

Hosp. Rawson, Cát. Clín. Urológica,
Jefe: Profesor Doctor B. MARAINI

Por el Doctor

GUILLERMO IACAPRARO

SINDROME URINARIO POR APENDICITIS RETROCECAL

LOS síntomas urinarios en el curso de la apendicitis han sido ya objeto de numerosos e interesantes trabajos, y dentro de la bibliografía argentina debemos destacar el relato completo presentado en el seno de esta Sociedad por los doctores Salleras y Von der Becke.

Sin embargo, lo que justifica el comentario de este relato es el cuadro clínico de un enfermo afecto de apendicitis crónica, el cual únicamente presentaba como síntomas subjetivos y objetivos un síndrome urinario agregado y de etiología eminentemente apendicular.

J. M. de 32 años de edad, obrero; nos consulta por dolores en la región lumbar derecha y hematurias totales que en forma periódica se repiten desde hace 18 meses. En sus antecedentes personales nada de importancia.

Hace un año y medio es atacado por un cólico nefrítico derecho, poco intenso acompañado de discreta hematuria post-cólica y de escasos fenómenos vesicales caracterizados por polaquiuria y tenesmo.

A continuación del cólico no hay expulsión de cálculo. En el transcurso de un año, las crisis dolorosas se repiten con frecuencia si bien no muy intensas cediendo en general con analgésicos suaves en 1 ó 2 horas. Siempre discretas hematurias totales y fenómenos vesicales ya mencionados después del dolor cólico.

Al día siguiente de sus crisis dolorosas agudas, todo entra en orden; las orinas se aclaran rápidamente, sin embargo, los dolores lumbares del lado derecho reaparecen con facilidad cuando el enfermo está mucho tiempo de pie, o realizando un trabajo que exige cierto esfuerzo.

En resumen, únicos síntomas del enfermo que nos consulta: crisis dolorosas del tipo cólico renal derecho en varias ocasiones desde hace casi 2 años, hematuria discreta y trastornos vesicales a continuación del cólico, dolor lumbar en ocasiones de trabajo de esfuerzo. Nunca dolor abdominal, jamás crisis netas de apendicitis, ni dolores en la fosa iliaca derecha con irradiación a la región epigástrica. El

examen del aparato urinario lo realizamos en el intervalo de sus crisis dolorosas, y es en absoluto negativo. Como datos salientes constatamos: Riñón derecho no se palpa, no duele, no hay puntos dolorosos renales; ligero dolor en el punto ureteral medio que coincide con un maximum de dolor exquisito a nivel del punto clásico de Mac Burney.

Nada de importancia en la exploración de las vías urinarias, a la cistoscopia vejiga sana, caracteres de color brillo y vascularización normales. Meatos ureterales sanos, eyaculación clara.

El cateterismo ureteral a efectos del funcionalismo renal de orinas por separado muestra una ligera deficiencia funcional del riñón derecho, comparado con el izquierdo caracterizado por un menor débito ureico y una sulfo fenol de 30 % sobre 35 % del izquierdo. El examen cito bacteriólogo del sedimento denuncia células de epitelio renal, leucocitos conservados y abundante cantidad de colibacilos en el lado derecho, igual sedimento en el lado izquierdo; sin colibacilos.

El examen radiográfico simple y la urografía excretora no muestran nada de particular; pelvis de tipo normal, tiempos de aparición y desaparición de la sustancia opaca sensiblemente igual en ambos lados. Pielografía derecha, nada de particular con 12 c. c. de Yoduro, de Na. al 12 %.

En lo que respecta al examen general del enfermo diremos: constipado habitual, a veces en ocasiones vómitos biliosos. Resto del examen: nada de particular, a excepción, repetimos, del exquisito dolor en el punto apendicular de Mac Burney.

El examen radioscópico del intestino muestra un ciego dilatado, fijo, con dolor exquisito en la región que corresponde a la implantación del apéndice. Dada la negatividad del estudio urológico, clínico radiológico y funcional y la existencia de un punto de Mac Burney exquisitamenteoloroso y la confirmación radiográfica de una presunta apendicitis se aconseja la intervención.

Operación. — Diciembre 4 de 1937. Dr. Iacapraro. Anestesia local. Incisión de Mac Burney, se encuentra un apéndice retrocecal de 12 cms. de largo, fuertemente acodado en su parte media y fijo profundamente por adherencias bien constituidas. La extremidad dilatada parece llena de pus. Resección de apéndice, jareta con catgut 00, cierre sin drenaje. Post-operatorio normal, es dado de alta al 6º día. Volvemos a ver al enfermo a las dos semanas en perfectas condiciones, orinas claras sin gérmenes, ausencia de cólicos y dolores lumbares, no hay hematuria.

Han transcurrido casi 7 meses de la intervención y el enfermo lo hemos examinado en forma periódica constatando la absoluta desaparición de todo su síndrome urinario que desde hace casi 2 años se repetía con frecuencia casi matemática de 20 a 30 días en lo que respecta a sus crisis dolorosas de tipo cólico y en forma casi continua en estos últimos meses en lo que se refiere al dolor lumbar en ocasiones de esfuerzos o después de algunas horas de estar en posición de pie.

El examen anatómopatológico del apéndice, dice: Apéndice de paredes engrosadas con gran reacción fibrosa. Muy alterado en su constitución, en vías de obliteración. Discreta esclerosis subperitoneal, espesamiento discreto de la pared muscular, por dentro lesiones esclerosis con numerosos vasos rodeados de abun-

dantes linfocitos. En ciertos puntos restos glandulares atróficos. No hay folículos.

Diagnóstico: apendicitis crónica con atrofia glandular y perí apendicitis. Es elocuente la relación de causa a efecto en el presente caso que relatamos: 1º, desaparición de todo el síndrome urinario doloroso y hemático después de la apendicectomía; 2º, constatación quirúrgica de una apendicitis crónica retrocecal.

En general, tres tipos de síndromes urinarios renales pueden observarse en el curso de las apendicitis, y ellos son: 1º, dolor lumbar; 2º, la hematuria, y 3º, la pielonefritis.

En general la pielonefritis es ligera, mejor dicho, discreta, cura a veces con los antisépticos urinarios y en ciertos casos es frecuente observarla o verla reaparecer después de cada nueva crisis de apendicitis.

La hematuria es un síntoma más frecuente, a veces muy abundante. Gaume relata el caso de un enfermo que entra en retención aguda de orina por coágulos, tal la intensidad de la hematuria. En general es el riñón derecho el que sangra y el que se halla además infectado, pudiendo a veces la pielonefritis y la hematuria ser bilateral. No pretendemos en este relato clínico entrar en consideraciones etiopatológicas de la hematuria renal por apendicitis. Mientras unos aceptan el criterio del infarto del parénquima renal por embolias sanguíneas de origen apendicular (Von Frisch), Walther cree en la simple congestión renal; para Heitz Boyer el síndrome renal hemático y doloroso es de origen entero tóxico y entero infeccioso.

Otros creen en la ureteritis inflamatoria con hematuria por vecindad y no pocos aceptan como patogenia la opinión de Kummer y Anschutz: glomérulo nefritis aguda hemorrágica idéntica como complicación renal a la producida por cualquier infección aguda general (escarlatina, sarampión, tifoidea, septicemia). En favor de esta teoría está el carácter transitorio de la hematuria y la desaparición completa de las lesiones anatómicas después de la apendicectomía.

El dolor lumbar es un síntoma muy frecuente, rara vez bilateral, es en general francamente derecho, adquiriera en ocasiones las características del dolor de tipo cólico. Los trastornos intestinales faltan rara vez y en general caracterizados por crisis de constipaciones crónicas o de entero colitis. El dolor a la palpación del punto de Mac Burney es constante, si bien es lógico admitir que el examen

de un enfermo con síndrome doloroso urinario se atribuya en general al punto ureteral medio de Bazy.

Se ha descrito como valor las temperaturas elevadas 40 ó 41° como signo de apendicitis.

En general es excepcional que una pielonefritis crónica pueda dar temperaturas superiores a 38°. Cuando estamos en presencia de picos térmicos superiores a 38½ en general son debidos a retenciones piélicas que es fácil hacer desaparecer con el simple cateterismo. Eliminada la causa de retención las crisis de temperatura de 40° con dolor lumbar derecho deben hacer sospechar la apendicitis retrocecal.

Ahora bien, desde el punto de vista urológico puro ¿cuáles son las etapas que debemos seguir para llegar al diagnóstico etiológico en casos semejantes al relatado en los que únicamente existen como de valor incuestionable un síndrome urinario y de probable origen apendicular?

En primer lugar, conocido el cuadro clínico acusado por el enfermo, un estudio urológico completo, semiológico funcional y radiográfico será necesario para poder despistar el origen local, vesical, ureteral o renal que sea causa de la infección, de la hematuria o del dolor. Si nos encontramos, como en el caso presente, con la absoluta ausencia de toda causa urinaria, debemos pensar en focos a distancias y entre ellos el intestino y el apéndice sobre todo, cuando como en el caso nuestro el examen bacteriológico denuncia la presencia únicamente de colibacilos. Claro está que cuando en los antecedentes del enfermo existen ataques típicos de apendicitis aguda la presunción diagnóstica se facilita, mientras que cuando ella falta, únicamente el examen clínico y radiográfico podrá despistar una apendicitis crónica que pueda actuar como foco originador de un síndrome urinario infeccioso, hemático o doloroso.

Es por ello que al constatar nosotros la sensibilidad exquisita del punto apendicular no titubeamos en solicitar el examen radiográfico de la fosa ilíaca derecha que dió en realidad con la clave del diagnóstico. En general son las apendicitis retrocecales las que pueden prestarse a error por la frecuencia de fenómenos dolorosos lumbares con ausencia de todo dolor abdominal. Por otra parte, es fácil explicar las complicaciones renales de una apendicitis retrocecal, no solamente desde el punto de vista anatómico sino también por

las relaciones vasculares entre el apéndice y el aparato urinario (sistema anastomótico de Retzuis) y relaciones linfáticas por el sistema ganglionar mesocólico.

Por otra parte está bien demostrado que existen relaciones nerviosas por intermedio del simpático abdominal establecidas por el ganglio renoaórtico en relación a la vez con el plexo mesentérico superior y el plexo renal derecho. Creemos, pues, que es siempre necesario en casos de dolores lumbares o de cólicos, hematurias renales o ligeras pielonefritis colibacilares derecha de etiología extra urinaria, pensar siempre en el posible origen intestinal y sobre todo apendicular, especialmente en los casos como el nuestro en que la ausencia de un ataque de apendicitis dificulta el diagnóstico y en esos casos siempre solicitar la valiosa colaboración radioscópica de la región cecoapendicular.

Todos conocemos la frecuencia de los errores de diagnóstico que es dable observar en casos de procesos ureterales en especial litiasis y que simulan cuadros apendiculares y no son pocas las apendicectomías realizadas en enfermos portadores simplemente de una litiasis renoureteral derecha. Inversamente aunque no tan frecuente debemos pensar también en el origen apendicular de ciertos procesos renales derecho de etiología al parecer indeterminada y tratar en lo posible a despistarlo con el estudio intenso sistemático, clínico y radiográfico del intestino y del apéndice.