

Por los Doctores

GERARDO VILAR

y H. TORRES

TRANSPOSICION DE CIEGO Y APENDICITIS SIMULANDO UNA TUMORACION RENAL IZQUIERDA

EL caso motivo de esta comunicación es doblemente interesante por mostrar una distopía cecal sumamente rara y poner en evidencia una vez más las vinculaciones existentes entre los procesos apendiculares y renoureterales.

HISTORIA CLINICA

La enferma, I. M., española, casada, de 50 años, ingresa al Servicio, remitida con diagnóstico de tumor de riñón izquierdo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia clínica.

Antecedentes personales. — Hace 15 años le practicaron una intervención de riñón derecho por litiasis, ignora que tipo de operación le efectuaron. Desde entonces no ha vuelto a sentir trastorno alguno urinario.

El interrogatorio, después del hallazgo radiológico, dirigido sobre sus funciones gastrointestinales evidencia una constipación crónica y pertinaz, en algunas oportunidades pasa hasta cinco días sin deposiciones.

Enfermedad actual. — Comienza hace un mes en forma brusca con intenso dolor en el hipocondrio izquierdo irradiado a ombligo, náuseas, temperatura, constipación, sin reflejos urinarios. Si bien el cuadro no es tan agudo a su ingreso se mantiene más o menos con iguales características.

Estado actual. — El examen de sus aparatos respiratorio, circulatorio, y sistema nervioso, no acusa anormalidades. Abdomen globuloso y asimétrico, hemiabdomen izquierdo globuloso, se palpa en hipocondrio izquierdo una tumoración dolorosa del tamaño de una cabeza de feto, semiblanda, inmóvil en las inspiraciones, con peloteo positivo y contacto lumbar franco; puño percusión y punto doloroso costo muscular positivos. Hígado en posición y con caracteres clínicos normales. El bazo no se palpa por la tensión abdominal y su percusión se confunde con la de la tumoración.

Examen de orina global: normal.

Examen de sangre: recuento globula y fórmula leucositaria sin particularidades.

COMENTARIO

Nuestra primera impresión al recibir la enferma, fué de que se trataba de algo extrarrenal; porque si bien los caracteres palpatorios de la tumoración inducían a pensar en ello, la falta de todo antecedente urológico inmediato, la ausencia de reflejos urinarios y de



Radiografía N° 1

anormalidades acusadas por el examen químico de sus orinas abonaban nuestra hipótesis.

La primera radiografía simple de abdomen, nos hizo descartar que fuese una esplenomegalía, el bazo se visualizaba en su ubicación normal.

En estas condiciones se resuelve practicar una pielografía ascendente (radiografía N° 1) donde se observa además de una dis-

creta dilatación de cáliz superior y algunas sombras pseudo-lacunares por insuficiente relleno, una franca desviación del uréter que describe una curva de gran convexidad hacia la columna y de gran arco, que llega a sobrepasar el borde externo de los cuerpos vertebrales.



Radiografía N° 2

¿Se trataría de un tumor de polo inferior del riñón? La imagen de la radiografía N° 2 correspondiente a un enfermo operado en el servicio con diagnóstico de tumor de polo inferior y que la intervención confirmó, muestra la semejanza de las imágenes y justifica nuestra duda.

¿Es un quiste seroso para-renal? También pueden dar pielo-gramas parecidos.

A esta altura de nuestras investigaciones se resuelve practicar una radiografía del intestino grueso con mezcla opaca para ver la relación que pudiera tener el tumor con el mismo. Fué recién entonces que al ponerse en evidencia la posición anómala del ciego y por una feliz coincidencia visualizar el apéndice relleno parcialmen-



Radiografía N° 3

te e irregular en su extremo, nos orientamos en el diagnóstico. A este hallazgo radiológico hay que agregar algo que es de interés, la tumoración que era a su ingreso, del tamaño de una cabeza de feto se había reducido a los diez días al tamaño aproximado de una naranja, al punto que era difícil palparlo y solamente se conseguía en posición lateral y en los momentos de máxima laxitud abdominal. Sin acompañarse de debacle urinario ni haberse modificado el carácter normal de sus orinas.

Se trata pues, en nuestro pensar, de un tumor inflamatorio abdominal que no puede ser sino un plastrón apendicular en regresión. La coincidencia de localización del tumor, la iniciación del cuadro y los antecedentes de constipación referidos por la enferma abonan nuestro acerto.

Hasta hoy se había destacado las variadas e íntimas vinculaciones que tienen los procesos apendiculares con las afecciones renoureterales: cólico nefrítico derecho y apendicitis, apendicitis y hematuria, etc. Hoy, por una anomalía ceco-apendicular, cabe el diagnóstico diferencial entre apendicitis y tumor renal izquierdo.

En nuestro caso, que repito es sumamente raro, ya que Testut no lo cita en su tratado de anatomía, y no hemos encontrado en la literatura nacional más que un caso publicado en "La Prensa Médica Argentina" por la doctora Sara Malamud, puede descartarse el situs inversus total, ya que el resto de los órganos torácicos y abdominales conservan su ubicación normal.

Ahora bien, ¿se trata de una anomalía congénita o adquirida? Un proceso de perivisceritis de origen apendicular en un ciego muy móvil y dilatado podría provocar por medio de adherencia la dislocación de la víscera. No habiendo antecedentes claros de padecimientos intestinales crónicos hay que aceptar la anomalía como congénita. En nuestro caso caben ambas interpretaciones.