorias: nefrite bacteriana focal aguda, nefrite multifocal, abscesso cortical, abscesso corticomedular e pielonefrite xantogranulomatosa cujo diagnóstico anatomopatológico desta representa o estágio mais crônico e destrutivo da doença. As manifestações clínicas são variáveis, desde febre isolada até sepse, e muitas vezes simula um quadro de pielonefrite complicada, retardando o diagnóstico (6).

O avanço das técnicas de imagem, especialmente a tomografia computadorizada (TC) e o uso de drenagem percutânea guiada por imagem, transformaram a conduta tradicional, antes centrada na cirurgia aberta e nefrectomia, com elevados índices de morbimortalidade. Essa evolução permitiu reduzir mortalidade, tempo de internação e perda funcional renal (1,6). No entanto, há poucos estudos ou diretrizes focados em abscesso renal e perirrenal, predominando estudos sobre pielonefrite (7).

Diante desse panorama, o objetivo deste trabalho é revisar de forma narrativa as evidências atuais sobre o diagnóstico e o tratamento dos abscessos renais e perirrenais, enfatizando critérios clínicos, radiológicos e terapêuticos que auxiliam na melhor conduta.

MÉTODOS

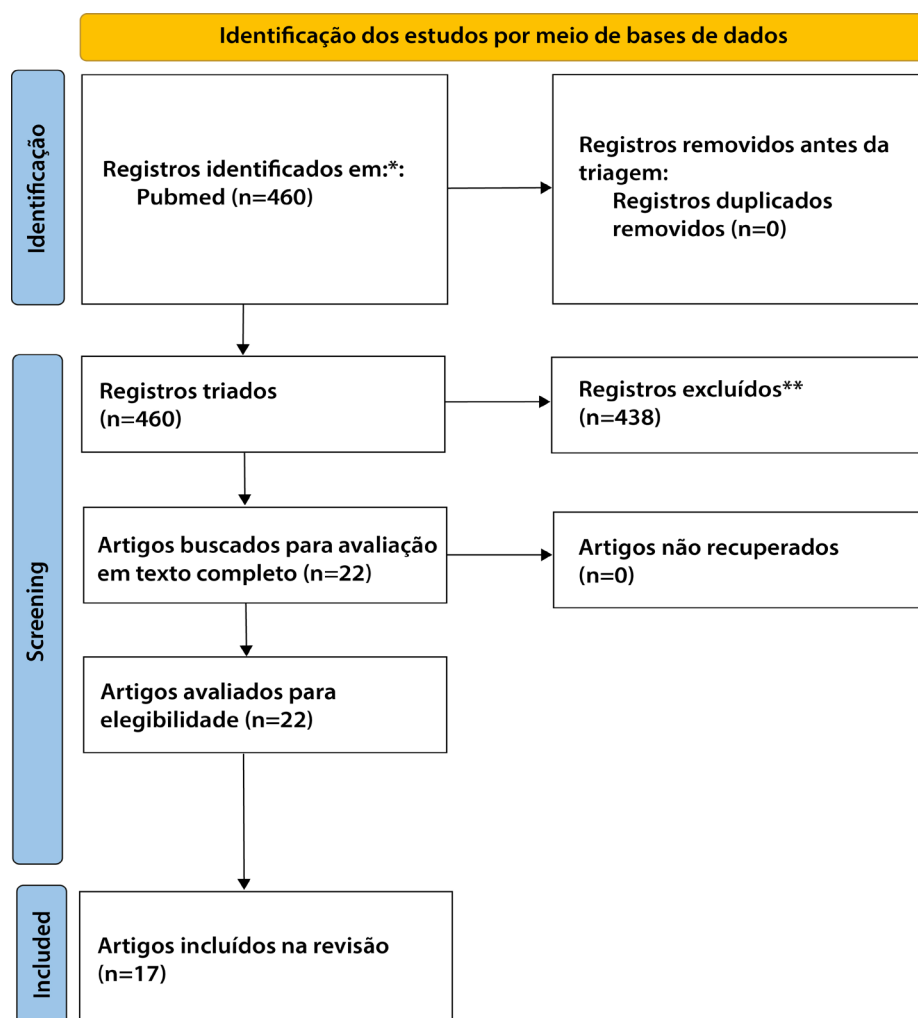
Trata-se de uma revisão narrativa não sistemática da literatura conduzida na base

PubMed, contemplando artigos publicados entre 2010 e 2026, além de estudos clássicos pela relevância clínica (1-3). Foi utilizada a seguinte descrição na plataforma de busca: (“renal abscess” OR “kidney abscess” OR “perinephric abscess” OR “perirenal abscess”) AND (diagnosis OR imaging OR computed tomography OR ultrasound OR drainage OR percutaneous drainage OR nephrectomy OR management OR treatment). Incluíram-se revisões, ensaio clínico randomizados, estudos observacionais e relatos de caso que abordassem diagnóstico, manejo e desfechos de abscessos renais e perirrenais em adultos ou crianças. Critérios de exclusão

definidos foram de estudos experimentais realizados em animais ou in-vitro.

Foi realizada uma seleção não randomizada de estudos, esquematizada no fluxograma da Figura 1. A seleção priorizou trabalhos com dados clínicos detalhados e comparação de modalidades terapêuticas (antibiótico, drenagem percutânea, cirurgia aberta ou videolaparoscópica). Os resultados foram organizados segundo tópicos: fisiopatologia e classificação, quadro clínico, diagnóstico por imagem, tratamento e seguimento. Foram considerados artigos publicados entre janeiro de 2010 e abril de 2026, em inglês, português e espanhol.

Figura 1 - Identificação dos estudos por meio de bases de dados.



RESULTADOS E REVISÃO DA LITERATURA

Fisiopatologia e classificação

A formação do abscesso renal depende do equilíbrio entre agressividade do agente infeccioso e resposta imune do hospedeiro. O processo inicia-se com infecção bacteriana localizada, evoluindo para necrose tecidual e acúmulo purulento encapsulado.

Os abscessos corticais têm origem hematogênica e são geralmente causados por *Staphylococcus aureus*, enquanto os abscessos corticomedulares e perirrenais derivam de infecção urinária ascendente, predominantemente por bactérias gram-negativas como *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis* (8,9).

Pacientes diabéticos, imunossuprimidos, associados a urolitíase, refluxo vesicoureteral ou obstrução crônica associados à infecção urinária têm risco aumentado de evolução para formação de abscessos. Em até 10% dos casos, o conteúdo purulento rompe a cápsula renal, formando abscesso perirrenal (1).

Quadro clínico e fatores de risco

Os sintomas iniciais mais comuns são febre persistente, calafrios e dor lombar. A ausência de sintomas urinários é frequente nos abscessos corticais, ao passo que os corticomedulares podem cursar com piúria e disúria (3).

Entre os fatores predisponentes, destacam-se diabetes mellitus, litíase urinária, cateterismo vesical recente e imunossupressão (4,6,10). No estudo de Xia et al. (2021), 42% dos pacientes apresentavam diabetes e essa comorbidade foi associada a maior necessidade de drenagem cirúrgica (11).

Outros marcadores prognósticos incluem níveis elevados de ureia e creatinina, letargia e tamanho do abscesso acima de 3–5 cm, todos correlacionados a piores desfechos (2). Em contrapartida, pacientes com abscessos pequenos e estabilidade clínica geralmente respondem bem à terapia antibiótica sem necessidade de tratamento cirúrgico ou percutâneo.

Diagnóstico por imagem

A ultrassonografia (USG) é o exame inicial recomendado por sua disponibilidade, baixo custo e ausência de radiação. Apresenta sensibilidade de 70–85%, sendo útil para detectar lesões hipoeoicas e diferenciar de cistos simples ou tumores (1). Entretanto, é limitada em pacientes obesos ou em abscessos corticomedulares mais internos.

A tomografia computadorizada (TC) é considerada o padrão-ouro no diagnóstico, permitindo determinar tamanho, extensão e presença de gás intralésional (6). O American College of Radiology (2022) recomenda TC contrastada em casos de febre persistente >72h, dor lombar com sinais sistêmicos ou falha terapêutica (12). A utilização de esquemas de TC “ultra-low dose” de radiação ainda estão sendo estudadas no cenário de abscesso renal, mas em estudo recente demonstrou uma taxa similar de diagnóstico ao método tradicional, sendo destinada em casos de necessidade de redução da exposição à radiação (13).

A ressonância magnética (RM) é alternativa em pacientes com contraindicação ao contraste iodado e mostra grande sensibilidade na detecção de microabscessos (14). O ultrassom contrastado (CEUS) tem papel crescente por permitir avaliação funcional sem nefrotoxicidade. Entretanto, estes métodos não são tão amplamente disponíveis quanto a TC e podem atrasar o diagnóstico.

Recentemente, ferramentas moleculares como a metagenomic next-generation sequencing (mNGS) têm se mostrado promissoras na identificação de patógenos, sobretudo quando culturas tradicionais são negativas (1). Em revisão de Zhan et al. (2023), o mNGS permitiu detecção rápida de *E. coli* e *Enterococcus faecalis* em casos pediátricos refratários, orientando o ajuste antibiótico com melhora do sucesso clínico (15).

Tratamento clínico

O manejo conservador com antibióticos é indicado para abscessos menores que 3 cm, sem sinais de instabilidade ou sepse

(1). O regime empírico inicial deve cobrir gram-negativos entéricos e *Staphylococcus aureus*, com fluoroquinolonas, cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou carbapenêmicos (11). Em estudo com avaliação prognóstica de pacientes adultos com abscesso renal mostrou uma relação similar entre variáveis de sepse com desfechos negativos para tratamento de abscessos renais (16).

Nos estudos revisados, a duração média do tratamento variou entre 2 e 6 semanas, com transição para terapia via oral após 48 horas de melhora clínica, podendo ser mantida até normalização laboratorial e regressão radiológica (6,9,17).

Em crianças, o tratamento tende a ser mais prolongado — até 6 semanas — devido ao risco de cicatriz renal e perda funcional (8,15). O controle por imagem é mandatário após 10–14 dias para monitorar regressão. A ausência de melhora em 72 a 96 horas é o principal critério de falha clínica, devendo-se indicar drenagem percutânea quando possível (2).

Drenagem percutânea

A drenagem percutânea guiada por USG ou TC é hoje o padrão de tratamento para abscessos >3–5 cm, ou em casos sem resposta clínica. As taxas de sucesso relatadas variam de 80 a 95%, com baixa morbidade (1,9). Apesar de ser uma técnica consolidada, deve-se atentar em casos com abscesso multiloculados, em que apenas uma punção pode não ser resolutive para remissão do quadro, sendo indicada a drenagem aberta nestes casos com menores taxas de recorrência (18).

Li et al. (2022) descreveram série de 11 pacientes tratados com nefroscopia percutânea com sucção negativa contínua, obtendo resolução completa sem recidivas. Essa técnica minimamente invasiva permite drenagem eficaz e desbridamento simultâneo do conteúdo purulento, podendo resultar em melhor controle infeccioso (9).

Em pediatria, a drenagem percutânea é indicada apenas quando há falha antibiótica

ou abscessos volumosos. Zhan et al. (2023) relataram que 73% dos casos pediátricos são resolvidos com antibiótico isolado, enquanto apenas 23% necessitam drenagem (8).

A drenagem deve ser guiada por imagem e preferencialmente mantida até cessar o débito purulento. O uso concomitante de antibiótico sistêmico é indispensável.

Tratamento Cirúrgico

A nefrectomia é reservada a pacientes com abscessos múltiplos, extensos ou com rim não funcionante, e em casos de sepse refratária (2,6). Em algumas situações, a abordagem videolaparoscópica (VLP) pode substituir a cirurgia aberta, reduzindo tempo cirúrgico e complicações, principalmente em pacientes com estabilidade hemodinâmica (9).

Nos abscessos perirrenais volumosos, a drenagem cirúrgica aberta ainda tem papel em centros sem suporte de radiologia intervencionista. Em contrapartida, a nefrectomia simples deve ser evitada sempre que possível, uma vez que atualmente o manejo combinado (antibiótico + drenagem) preserva a função renal na maioria dos casos (1,19)

DISCUSSÃO

A literatura demonstra que o tamanho da lesão e a resposta clínica inicial são os fatores que melhor orientam a conduta. Utiliza-se o limite de 3 cm para tratamento clínico e 5 cm para drenagem obrigatória, embora variações entre 3,5 e 4 cm sejam descritas, sempre analisando as condições clínicas do paciente, mas não há consenso sobre valores mais bem definidos, ainda mais diferenciando tratamento percutâneo ou aberto (5).

O estudo de Xia et al. (2021) trouxe contribuição adicional ao identificar o RDW (Red Cell Distribution Width) como potencial marcador de gravidade. Pacientes com RDW acima de 14% apresentaram maior necessidade de tratamento invasivo, sugerindo valor prognóstico desse parâmetro em infecções gram-negativas (6).

A escolha entre drenagem e cirurgia deve considerar também comorbidades e anatomia renal. Pacientes diabéticos, idosos ou com litíase apresentam maior risco de falha ao tratamento conservador. Nessas situações, a drenagem precoce reduz complicações sépticas e tempo de internação (1,6).

Comparando-se técnicas, a drenagem percutânea apresenta taxas de sucesso semelhantes à cirurgia aberta, com menor morbidade, tempo de hospitalização e custo. A videolaparoscopia é alternativa em abscessos encapsulados ou de difícil acesso percutâneo, associando boa exposição anatômica e menor agressão tecidual, além de diminuir a taxa de nefrectomia (9,20).

Do ponto de vista diagnóstico, a TC permanece o método de escolha pela precisão na mensuração e extensão do abscesso, mas a ressonância magnética e o ultrassom contrastado ganham espaço, especialmente em pacientes com insuficiência renal e quando há disponibilidade. Em paralelo, a introdução de técnicas moleculares como o mNGS abre perspectivas de diagnóstico rápido e direcionado, inclusive em crianças (8,21).

PERSPECTIVAS FUTURAS

O manejo dos abscessos renais tende a se tornar cada vez mais personalizado, combinando avaliação clínica, parâmetros laboratoriais (como RDW e PCR), e imagem de alta resolução. O desenvolvimento de protocolos clínico-radiológicos padronizados poderá uniformizar critérios de intervenção e reduzir mortalidade.

A incorporação de técnicas híbridas — como drenagem percutânea associada a sucção e irrigação contínua — representam uma fronteira promissora, com potencial para minimizar recidivas e preservar função renal. Além disso, o avanço da inteligência artificial aplicada à imagem médica poderá auxiliar na detecção precoce e na predição de falha terapêutica.

LIMITAÇÕES

O presente estudo não se propõe a constituir uma revisão sistemática, nem a avaliar de forma comparativa intervenções específicas para o tratamento dos abscessos renais e perirrenais. Trata-se de uma revisão narrativa, com enfoque clínico, destinada a sintetizar aspectos relevantes desde a apresentação clínica e diagnóstico até as principais estratégias terapêuticas. Durante a busca bibliográfica, observou-se escassez de estudos randomizados ou comparativos específicos sobre abscessos renais. A maior parte da literatura disponível aborda o abscesso como complicação de pielonefrite complicada, infecções urinárias graves ou condições urológicas predisponentes. Também foram identificados estudos voltados a procedimentos invasivos, nos quais o abscesso aparece como consequência ou indicação secundária de tratamento.

Além disso, há predomínio de relatos de caso, pequenas séries retrospectivas e estudos radiológicos, frequentemente relacionados a apresentações clínicas incomuns, achados de imagem ou etiologias raras. Esse perfil da literatura provavelmente reflete a natureza não eletiva, relativamente rara e heterogênea da doença, o que dificulta a condução de estudos prospectivos controlados e a padronização de critérios diagnósticos e terapêuticos.

CONCLUSÃO

Os abscessos renais e perirrenais representam uma condição infecciosa complexa, cujo manejo requer integração e agilidade entre avaliação clínica, laboratorial e radiológica para otimização do tratamento adequado.

O tamanho da lesão e a estabilidade hemodinâmica do paciente continuam sendo os principais determinantes da conduta. Abscessos menores que 3 cm em pacientes estáveis podem ser tratados clinicamente, enquanto lesões entre 3 e 5 cm demandam avaliação individualizada. Abscessos maiores

que 5 cm ou com sepse associada exigem drenagem percutânea imediata, reservando-se a cirurgia para casos refratários.

O uso crescente de imagens avançadas e novas técnicas minimamente invasivas ampliou a segurança terapêutica e reduziu complicações. Ferramentas moleculares, como o mNGS, e parâmetros laboratoriais como o RDW despontam como marcadores complementares de gravidade.

Em suma, o tratamento moderno dos abscessos renais e perirrenais baseia-se em condutas individualizadas, guiadas por imagem e sustentadas por antibioticoterapia adequada, com o objetivo de preservar a função renal e reduzir a morbimortalidade.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Déborah Neves teve pleno acesso a todos os dados do estudo e assume a responsabilidade pela integridade dos dados e pela exatidão da análise dos dados.

Concepção e concepção do estudo: Juan Rodriguez, Déborah Neves

Redação do manuscrito: Déborah Neves, Alexandre Lima, Felipe Clementoni

Revisão crítica do manuscrito para conteúdo intelectual importante: Victoria Souza, Luiz Santos

Análise estatística: Ester Hanai, Paula Moreira

Obtenção de financiamento: Nenhum.

Apoio administrativo, técnico ou material: Nenhum.

Supervisão: Luiz Santos.

REFERÊNCIAS

1. Rubilotta E, Balzarro M, Lacola V, Sarti A, Porcaro AB enito, Artibani W. Current clinical management of renal and perinephric abscesses: a literature review. *Urologia* 2014;81:144–7. <https://doi.org/10.5301/urologia.5000044>.
2. Yen DH-T, Hu S-C, Tsai J, Kao W-F, Chern C-H, Wang L-M, et al. Renal abscess: Early diagnosis and treatment. *Am J Emerg Med* 1999;17:192–7. [https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(99\)90060-8](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(99)90060-8).
3. Dembry L-M, Andriole VT. RENAL AND PERIRENAL ABSCESSSES. *Infect Dis Clin North Am* 1997;11:663–80. [https://doi.org/10.1016/S0891-5520\(05\)70379-2](https://doi.org/10.1016/S0891-5520(05)70379-2).
4. Ko MC, Chiu AWH, Liu CC, Liu CK, Woung LC, Yu LK, et al. Effect of diabetes on mortality and length of hospital stay in patients with renal or perinephric abscess. *Clinics* 2013;68:1109–14. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(08\)08](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(08)08).
5. Puia D, Ivănuță M, Bică OD, Stoican N, Corlade-Andrei M, Doroftei B, et al. Association Between Abscess Size, Inflammatory Markers, and the Need for Drainage in Renal Abscesses. *Diseases* 2026;14. <https://doi.org/10.3390/diseases14050160>.
6. Liu X-Q. Renal and perinephric abscesses in West China Hospital: 10-year retrospective-descriptive study. *World J Nephrol* 2016;5:108. <https://doi.org/10.5527/wjn.v5.i1.108>.
7. Vallée M, Veeratterapillay R, Wagenlehner Guidelines Associates F, Bausch K, Devlies W, Leitner L, et al. EAU GUIDELINES ON UROLOGICAL INFECTIONS. n.d.
8. 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 (United States)* 2023;102:E36355. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036355>.
9. Li E, Hong J, Zhou M, Zhang Y, He X, Zhang D, et al. Percutaneous nephroscopy combined with ultrasound-guided negative-pressure suction for the treatment of perinephric abscess: a case series. *BMC Urol* 2022;22. <https://doi.org/10.1186/s12894-022-01091-8>.
10. Mnif M, Kamoun M, Kacem F, Bouaziz Z, Charfi N, Mnif F, et al. Complicated urinary tract infections associated with diabetes mellitus: Pathogenesis, diagnosis and management. *Indian J Endocrinol Metab* 2013;17:442. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.111637>.
11. Xia M, Liu J, Hong Y, An L, Xiong L, Huang X, et al. Red blood cell distribution width may be a new factor that influence the selection of invasive treatment in patients with renal abscess. *Ann Palliat Med* 2021;10:3916–23. <https://doi.org/10.21037/apm-20-2305>.
12. Smith AD, Nikolaidis P, Khatri G, Chong ST, De Leon AD, Ganeshan D, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Pyelonephritis: 2022 Update. *Journal of the American College of Radiology* 2022;19:S224–39. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.017>.
13. Seo N, Park MS, Choi JY, Yeom JS, Kim MJ, Chung YE, et al. A prospective study on the use of ultra-low-dose computed tomography with iterative reconstruction for the follow-up of patients liver and renal abscess. *PLoS One* 2021;16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246532>.
14. Nicolau C, Antunes N, Paño B, Sebastia C. Imaging characterization of renal masses. *Medicina (Lithuania)* 2021;57:1–19. <https://doi.org/10.3390/medicina57010051>.
15. Zhang X, Xie Y, Huang G, Fu H. Analysis of 17 children with renal abscess. vol. 12. 2019.

16. Chang SH, Hsieh CH, Weng YM, Hsieh MS, Goh ZNL, Chen HY, et al. Performance assessment of the mortality in emergency department sepsis score, modified early warning score, rapid emergency medicine score, and rapid acute physiology score in predicting survival outcomes of adult renal abscess patients in the emergency department. *Biomed Res Int* 2018;2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6983568>.
17. Cheng CH, Tsau YK, Lin TY. Is Acute Lobar Nephro- nia the Midpoint in the Spectrum of Upper Urinary Tract Infections between Acute Pyelonephritis and Renal Abscess? *Journal of Pediatrics* 2010;156:82–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.07.010>.
18. EL-Nahas AR, Faisal R, Mohsen T, AL-Marhoon MS, Abol-Enein H. What is the best drainage method for a perinephric abscess? *International Braz J Urol* 2010;36:29–35. <https://doi.org/10.1590/S1677-55382010000100005>.
19. Kord A, Thomas A, Mohan J, Niemeyer M. Retro- peritoneal abscess caused by dropped renal stones. *Radiol Case Rep* 2022;17:442–5. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.11.020>.
20. Sharma G, Sachdeva R, Aggarwal S, Verma A, Anand A, Singh A, et al. Isolated perinephric abs- cess as the initial manifestation of filariasis—an unusual presentation. *Clin Case Rep* 2024;12. <https://doi.org/10.1002/ccr3.8608>.
21. Song SH, Choi HS, Kim CS, Ma SK, Kim SW, Bae EH. Retroperitoneal emphysema caused by a renal abs- cess: a case report. *Ann Palliat Med* 2022;11:832–6. <https://doi.org/10.21037/apm-21-524>.

Recebido em:

06 fevereiro de 2026

Aprovado em:

04 de julho 2026

Publicado:

30 de julho de 2026

AUTOR CORRESPONDENTE

Dr. Déborah Cristina Andrade Neves

*Serviço de Urologia, Complexo Hospital de
Clínicas da Universidade
Federal do Paraná (CHC-UFPR)*

Endereço: Gen. Carneiro, 181

Alto da Glória, Curitiba - PR, 80060-900

Telefone: + 55 41 99992-7615

E-mail: deborahcristina94@hotmail.com



DÉBORAH CRISTINA ANDRADE NEVES

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1163-674X>