

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del
Hospital Alvear; Prof.: JUAN SALLERAS

Por el Doctor
HECTOR D. BERRI

PROCESOS RENO-URETERALES EN FALSOS APENDICULARES

LA frecuencia con que se observa en nuestra especialidad ciertos errores de diagnóstico, tales como procesos de las vías urinarias superiores del lado derecho que han sido confundidos por falsas apendicitis, hace que se insista en la conveniencia de estremar en lo posible el examen de estos enfermos; indicando el clínico o cirujano la conveniencia de un examen urológico que puede ser el medio de descubrir la causa de la supuesta apendicitis, evitando de este modo intervenciones quirúrgicas inútiles.

Los adelantos que la Urología ha experimentado desde hace varios años con la aplicación de los medios modernos de investigación mecánicos, radiológicos y químicos (cistoscopia, cateterismos ureterales, radiogramas, pielogramas, cistogramas, análisis químicos, pruebas funcionales): nos permite en la actualidad aclarar muchos cuadros clínicos confusos.

La proximidad del riñón y uréter por un lado y el apéndice por otro, hace que se presenten síntomas comunes en procesos de estos órganos; de ahí los errores de diagnóstico.

Gladstone y Wakeley asignan al apéndice seis posiciones normales, siendo la más frecuente la post-cecal o retro-cólica, la que por su proximidad al riñón puede ocasionar complicaciones de este órgano.

Monks y Blake han observado sobre 656 cadáveres las diversas posiciones del apéndice, unas veces se halla ubicado entre el hígado y el riñón, otras pasa por la cara anterior renal, otras por su polo inferior y en una cuarta variedad más rara se dirige hacia abajo, llegando su extremidad libre a adherirse a la vejiga.

Es por esto que observamos en los enfermos apendiculares fenómenos reflejos o inflamatorios como síntomas renales o vesicales (albuminurias, hematurias totales, pielonefritis, polaquiurias, disurias y retenciones de orina), así como retracción testicular derecha; debido a apéndices irritados, abscesos apendiculares ubicados cerca de la pelvis renal, uréter o vejiga o abiertos en ellos, bridas peritoneales o falsas membranas que pueden comprimir el uréter, o coprolitos en el apéndice ubicados en el trayecto ureteral y simulando ser un cálculo de este conducto.

F. Mitry nos habla de un cálculo del apéndice que se creyó fuera ureteral y que durante la intervención se comprobó al incidirse el peritoneo, que la masa palpable en la región ureteral inferior *no era el uréter sino el apéndice, el que extirpado mostró dos o tres cálculos estercoráceos envueltos en una capa friable*. Este enfermo acusó hematuria total, polaquiuria, tenesmo vesical y albuminuria.

R. Dano nos cita un caso semejante y con síntomas urinarios diversos (hematurias, polaquiuria, tenesmo, etc.): la intervención comprobó que se trataba de un apéndice largo, voluminoso y libre que contenía un cálculo estercoráceo. Efectuada la apendicectomía los síntomas urinarios desaparecieron.

La sintomatología refleja tiene su fundamento en la recíproca relación que existe entre los plexos renal y espermático por un lado, y los plexos gástrico y esplácnico por el otro.

La hematuria apendicular micro o macrocópica que según unos es de etiología renal, y según otros ureteral; es debida para Nowe Josseland a una congestión aguda del riñón, para Anchulz a una nefritis circunscripta que puede más tarde generalizarse y para Dieulafoy a una irritación renal que denomina nefritis tóxica apendicular.

Así como el apéndice puede presentar síntomas renales o vesicales, así también las afecciones renales como las ptosis pueden simular procesos apendiculares, por brusca acodadura del uréter llegando a veces a palpase una masa en la fosa ilíaca derecha causada por el riñón ptósico aumentado de tamaño. Lo mismo pasa en los casos de obstrucción incompleta del uréter por torsión o estrechez, en que el dolor hace parecer encontrarse frente a un proceso apendicular.

Oswald Swiney, Lousley y Francis Twinen de New York, al les, las hidronefrosis, los traumatismos, las anomalías congénitas

(ectopía renal, riñón en herradura) pueden ser confundidos por sus síntomas clínicos con apendicitis agudas o crónicas y en algunos casos pueden presentarse ambos procesos asociados.

Vemos pues, que posible es la confusión diagnóstica y es el urólogo el que debe intervenir para dilucidar estos procesos.

O'Neil afirma que un 25 por 100 de los enfermos con lesiones ureterales intervenidos en el Hospital de Massachussets, habían sufrido anteriormente apendicectomías u otras intervenciones abdominales.

Oswald Swiney, Lousley y Francia Twinen de New York, al hablar del diagnóstico diferencial del síntoma dolor en los procesos del lado derecho del abdomen relacionados con las lesiones urológicas dicen "que en más de una mitad de los casos hay errores de diagnóstico con apendicitis crónicas" y sobre 84 enfermos comprobó que 39 de ellos habían sufrido anteriormente una intervención quirúrgica sin resultado favorable.

Eisentadt da un 25 por 100 de enfermos afectados de litiásis ureteral derecha y que habían sido intervenidos previamente de apendicitis sin mejoría alguna de sus síntomas.

En nuestra bibliografía podemos citar entre otros dos casos presentados por el Dr. Gerardo Vilar, uno a la Sociedad de Urología y el otro al Congreso Nacional de Medicina que se reunió en Buenos Aires. El 1º se trataba de un enfermo sin trastornos vesicales y con hematuria total, se diagnosticó apendicitis, se intervino comprobándose que el apéndice estaba adherido al uréter. El enfermo curó desapareciendo sus trastornos urinarios. El 2º caso presentado era de un enfermo con crisis dolorosas abdominales derechas, hematurias totales y disuria que se repitieron cada dos o tres meses, no observándose nada de anormal en el aparato urinario. Estudiado este enfermo se diagnosticó apendicitis, comprobándose en la intervención que el apéndice estaba adherido a la vejiga. El enfermo curó, opinando el comunicante que la hematuria obedecía a la inclusión en el proceso periapendicular de las vías de excreción ureteral o vesical.

El Profesor Salleras en el año 1932 presentó a esta Sociedad, un trabajo indicando la frecuencia de confusión diagnóstica entre el apéndice y los procesos renales, llamando la atención de los cli-

nicos y cirujanos y la forma de evitarlos por el diagnóstico diferencial.

En los Servicios de Urología de los Hospitales Fernández y Alvear, sobre 135 enfermos afectados de proceso reno-ureterales del lado derecho, he comprobado que 25 casos habían sido intervenidos de apendicitis sin obtenerse una mejoría de los síntomas presentados. Estos enfermos tratados o intervenidos quirúrgicamente mejoraron o curaron sus dolencias.

Pasaré a enumerar muy brevemente los antecedentes personales de los enfermos aportados por las respectivas historias clínicas, así como los procesos renales que presentaban, tratamiento y resultado.

HISTORIA CLÍNICA

F. P. de P. — H. Cl. N° 287.

Antecedentes personales. — Desde hacía tres años acusaba dolores lumbares derechos con hematuria y polaquiuria. Se efectúa apendicectomía sin mejoría alguna.

Diagnóstico. — Litiasis renal derecha.

Tratamiento. — Pielotomía.

Resultado. — Curación.

J. A. — H. Cl. N° 374.

Antecedentes personales. — Desde hacía cuatro años acusó dolores en forma de cólicos, en fosa iliaca derecha con irradiación gástrica. Se efectúa apendicectomía a los tres años de su dolencia, continuando en el mismo estado.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha. Primer grado.

Tratamiento. — Se aconseja netropexia.

A. G. A. — H. Cl. N° 378.

Antecedentes personales. — Dos años antes, cólico nefrítico intenso del lado derecho, que se repite tres años más tarde. Al año siguiente apendicectomía y ocho días después de la intervención nuevo cólico que se repite varias veces más tarde.

Diagnóstico. — Uropíonefrosis derecha por ptosis.

Tratamiento. — Nefrectomía.

Resultado. — Curación.

N. J. de P. — H. Cl. N° 423.

Antecedentes personales. — Presentando crisis dolorosas en la región lateral derecha abdominal y lumbar, es intervenida de apendicitis continuando en el mismo estado.

Diagnóstico. — Litiasis renal y ureteral derecha.

Tratamiento. — Se aconseja tratamiento quirúrgico.

M. P. de S. — H. Cl. N° 667.

Antecedentes personales. — Intervenida de apendicitis, continúa con fuertes dolores que aumentan de intensidad en la región renal derecha, acompañados de hipertermia, vómitos y cefálea, más tarde hematuria total y piuria.

Diagnóstico. — Ptosis renal y uropionefrosis derecha.

Tratamiento. — Nefrectomía.

Resultado. — Curación.

N. M. V. — H. Cl. N° 805.

Antecedentes personales. — Intervenida de apéndice dos años antes, sigue con sus crisis dolorosas en la región lateral derecha abdominal.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha. Primer grado.

Tratamiento. — Nefropexia.

Resultado. — Curación.

B. C. de S. — H. Cl. N° 809.

Antecedentes personales. — Se interviene de apendicitis cuatro años antes acusando dolores en la región lateral derecha del abdomen y fosa iliaca continuando en el mismo estado.

Diagnóstico. — Ectopía renal derecha.

Tratamiento. — Nefropexia.

Resultado. — Muy mejorada.

M. C. H. — H. Cl. N° 852.

Antecedentes personales. — Se interviene dos años antes de apendicitis, continuando en el mismo estado, con dolores intensos en región lateral derecha del abdomen.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha. Primer grado.

Tratamiento. — Se aconseja tratamiento médico.

E. G. H. — Cl. N° 858.

Antecedentes personales. — Dos años antes es intervenida de apendicitis, continuando con sus dolores en la región lateral derecha abdominal con irradiación inguinal, gastralgias, vómitos, al levantarse y polaquiuria.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha. Tercer grado.

Tratamiento. — Nefropexia.

Resultado. — Curación.

A. O. — H. Cl. N° 1020.

Antecedentes personales. — Se inicia cuatro meses antes con dolores en flanco derecho e irradiados a la región inguinal. A los tres meses es intervenido de apendicitis, continuando más tarde con dolor intenso, vómitos y polaquiuria.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha.

Tratamiento. — Nefropexia.

Resultado. — Curación.

M. C. — H. Cl. N° 1021.

Antecedentes personales. --- Dos años antes se interviene de apendicectomía, continuando con sus dolores en región lumbar anterior, con irradiación inguinal.

Diagnóstico. — Ptósis renal. Primer grado.

Tratamiento. --- Se aconseja tratamiento médico.

D. G. de F. — H. Cl. N° 1066.

Antecedentes personales. — Varios años antes se interviene de apendicectomía, siguió con trastornos dolorosos indefinidos abdominales. Más tarde cólico intenso en la región lumbar que irradia a los grandes labios y hematuria tipo total.

Diagnóstico. --- Litiasis renal derecha (coraliforme).

Tratamiento. --- Nefrolitotomía.

Resultado. --- Curación.

R. M. --- H. Cl. N° 1114.

Antecedentes personales. — A los 18 años (1925), dolor sordo profundo en el lado derecho del abdomen que aumenta en la posición de pie y calma al acostarse. Le diagnostican apendicitis y lo intervienen resecaando un apéndice normal. Al mes vuelven sus dolores con las mismas características y en 1927 acusa un dolor intenso que calma con el reposo y se exagera con el movimiento, y además polaquiuria.

Diagnóstico. --- Ptósis renal derecha.

Tratamiento. --- Nefropexia.

Resultado. --- Curación.

M. V. — H. Cl. N° 1147.

Antecedentes personales. — Dos años antes intervenido de apendicitis sin obtener mejoría de sus dolores en la región lateral derecha del abdomen.

Diagnóstico. — Ptósis renal derecha.

Tratamiento. — Nefropexia.

Resultado. — Curación.

T. S. de S. — H. Cl. N° 1220.

Antecedentes personales. — A los 29 años, apendicectomía. Desde entonces dolor en región lumbar derecha con irradiación en cintura acompañado de polaquiuria.

Diagnóstico. — Riñón en herradura y litiasis renal derecha.

Tratamiento. — Pielotomía.

Resultado. — Mejorada.

A. B. — H. Cl. N° 1418.

Antecedentes personales. --- Desde hace un año y ocho meses acusa trastornos dolorosos abdominales derechos, es intervenido de apendicitis pero sigue en el mismo estado.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha.

Tratamiento. — Enervación y fijación del riñón.

Resultado. — Curación.

M. R. de I. — H. Cl. N° 1815.

Antecedentes personales. — A los 24 años es intervenido de apendicitis, siguiendo con sus dolores como anteriormente a su operación. Cuatro años después sus dolores se intensifican, acusa malestar general, hematurias totales, polaquiuria diurna y nocturna y sensación de ardor en la micción acompañado de dolores en cintura. Más tarde presenta un cólico renal derecho, con orinas turbias.

Diagnóstico. — Pielitis.

Tratamiento. — Lavados de pelvis.

E. S. — H. Cl. N° 1853.

Antecedentes personales. — Desde hacía tres años acusaba dolores en región lumbar derecha con irradiación iliaca, acompañados de náuseas, vómitos, polaquiuria, así como ardor y dolor al final de la micción. Es intervenido un año después de apendicectomía, pero continúa sin mejoría.

Diagnóstico. — Litiásis renal derecha (coraliforme).

Tratamiento. — Nefrolitotomía.

Resultado. — Curación.

A. C. de L. — H. Cl. N° 1926.

Antecedentes personales. — A los 20 años es intervenida de apendicitis, sin obtener mejoría de sus trastornos que acusaba en la región lumbar derecha y anterior y lateral del abdomen que consistían en dolor sin irradiación alguna a forma continua y no muy dolorosa. Más tarde aparecen cólicos intensos con escalofríos e hipertermia.

Diagnóstico. — Litiásis renal derecha y pionefrosis secundaria.

Tratamiento. — Nefrectomía.

Resultado. — Curación.

M. de A. — H. Cl. N° 1517.

Antecedentes personales. — Cinco años antes es intervenido de apendicectomía, acusando un año antes de esa fecha dolores lumbares derechos, leves al principio, más tarde intensos con irradiación ureteral, polaquiuria, ardor al final de la micción, escalofríos, hipertermia, hematuria total y piuria.

Diagnóstico. — Tuberculosis renal derecha.

Tratamiento. — Nefrectomía.

Resultado. — Curación.

J. S. — H. Cl. N° 1659.

Antecedentes personales. — A los 48 años es intervenido de apendicectomía. Desde hacía dos años antes, este enfermo acusaba dolor en fosa iliaca derecha, sordo con exacerbaciones, polaquiuria diurna y nocturna. Sigue igual después de la intervención.

Diagnóstico. — Ptosis renal derecha.

Tratamiento. — Nefropexia.

Resultado. — Curación.

M. T. — H. Cl. N° 1718.

Antecedentes personales. — Es intervenido de apendicectomía en 1928, sin mejoría alguna. Desde 1927 acusaba dolores en fosa iliaca derecha, de gran intensidad, que sigue presentándose hasta la fecha de ser internado, con intermitencias.

Diagnóstico. — Litiasis ureteral derecha, pionefrosis y perinefritis esclerosa.

Tratamiento. — Nefrectomía.

Resultado. — Curación.

C. A. — H. Cl. N° 1953.

Antecedentes personales. — Dos años antes acusó dolores en la región lateral derecha del abdomen, en cintura, y con polaquiuria, siendo intervenida de apendicitis sin resultado alguno.

Diagnóstico. — Riñón en herradura y litiasis renal.

Tratamiento. — Pielotomía.

Resultado. — Mejorada.

C. B. de C. — H. Cl. N° 1954.

Antecedentes personales. — Desde hacía un año acusaba dolores en la región lumbar derecha con irradiación inguinal en forma de cólicos con náuseas y vómitos, se interviene de apendicitis y continúa en el mismo estado.

Diagnóstico. — Litiasis renal derecha.

Tratamiento. — Pielotomía.

Resultado. — Curación.

Como observamos, se ha comprobado los siguientes procesos reno-ureterales entre los 25 enfermos que han sido intervenidos de apendicitis, sin mejoría alguna:

13 Ptosis con o sin uronefrosis	Porcentaje	52 %
8 Litiasis renales y ureterales D.	„	32 „
4 Procesos varios (1 riñón en herradura, 1 pielitis,		
1 tuberc., 1 ectopía)	„	16 „

CONCLUSIONES:

1º — Antes de diagnosticarse una apendicitis, debe tenerse en cuenta las posibles afecciones del aparato urinario, debiendo recurrirse a un examen urológico a fin de aclarar debidamente todo cuadro clínico que pueda presentarse.

2º — En todo enfermo enviado al urólogo por posibles afecciones urinarias, éste debe investigar si el proceso es de causa urinaria o no, debiendo tenerse en cuenta que es muy posible que puedan presentarse simultáneamente afecciones urinarias y apendiculares asociadas.