

TRABAJO ORIGINAL

Por los Doctores

JUAN SALLERAS Y
A. VON DER BECKE

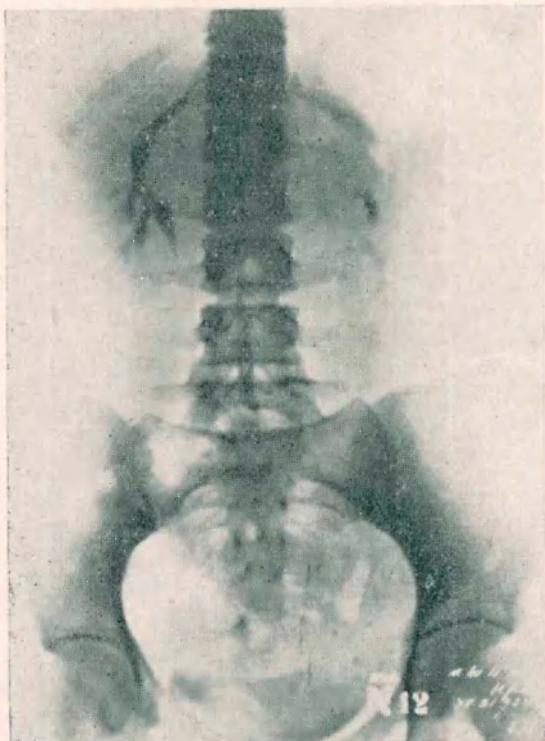
APENDICITIS CRÓNICA Y PROCESOS DE LAS VIAS URINARIAS

(Conclusión)

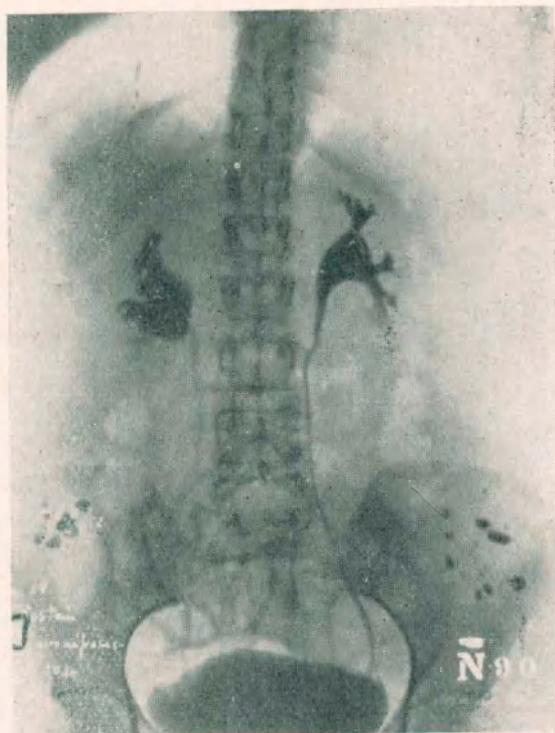
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA URONEFROSIS
(O UROPIONEFROSIS) DERECHAS, GRANDE, MEDIA-
NA Y PEQUEÑA Y CON LA URONEFROSIS FUNCIONAL.

Los antecedentes suelen confundir por la coexistencia de síntomas muy parecidos en ambas afecciones (Salleras).

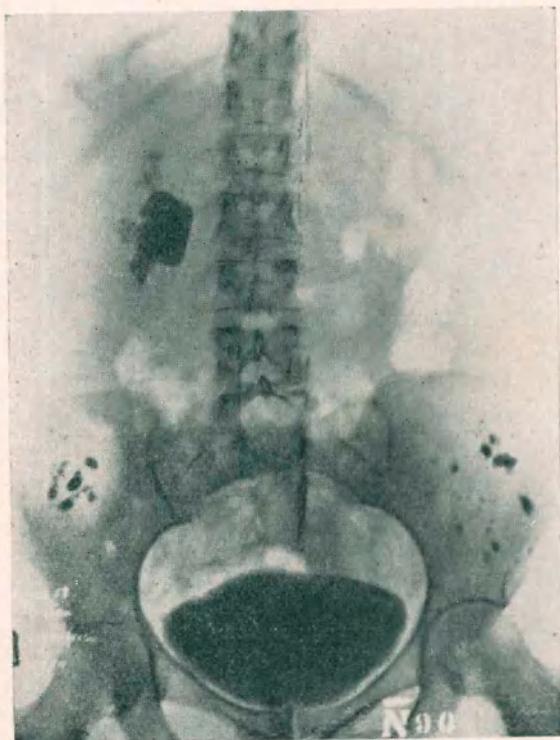
El dolor espontáneo y el provocado por la palpación en el renal, cuando el riñón está en su posición normal, resulta fácil de diferenciar; pero cuando el riñón está congénitamente bajo, el dolor puede ser muy semejante al apendicular. Y a la inversa, en apendicitis ascendentes retrocecales o laterocecales el dolor puede ser más de carácter lumbar que de la fosa ilíaca derecha. Como signo diferencial, puede recordarse que en las afecciones dolorosas *renales no faltan casi nunca los reflejos vesicales*: polaquiuria más o menos intensa, con micciones muy frecuentes de pocos minutos, disuria, dolor terminal y oliguria, reflejos que desaparecen al pasar el dolor para ser substituídos por una poliuria. Estos síntomas reflejos vesicales faltan casi en absoluto en los apendiculares. Con las crisis dolorosas intermitentes de la uronefrosis, se suelen presentar náuseas, vómitos, meteorismo, contractura de la pared abdominal derecha, a veces en forma semejante a la referida anteriormente, al hablar de la litiasis urinaria. Para bien establecer el diagnóstico diferencial, será preciso efectuar el examen macroscópico de la orina recién emitida, por la prueba de los vasos; estudiar detalladamente todos los datos de la anamnesis con trastornos anteriores de la micción y las alteraciones de la orina referida por el paciente; efectuar una minuciosa y metódica exploración somática del aparato urinario, así como un examen radiográfico y pielográfico del mismo, tomando imágenes a los 8 minutos, a los 15 minutos y a veces a los 30 minutos de la inyección endovenosa del líquido de contraste, y, si es preciso, completar con pielogramas retrógrados, para estudiar,



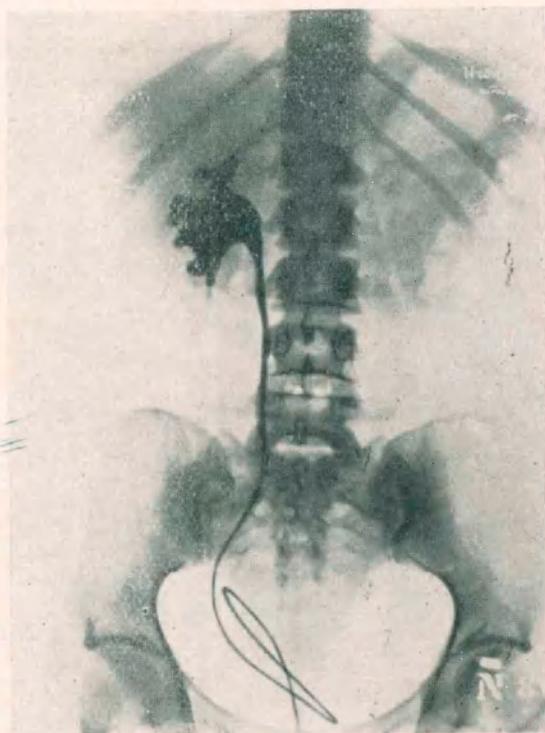
Uronefrosis funcional sin lesiones y sólo demostrable por el cólico clásico. Error de diagnóstico apendicular.



Pequeña uronefrosis con tiempo de evacuación retardado.



Pequeña uronefrosis. Tiempo de evacuación retardado más de 10 minutos (mismo caso anterior).



Uronefrosis mediana derecha. Error de diagnóstico apendicular.

así el tiempo de evacuación y los trastornos de la motilidad de cálices y pelvis renal. Por lo general, durante las crisis agudas de retención, el riñón es palpable y muy sensible y sus caracteres pueden ser también determinados, a la vez que la fosa ilíaca derecha permanece libre y depresible.

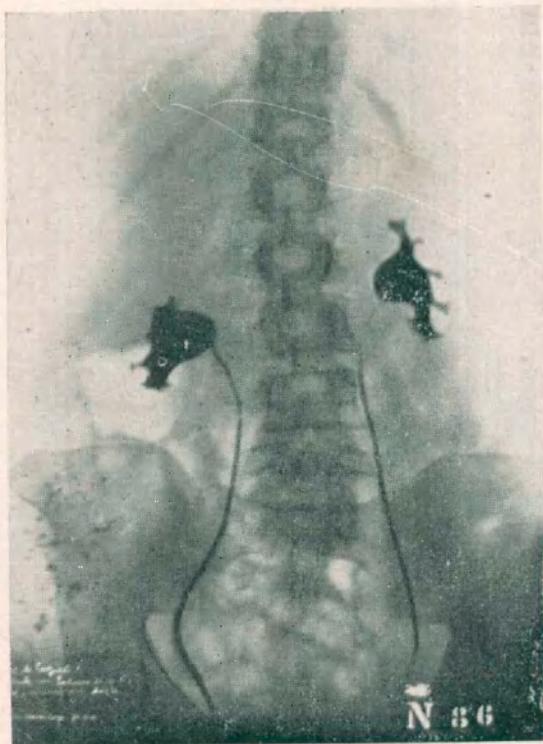
Si bien el diagnóstico diferencial, es fácil en las grandes uropionefrosis, por la simple palpación y los reflejos urinarios,



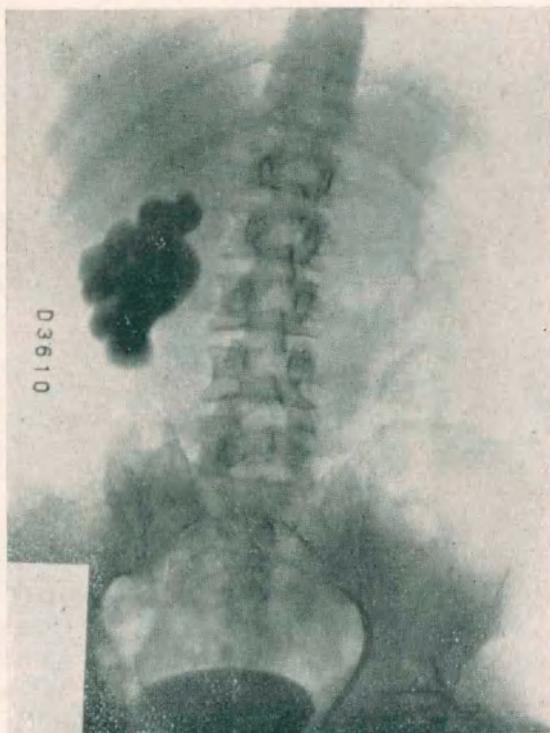
Pequeña uronefrosis derecha. Error de diagnóstico apendicular.

no sucede lo mismo con las pequeñas uronefrosis, afección urinaria que se debe tener siempre presente, por el frecuente error de diagnóstico. Un urólogo hará un diagnóstico fácil por el *retardo de la evacuación de la pelvis renal*, medido por la pielografía. La evacuación en lugar de hacerse entre 5 y 8 minutos, requiere un tiempo mayor de 10 minutos.

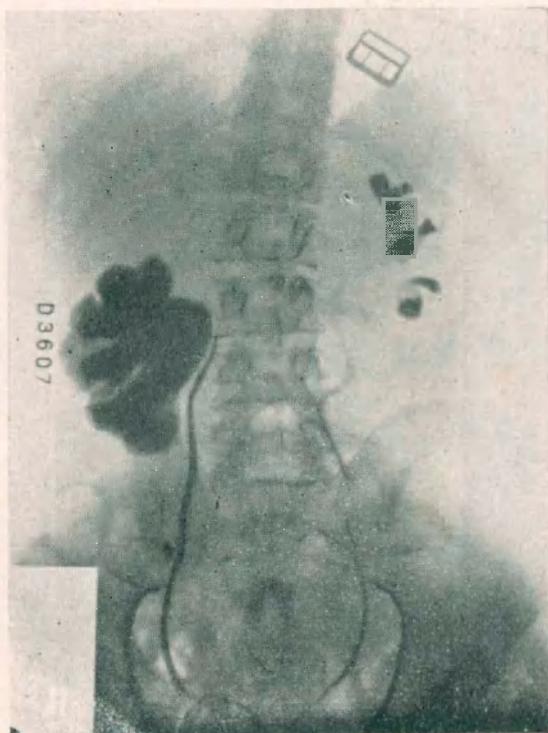
Otro proceso, descrito por uno de nosotros, "*Hidronefrosis funcional*", conduce irremediablemente al mismo error de diagnóstico, cuando es derecho. Aquí las cosas se presentan en forma tal que el error, si no se piensa en el proceso, es inevitable, ya que sus



Pequeña uronefrosis derecha. Error de diagnóstico apendicular.



Uronefrosis derecha con tiempo de evacuación retardado. Error de diagnóstico apendicular.

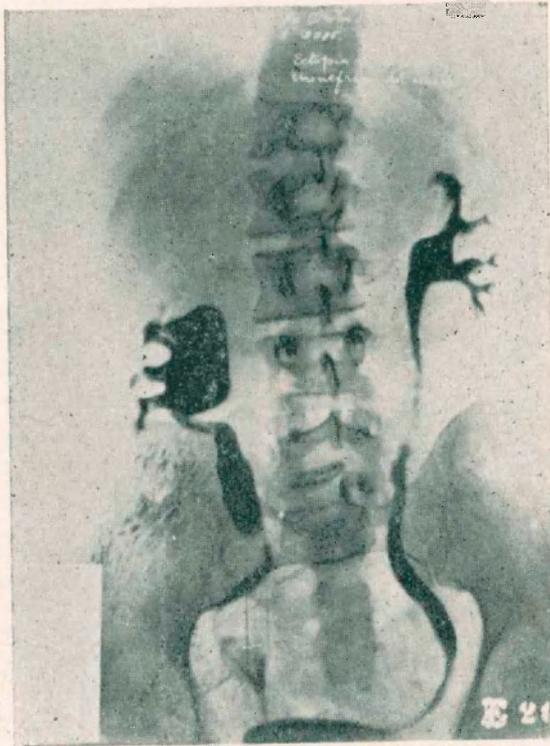


Uronefrosis derecha. Error de diagnóstico apendicular.



Falso apendicular. Gran uropionefrosis derecha.

síntomas y exámenes radiológicos se confunden. Sólo uno, el tipo de dolor y su forma de producirse, los diferencia. Nos referimos al cólico renal, que sólo se presenta en posición de pie y con motivo de algún esfuerzo y pasa, totalmente, en forma rápida. Así como la pielografía permite establecer el diagnóstico de pequeña hidronefrosis, en la hidronefrosis funcional, no sirve como elemento de diag-



Error de diagnóstico. Apendicectomía.
Ectopía renal derecha (uropioneurosis)

nóstico, ya que tanto las imágenes como el tiempo de evacuación de la pelvis renal, son normales.

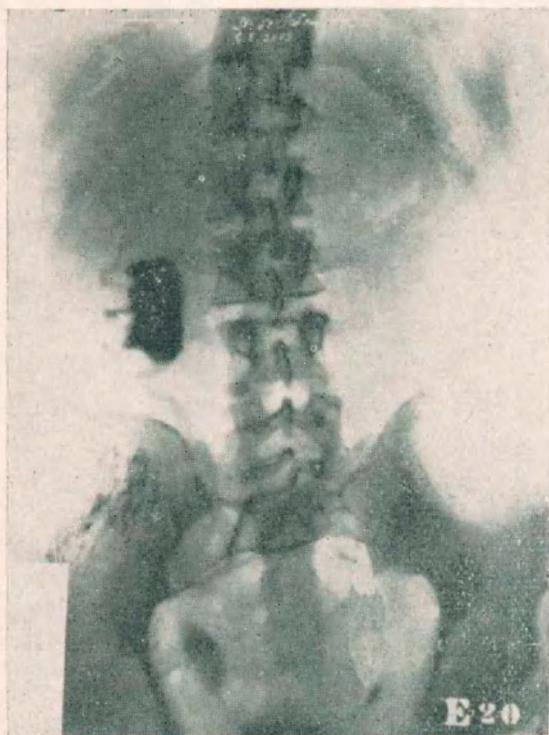
Seguramente que una pielografía durante el ataque doloroso sería de utilidad diagnóstica; pero en la práctica es casi irrealizable. El diagnóstico debe ser, por consiguiente, eminentemente clínico y fundarse en un meticuloso interrogatorio.

CON EL RIÑÓN MOVIL O ECTOPICO.

El riñón móvil, con o sin uronefrosis concomitante, en una crisis aguda dolorosa de retención, ha sido también a veces confundido con una apendicitis, en la mujer mucho más frecuentemente que en el hombre. En el Servicio de los hospitales Fernández y Al-

vear, hemos observado 13 casos de riñón móvil, que ingresaron ya apendicectomizados, sin que su sintomatología mejorase en lo más mínimo.

La naturaleza y la irradiación general del dolor, los reflejos urinarios vesicales, la temperatura normal, la palpación manual, en posición horizontal y de pie, una vez pasada la crisis dolorosa, se-



Ectopía renal derecha. Tiempo de evacuación retardado mayor de 10 minutos (es el mismo caso anterior)



Error de diagnóstico. Apendicectomía. Ectopía renal derecha con uronefrosis concomitante.

rán suficientes para evitar un error de diagnóstico. Sin embargo, en los obesos y con gran abdomen, se impondrá practicar, además, el examen radiográfico, con urografía, de excreción o bien por pielografía ascendente — tomada, si fuera posible, en las tres posiciones en que se mueve el riñón, horizontal, vertical y en Trendelenburg. De este modo, el diagnóstico resulta fácil. Observando los desplazamientos posibles del riñón y la extensión del uréter, se puede hacer el diagnóstico diferencial con las ectopias, siempre de uréter breve.

Si todavía medimos el tiempo de evacuación de la pelvis renal, sabremos el carácter urgente o no, del tratamiento por la forma de hacerse dicha evacuación, la cual normalmente, ya se ha dicho, debe ser de 5 a 8 minutos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA PIELITIS AGUDA SIMPLE Y DE LA GESTACIÓN.

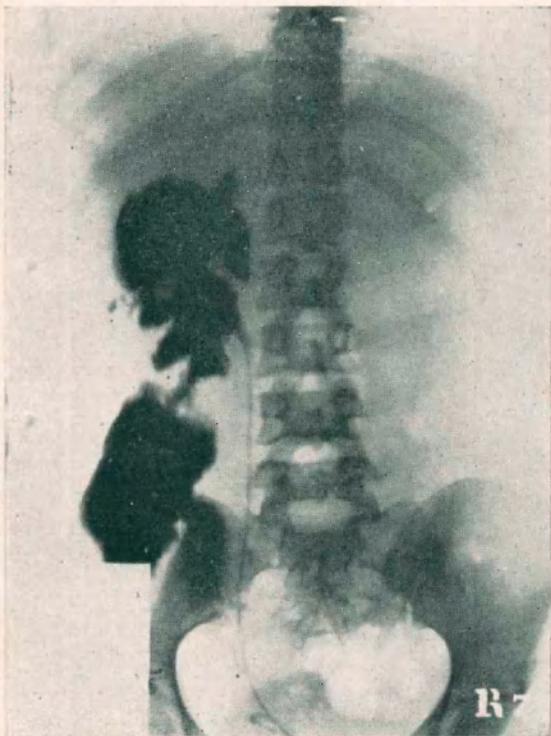
La confusión de una pielitis aguda derecha con una apendicitis es también de relativa frecuencia. El comienzo brusco, los escalofríos, la fiebre alta, las náuseas, los vómitos y la defensa de la pared abdominal, hacen explicable un error de diagnóstico, dada la mayor frecuencia de las pielitis del lado derecho. Para ponerse a cubierto de un error, convendrá practicar: un examen macroscópico de la orina recién emitida, en dos vasos, si se trata de un hombre y siempre por sondaje vesical en la mujer, orina que revelará una piuria más o menos franca en caso de pielitis acompañada por una flora microbiana: colibacilo, estafilococo, estreptococo, etc.: un examen somático de la fosa ilíaca y de la región lumbar, y se constatará, cuando se está frente a un proceso de pielitis aguda, que el dolor es lumbar y que la palpación renal, así como la cúbitopercusión a lo Murphy, es francamente dolorosa en la pielitis y que no es la fosa ilíaca derecha el sitio del dolor.

El método *exacto* del diagnóstico diferencial en la *pielitis de la gestación*, lo constituye sin duda, el *cateterismo ureteral*, si se tiene la precaución de que la sonda ureteral ascienda hasta unos 20 cm. de altura. Normalmente, en un riñón sano, el goteo que se establece a través de la sonda es rítmico y de varias gotas sucesivas de orina límpida, 5 a 8 por lo general, en cada eyaculación. En cambio, en la pielitis de la gestación, el goteo que se establece de inmediato es continuado y sin interrupción hasta evacuar varios o muchos c.c. de orina de aspecto turbio. Una vez terminado el goteo continuo, recién se establecen las eyaculaciones rítmicas. Si el dolor era debido a la retención, toda la sintomatología dolorosa desaparecerá casi inmediatamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA TUBERCULOSIS RENAL.

También ha sido confundida la tuberculosis renal con una apendicitis. Para evitar un error de diagnóstico, convendrá hacer un

examen minucioso de la orina recién emitida, macro y microscópico, que revelará una piuria, pues un riñón tuberculoso una vez que comienza a manifestarse por una piuria, ésta no cesa hasta que se practique su extirpación quirúrgica y acompaña al enfermo durante todo el resto de su vida si no se interviene; salvo, naturalmente, los raros casos de exclusión renal (autonefrectomía). Acompañando a



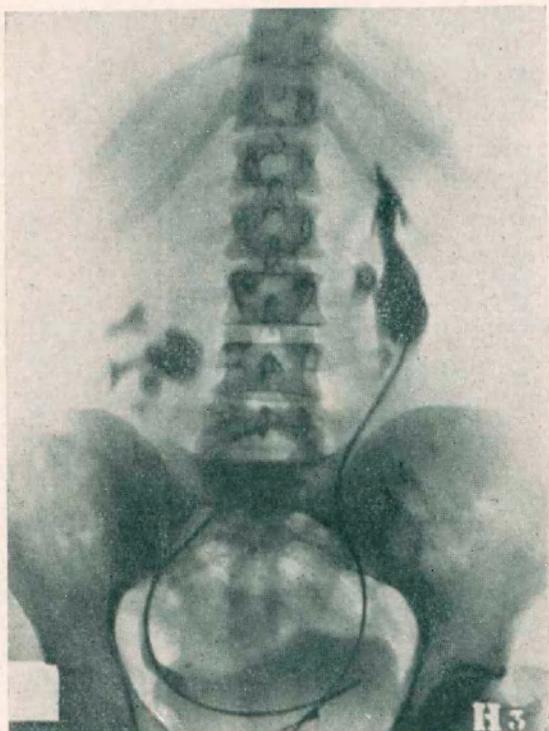
Error de diagnóstico. Apendicectomía. Tuberculosis renal. Fístula reno-cólica. El líquido de contraste ha pasado al ciego a través de la fístula.



El mismo caso anterior. El líquido de contraste ha llegado al colon descendente y al recto.

la piuria, se encontrarán siempre hematíes, es decir, hematurias microscópicas y con frecuencia grandes hematurias macroscópicas totales, junto con una albuminuria de 0.25 a 0.50 gr. ‰, y bacilos de Koch en la orina centrifugada, prolongadamente y añadido a estos datos, síntomas vesicales, los cuales son los que con mayor frecuencia conducen al enfermo hacia el médico, polaquiuria diurna y nocturna cada vez más intensa, dolor en la micción terminal, y, a veces, pseudocólicos renoureterales por el pasaje de grumos purulentos.

Por otra parte, la urografía por vía endovenosa nos dará importantes datos respecto al estudio de las fases de excreción, cuya característica, por una parte, es la disminución de intensidad de imagen, como se lo ha estudiado y demostrado repetidas veces en el Servicio de los Hospitales Fernández y Alvear, y por otra, que la lesión reside exclusivamente en los cálices renales y no en la pel-



Riñón en herradura con litiasis derecha.
Error de diagnóstico apendicular.

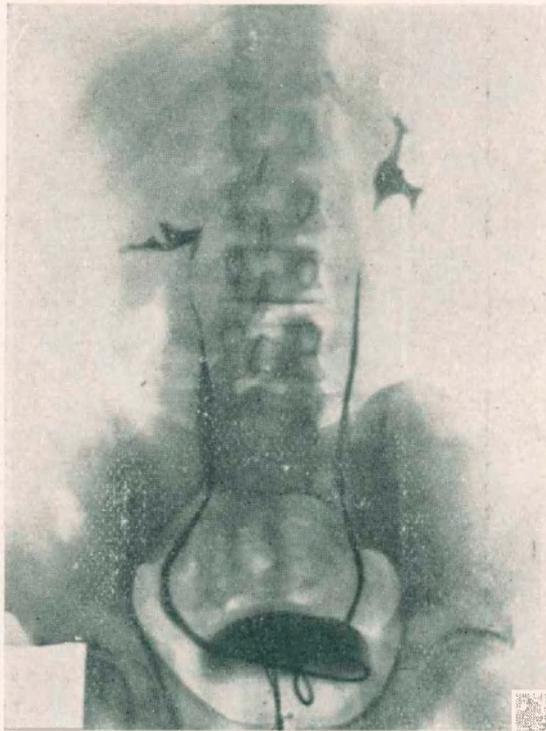
vis renal, dando los cálices esas imágenes agrandadas, de bordes irregulares, como si estuvieran "apolillados".

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL RIÑÓN EN HERRADURA

También ha sido confundido con una apendicitis alguna vez el riñón en herradura. La disposición anormal de las vías de excreción en esta anomalía congénita, le hace determinar fácilmente crisis dolorosas de retención o de litiasis. En nuestro Servicio, hemos observado un caso, que habiendo sido apendicectomizado previamente en otra parte, no había mejorado absolutamente con la intervención apendicular. La anomalía de posición, generalmente baja, que acompaña a esta malformación, hace que en las formas de-

rechas dolorosas, litiásicas, uronefríticas, etc., una crisis dolorosa pueda fácilmente ser confundida con un ataque apendicular.

La urografía de excreción, o bien la pielografía retrógrada, permite hacer un diagnóstico diferencial fácil, demostrable por la fusión de dos glándulas sobre la línea media, con sus pelvis renales hacia afuera y sus cálices mirando a la columna vertebral; el uré-



Error de diagnóstico. Apendicectomía.
Tumor de pelvis renal derecha.

ter, por otra parte, entra en la pelvis por el lado externo contrariamente a lo normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LOS TUMORES DEL RIÑÓN DERECHO.

Ya sean éstos malignos o formaciones quísticas de cualquier naturaleza, el tumor derecho se presta a ser confundido en sus formas dolorosas con los cuadros apendiculares o sus complicaciones (abscesos).

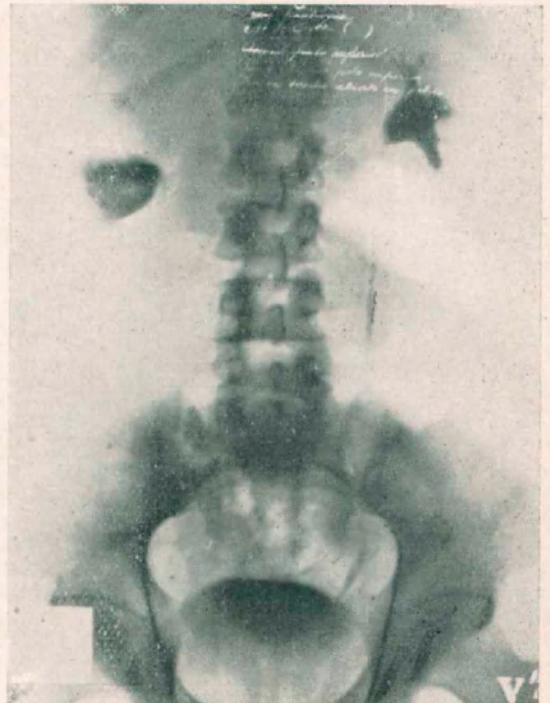
El diagnóstico clínico, cuando hay algún *reflejo urinario*, no suele ser difícil, ya que en general el dolor lumbar, su irradiación y sus reflejos son elementos que de inmediato hacen pensar en un proceso renal. Pero, cuando sólo hay tumor y dolor derecho, o sola-

mente dolor, se impone verificar el estado del riñón de ese lado por el cateterismo y la pielografía, cuyas imágenes típicas permiten hacer un diagnóstico diferencial de inmediato. Las imágenes son características en el *tumor renal* o de la *pelvis*: faltas de relleno, imágenes lacunares, o bien irregularidades en la forma de la pelvis renal.

En los *quistes serosos* un alargamiento y achatamiento de los cálices es por ahora, el signo pielográfico de mayor valor. En cambio, en el *quiste hidático cerrado*, el signo radiológico, lo constituye



Error de diagnóstico. Apendicectomía.
Riñón poliquístico.



Error de diagnóstico. Apendicectomía.
Quiste hidático de riñón derecho.

la amputación del cáliz o de los cálices correspondientes; en cambio, en el *quiste hidático abierto*, la imagen es como la cerrada o puede llegar a confundirse con la de una uronefrosis.

En el *riñón poliquístico*, a predominio derecho, también la imagen radiográfica permite hacer de inmediato, el diagnóstico diferencial, caracterizado por agrandamiento enorme y regular de la glándula y de todas sus vías de excreción (cálices secundarios, primarios y pelvis renal). Además, el hecho de la bilateralidad de la lesión, hace que el diagnóstico resulte indudable.

En conclusión:

En todo síndrome apendicular acompañado de síntomas urinarios, convendrá examinar minuciosamente el árbol urinario para evitar, en lo posible, errores de diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARRAN ET HEITZ-BOYER: "Procédée simple pour la recherche du sang dans les urines". Presse Med. 1909.
- ANSCHÜTZ W.: "Hematurie comme complication de l'appendicite". Beitrag z. kl. Ch. Bd. CXV.
- ANSCHÜTZ W.: "Sur l'hématurie et la néphrite dans l'appendicite". Münch. Med. Woch. 1922.
- ARNAL: "Les complications urinaires dans l'appendicite". Thèse Montpellier, p. 1912-1913.
- ASCOLI MANFREDO: "Sobre la cuestión de la hematuria en apendicitis". Policlínico, año 32 (1925), 385 y sig.
- ASHBURST Y WOODSEN: "Hematurie et appendicite". J. of Amer. Med. 1922.
- BECKE VON DER A.: "Hämaturie u. Appendizitis". Zeitschr. f. Urol. Leipzig, 1922, XVI, 50-55.
- BECKE VON DER A.: "Handbuch der Urologie", 1927. Lichtenberg, Voelcker y Wildbolz, T. IV.
- BENETON: "Contribution a l'étude des appendicitis pelviennes suppurés". Thèse Paris 1927.
- BERARD ET VIGNARD: "Appendicitite toxique", Lyon chirurgical. 1912.
- BERRI HECTOR: "Procesos renoureterales en falsos apendiculares". Rev. Arg. de Urología, 1935.
- PROF. BORCHARDT: Med. Klin, 1932, N° 49/51.
- BOUCHESEIGHE: Thèse Paris. 1904.
- BRACK E.: "Anatomische Untersuchungen über den menschlichen Penis, über sein Wachstum und seine Alterserscheinungen". Zeitschr. f. Urol. Chir. Bd. 15 - 163.
- BRICKNER: "Observations d'appendicite avec hématurie". Amer. Journal of Surgery. 1910.
- BROCA ET WEIL: "Appendicite hémorragique". Presse Médicale. 1908.
- BROWN: "Hematurie legeres". Amer. Jour. Assoc. 1910.
- BURROUCH: "Coseus". The Lancet. 13 novembre 1909, p. 1469.
- CAILLET: These Paris, 1912.
- CAILLET: "Complications vésicales au cours de l'appendicite". Paris, 1912.
- CARLES: "Manual of Surgery" (avec Rose). 1905. The Lancet, 20 november 1909.
- CARLIER ET LEROY: "Les hématuries au cours de l'appendicite". Prov. Med. 1914.
- CASTAIGNE: "Les néphrites hematuriques aiguës". Manuel de Mal. des reins.
- CASTAIGNE: "La néphrite d'origine pharyngée". (idem).
- CASTELLI: "Complications rénales de l'appendicite". Annales des Maladies des organes genito urinaires, 1904, p. 1363.

- CHAPUT: Société de Chirurgie de Paris. 1902.
- CHEINISSE: "Appendicite fautôme". Semaine médicale. N° 1. Janvier 1910.
- CICERI C.: "Colibaciluria e infección colibacilar del aparato urinario, de origen apendicular". Arch. ital. di Urol. 1933.
- COPE: "Genito-urinary symptoms in acute appendicitis". Proc. Roy. Soc. Med. Lond. 1921-22. XV. Sect. Urol. 1-3.
- DAILEY U. G. Y GRANT W. S.: "Deferentitis y espermatocistitis simulando apendicitis". Med. Journ. a. record. 119.
- DAIMEN MASSON: Thèse Paris. 1898.
- DECOUSSER R.: "Contribution á l'étude des hematuries au cours de l'appendicite". Thèse Paris. 1919.
- DUVAL: Société de Médecine de Rouen 1912. Province Medicale, 30 novembre 1912.
- ELISCHER ERNO: "Apendicitis con sintomas de litiasis renal".
- FAYOLLE J.: Thèse Lyon. 1913-1914.
- FINOGHIARO DE MEO: "Phénomènes reflexes de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite". Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1909. t. I, p. 318.
- FLANDRIN PAUL: "Complications de l'appendicite cronique". Thèse. Paris. 1922.
- FORBES HAWKES: Annales of Surgery. 1906.
- FRATTINI G.: "Apendicitis y nefritis". Arch. ital. di chir. 17.
- V. FRISCH: Wien. klin. Woch. 1911. N° 1.
- V. FRISCH: "Hematurie bei Appendizitis". z. I. Urol. 1912.
- FRONTICELLI E.: "Hematuria en la apendicitis aguda". Policlinico 34-275
- GERBER: "Contribution a l'étude des hematuries au cours de l'appendicite". Thèse. Paris. 1919.
- GOUGET: "Hematurie de voisinage". Presse médicale. 15 Juin 1912. N° 49.
- GUYONNEAU A.: "Des troubles urinaires dans l'appendicite". Thèse. Bordeaux. 1912.
- GUERCHOUX ANDRE J.: "Etude clinique des troubles vesicaux et renaux au cours de l'appendicite". Thèse. Paris. 1929.
- HAMMERSLEY: New Zealand medical journal. 3 août 1909.
- HEITZ-BOYER: Néphrites et pyelonephrites d'origine intestinales; syndrome enterorenal. Bull. et memoires de la Soc. med. des hopitaux de Paris. 1919.
- HOFFMANN: "Retención de orina en un niño, debido a un absceso apendicular". Lancet, 778. 1932.
- HUNNER: "Crises douloureuses á droite accompagnées d'hematuries appendice adherent á l'uretère". Journ. amer. Med. Assoc. 1908.
- HUNNER: Von Bruine: cités par v. Frisch (ibid).
- IVES MARTIN: "L'hematurie dans l'appendicite". Thèse. Bordeaux 1913.
- JAY: "L'abcés pelvien au cours de l'appendicite aiguë". Thèse. Paris. 1921.
- JEANSELME: "Néphrite aiguë hémorragique par B. Coli". Annales des maladies. 1893, p. 618.
- KREUTZMANN HENRY A. R.: "Relación del apéndice con el riñón derecho y el

- uréter". Ann. of. Surg. Tomo 81, 518/21.
- LAROCHE GUY: "Las formas urinarias de la apendicitis crónica". Paris Méd. Año 14. 109-112. 1924.
- LAQUIERE: "Relation du rein droit et de l'appareil urinaire su point de vue pathologique". Journal urologie. 1926, p. 97 et 212.
- LANCIEN: Thèse Paris. 1902.
- LENI E.: "Apendicitis hematórica". Margagni 75.
- LEQUEN: Clinique de Necker (sur hydronephrose et appendicite).
- V. LICHTENBERG A.: Handbuch der Urologie. 1926.
- Mc. KISSOCK W.: "Las hematurias en la apendicitis". Lancet. 22, 12. 1934.
- NOVE-LOSSERAND E FAYOL H.: "Contribution a l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite". Journ. d'urologie. 1914.
- NARAT J. K.: Amer. J. Surg. Julio 1932.
- ODDO: Societé de Chirurgie de Paris. 1908. Rapport sur l'appendicite chronique avec Walther. Congrès français de Chirurgie. Paris. Octobre 1908.
- PFLAUMER E.: Der Ureterstein als selbständige Krankheit. 1929.
- PIERROT ALBERT: "Hématuries et troubles intestinales". Thèse Strasbourg. 1927.
- PROCHNOW F.: "Hematoma perirrenal diagnosticado erróneamente como apendicitis aguda". Arch. f. kl. Chir. 1933. Budapest.
- QUEVEDO ANGEL: "Cálculo de pelvis renal tratado erróneamente por apendicitis. pielotomía posterior". Méjico. 10. 7/35.
- RAVAULT P.: "Nefritis albuminúrica con síntomas de apendicitis crónica. curada después de la apendicectomía". Lyon Méd. 4. 6. 33.
- REYMOND: "Cystite par propagation". Annales des maladies des organes génito-urinaires. Mai et Juin 1893.
- SALLERAS: "Las pequeñas uronefrosis dolorosas". Rev. Arg. de Urologia.
- SALLERAS: "Riñón en herradura. diagnóstico pielográfico".
- SALLERAS: "Consideraciones sobre 135 casos de litiasis reno-ureteral".
- SALLERAS: "Uronefrosis funcional". (Rev. Arg. Urología).
- SALLERAS: "Uronefrosis derecha y apendicitis". La Semana Médica. N° 35. 1932.
- SCHUMACHER P.: "Diagnóstico diferencial entre apendicitis. retención ureteral dolorosa y pielitis de la gestación". Zeitschr. f. Gynec. 56. 1932.
- SCHNITZLER: Societé Imp. Rog. des Médecins de Vienne. 1909.
- SEELIG: Surgery. Gynec. and Obst. Octubre 1908.
- SEELIG: "L'hématurie comme complication de l'appendicite". 1909.
- SILHOL: *Marseille Medical*. 1904.
- TIXIER ET MAIRE: "Hydronephrose et appendicite". Societé des Sciences médicales. Lyon. 1909. 12 mai.
- TORMEY T. Y A.: "Hématurie et appendicite". Jour. of. amer. méd. Assoc. 1923.
- TUFFIER: "Absces prévésicaux par appendicite". S. médicale. Décembre 1894.
- VILAR: "Hématuria y apendicitis". 1933. Rev. Arg. de Urol.
- WALTHER: "Rapport sur l'appendicite chronique". Congrès français de Chirurgie. Paris. 1908.