

Hospital Alvear. Servicio de Urología.
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

PERIURETERITIS ADHESIVA POR PERITONITIS PLASTICA APENDICULAR

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y FERNANDO J. MARQUEZ

En algunas oportunidades, pocas por cierto, se nos plantean consultas respecto al diagnóstico diferencial entre un cólico renal derecho y una apendicitis, habitualmente solicitadas por el clínico y raramente por el cirujano, con el objeto de solucionar un problema quirúrgico.

Esto nos sucedió hace pocos meses cuando un distinguido clínico de nuestro hospital nos solicitó consulta por un enfermo que para él era un cólico renal derecho y para el cirujano una apendicitis subaguda que debía ser intervenida.

Se trataba del enfermo M. S. de 32 años, soltero, que había presentado en varias oportunidades dolor lumbar derecho que se irradiaba a la fosa ilíaca de ese lado, acompañado de polaquiuria cada hora, principalmente en la posición de pie, pero que en otras oportunidades se iniciaba en la fosa ilíaca y se irradiaba a veces a la región lumbar y otras al ombligo y epigastrio.

El examen clínico urológico nos revela un enfermo con micción fácil, chorro grueso con buena proyección y orinas límpidas. La exploración de la uretra no recoge sensación de anillos al explorador N° 18, ni presenta retención vesical.

Al examen de ambas fosas renales encontramos solamente el punto ureteral derecho medio, doloroso, no palpándose los riñones. La próstata y las vesículas seminales son perfectamente normales, lo mismo que los testículos, epididimos y cordones.

Se aconseja hacer radiografía simple y urograma excretor encontrando en este estudio sólo discreta atonia ureteropielica derecha, por lo que se decide completar practicando una pielografía ascendente de ese lado. En ella encontra-

mos que el cateter, que no fué posible introducirlo en el uréter derecho más allá de los 10 ó 12 cms., estaba detenido por una acodadura en ángulo recto situada a nivel de la primera vértebra sacra y por encima de ella, una discreta ureterectasia con hidronefrosis y sin gran movilidad renal.

No nos satisfizo el examen efectuado y entonces creímos conveniente hacer una nueva ureteropielografía pero a lo Chevassu, encontrando ahora la acodadura citada mucho más nítida y cuyo ángulo llega a menos de un centímetro de la línea media, sobre el cuerpo de la primera vértebra sacra.

El interrogatorio del enfermo, en el momento de hacer la pielografía nos reveló, que al comienzo de la inyección de yoduro era el mismo que sentía habitualmente en la fosa iliaca y que luego se transformó en el que sentía en la región lumbar.

Se decide intervenir quirúrgicamente con el diagnóstico de acodadura de uréter derecho por proceso inflamatorio paraureteral.

Se efectúa una incisión que parte de la línea axilar posterior, a dos traveses de dedo por encima del coxal y llega hasta la altura del orificio inguinal interno. Se divulsiona el oblicuo mayor, el menor y el transversal, ampliando el campo con la sección de la vaina del recto anterior del abdomen en una extensión de 3 cms. Continuamos con la reclinación del peritoneo parietal e investigamos el uréter encontrándolo por dentro de la arteria iliaca primitiva, haciendo un ángulo, fijo por sinequias fibrosas, al peritoneo parietal posterior. Es incide éste y se observa el apéndice discretamente engrosado, adherido a la serosa peritoneal y a través de ella al uréter.

La disposición del apéndice es la de un retrocecal que presenta un pequeño meso en su borde libre y una gruesa membrana fibrosa que lo fija a la cara posterior del ciego y que hace masa común con la fibrosis que rodea al uréter, constituyendo un conglomerado cecoapendiculoureteral. El extremo del apéndice está libre en la cavidad peritoneal en una extensión de unos 3 cms.

Se procede a liberar al uréter primero y luego se liga el meso apéndice y se efectúa apendicectomía retrógrada con jareta, dejando 4 grs. de sulfamida intraperitoneal. e practica sutura continua del peritoneo y se cierra pared en tres planos, previa sutura con puntos en X de la vaina del recto anterior del abdomen y dejando drenaje de goma.

La evolución post-operatoria fué normal, a los 4 días se quita el drenaje y a los 10 días se da de alta.

Al mes efectuamos el control ureteropielográfico, según la técnica de Chevassu, constatando la desaparición de la acodadura ureteral y la visible recuperación de la dilatación ureteropielocalicial, lo que se acompaña de la desaparición de las molestias que aquejaban al enfermo.

CONSIDERACIONES

Es raro que se nos consulte respecto a un cuadro como el descripto, pues habitualmente se decide por la apendicectomía con la esperanza y casi seguridad que el cuadro clínico presentado por el enfermo desaparezca luego de la intervención; y es raro también que el clínico y el cirujano tengan razón con diagnósticos diferentes sobre el mismo cuadro clínico.

Sin embargo, todos los cirujanos urológicos tenemos cierta experiencia en las cicatrices de la fosa ilíaca derecha en los renales de ese lado, que muchas veces deben ser intervenidos quirúrgicamente por procesos ureterales o plásticos renales debido a que la sintomatología preoperatoria no se ha modificado con la apendicectomía o que aún a veces se ha exacerbado después de ella.

Creemos pues, que la posición anatómica del apéndice puede provocar, como en este caso, un cuadro clínico que es una simbiosis renoapendicular, lo que ocasionará serias dudas diagnósticas a un clínico cuidadoso en sus exámenes semiológicos y rígido en sus diagnósticos diferenciales y el urólogo debe agotar ante un problema como éste, el estudio clínico y radiográfico del aparato urinario.

DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — He sido llamado a consulta por un cirujano. Se trataba de un paciente que tenía una radiografía del tractus intestinal con toda la sintomatología de una afección apendicular, y un cálculo en el riñón derecho.

Es indudable que a pesar de que haya la posibilidad de la existencia de un trastorno ureteral, se impone tratamiento quirúrgico de la apendicitis, tratándola como foco séptico.

A pesar de la investigación tan interesante que han hecho los colegas, se impone el tratamiento quirúrgico del apéndice, evitando así la posibilidad de un trastorno piélico-ureteral.

Dr. Márquez. — Estamos de acuerdo con lo que dice el doctor Rebaudi, en el sentido de que la extirpación del apéndice es lo indicado en estos casos. Comentamos en nuestra comunicación la unión de la sintomatología renal y apendicular en un paciente que vimos en frío.

Entendemos que es necesario efectuar la apendicectomía en cualquier renal, ya que consideramos que existe mayor riesgo dejar la apendicitis que operarla preventivamente.
