

CASO CLÍNICO

UROPATÍA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A APENDICITIS PERFORADA

OBSTRUCTIVE UROPATHY SECONDARY TO PERFORATED APPENDICITIS

Moyano Portillo Á, Garrido Márquez I, Fernández Navarro L

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Existen publicaciones en la literatura en las que la presentación clínica “clásica” de apendicitis se ha visto acompañada de una dilatación de la vía urinaria. La razón a esta situación es la inflamación periapendicular que se produce en algunas apendicitis que por vecindad puede englobar la vía urinaria y producir su obstrucción. El uréter más comúnmente implicado es el derecho por su localización anatómica, aunque existen algunos casos descritos de hidronefrosis bilateral secundaria.

El tratamiento es quirúrgico mediante exéresis del apéndice, necesitando en contadas ocasiones de una derivación urinaria tipo nefrostomía o catéter doble J que alivie la presión en la vía urinaria.

Los médicos debemos de ser conscientes de la hidronefrosis como una complicación atípica de la apendicitis aguda, especialmente cuando se presenten los signos clásicos de apendicitis junto a dolor en fosa renal y dilatación de la vía urinaria en los estudios de imagen.

Palabras clave: apendicitis aguda, uropatía obstructiva, hidronefrosis, ecografía, tomografía computarizada.

Abstract

There are publications in the literature in which the “classic” clinical presentation of appendicitis has been accompanied by a dilation of the urinary tract. The reason for this situation is the periappendicular inflammation that occurs in some appendicitis that by neighborhood can encompass the urinary tract and cause its obstruction. The ureter most likely involved is the right one due to its anatomical location, although there are some reported cases of secondary bilateral hydronephrosis.

Treatment is surgical by means of exeresis of the appendix, rarely requiring a urinary derivation type nephrostomy or double J catheter to relieve pressure in the urinary tract.

CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez
Hospital Universitario Clínico
18016 Granada
igamar26@gmail.com

Fecha de envío: 22/04/2021

Fecha de aceptación: 19/08/2021

Doctors must be aware of hydronephrosis as an atypical complication of acute appendicitis, especially when the classic signs of appendicitis are present along with pain in the renal fossa and dilatation of the urinary tract in imaging studies.

Keywords: acute appendicitis, obstructive uropathy, hydronephrosis, ultrasound, computed tomography.

Introducción

La patología abdominal de urgencias es amplísima, siendo la que principalmente suele dominar las guardias de Radiodiagnóstico. Entre sus múltiples causas, el abdomen agudo es, quizás, la causa más frecuente de peticiones de pruebas de imagen a nuestro servicio desde el área de Urgencias. La apendicitis aguda destaca como una de las principales etiologías de abdomen agudo, la cual puede transcurrir sin complicaciones, o bien presentar otras alteraciones asociadas tales como la que presentamos a continuación.

Caso Clínico

Presentamos a una mujer de 54 años que acudió a Urgencias por dolor en fosa renal e iliaca derechas con fiebre de 38,2°C, aumento de reactantes de fase aguda (PCR de 173 mg/l), leucocitosis de 13000 con desviación izquierda del 77% y orina con presencia de hematíes.

Ante la sospecha de abdomen agudo, se realizó inicialmente una ecografía de abdomen en la que únicamente destacó una moderada hidronefrosis derecha (Figura 1A) con tamaño de la pelvis renal en eje axial de 41 mm (Figura 1B). Se decidió completar con una TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal para visualizar la causa obstructiva, observando dilatación del uréter y sistema pielocalicial derecho (Figura 2A) junto a un apéndice aumentado de grosor con presencia de una colección en vecindad (Figura 2B) que producía ectasia de la vía urinaria por contigüidad (Figura 2C).

La paciente fue diagnosticada de apendicitis evolucionada con absceso que, por la reacción inflamatoria circundante, producía uropatía obstructiva derecha en grado moderado.

Se realizó apendicectomía y disección del plastrón circundante con lavado del líquido libre en vecindad, de aspecto purulento. La Anatomía Patológica confirmó la presencia de un gran plastrón inflamatorio seroso crónico con fenómenos de agudización supurada y abscesificación, con origen intrínseco en una apendicitis aguda supurada.



Figura 1

Ecografía de abdomen en la que se observa moderada dilatación pielocalicial renal derecha (A), con diámetro de la pelvis renal de 41 mm (B). Estos hallazgos están en relación con moderada hidronefrosis, probablemente obstructiva.

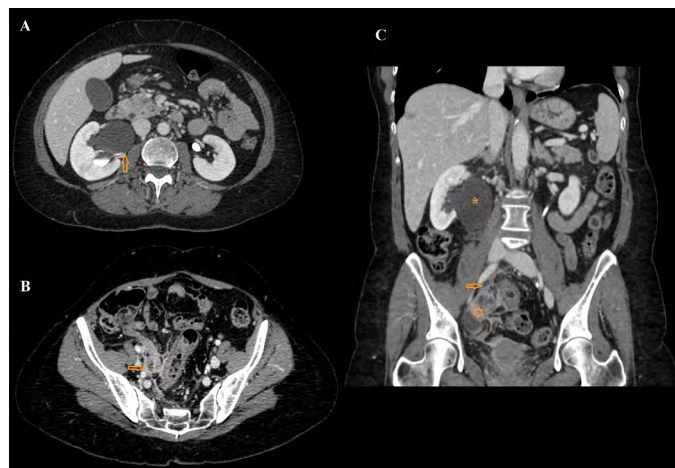


Figura 2

TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso en fase portal en la que se observa: A: Dilatación de pelvis y cálices renales derechos. B: Apéndice aumentado de tamaño con colección en su punta y cambios inflamatorios en vecindad. C: Reconstrucción coronal con dilatación pielocalicial (asterisco), absceso periapendicular (estrella) y uréter previo a su estenosis por los marcados cambios inflamatorios (flecha).

Discusión

El dolor abdominal agudo representa el 7-10% de todos los accesos al servicio de urgencias¹. En concreto, la apendicitis aguda se considera una de las causas más comunes de dolor abdominal que lleva a los pacientes a acudir a este servicio, con un riesgo de aparición estimado del 8,6% para los hombres y del 6,7% para las mujeres². Su incidencia ha ido disminuyendo de manera constante desde finales de la década de 1940, ocurriendo en los países desarrollados con una tasa de 5,7 a 50 pacientes por 100.000 habitantes por año, con un pico entre las edades de 10 y 30 años¹.

En relación a sus posibles complicaciones, la más relevante es la perforación, cuya tasa varía del 16% al 40%, con mayor frecuencia en grupos de edad más jóvenes (40–57%) y en pacientes mayores de 50 años (55-70%)¹. La perforación apendicular se asocia a mayor morbilidad y mortalidad, de aproximadamente el 5%¹ en este último caso.

Otra posible complicación, que es la que nos concierne en este caso clínico, es la dilatación de la vía urinaria por contigüidad o hidronefrosis, que se define como la distensión de los cálices renales y la pelvis como resultado de una obstrucción de la salida de orina distal a la pelvis renal. Es relativamente infrecuente, apareciendo en un 3,5% de los casos².

La patogénesis exacta de la hidronefrosis secundaria a apendicitis aguda no está completamente clara, aunque parece que el principal factor patogénico es la inflamación periapendicular debida a la adyacencia, por lo que el sitio más comúnmente afectado es el uréter derecho, dado que es una estructura anatómica próxima al apéndice vermiforme³. Esta etiología sospechada es aún más intuitiva cuando el apéndice es retrocecal y se encuentra mucho más cerca del uréter derecho. Sin embargo, también se han demostrado raros casos de hidronefrosis bilateral⁴.

Mención especial habría que hacer a la hidronefrosis del embarazo, que ocurre entre un 70-90% de las pacientes en el tercer trimestre y más frecuente en el lado derecho. Se debe a una combinación de mecanismos de obstrucción de un útero agrandado y relajación del músculo liso del sistema colector urinario debido a la influencia de la progesterona. De hecho, hay estudios en los que casi el 50% de los pacientes de la cohorte con hidronefrosis derecha y apendicitis aguda fueron mujeres embarazadas².

La clínica de presentación es muy variable y no siempre aparecen los clásicos signos de Blumberg positivo, diarrea o dolor localizado en fosa ilíaca derecha. En ocasiones, el único síntoma es una retención urinaria, que puede provocar un retraso en el diagnóstico, siendo un dato poco común en niños y especialmente en los jóvenes⁵. Otros posibles síntomas son cólico renal o ureteral, sensibilidad costovertebral, frecuencia, disuria y anuria². Las manifestaciones de la apendicitis aguda en el tracto urinario inferior pueden sugerir falsamente cistitis, una masa vesical o prostatitis. Los hombres pueden tener dolor en el escroto, mientras que las mujeres que tienen apendicitis aguda asociada a sensibilidad al movimiento cervical y dolor o masas anexiales, podría sugerir torsión ovárica².

El análisis de orina anormal puede aparecer hasta en un 48% de los pacientes con hematuria, piuria y albuminuria².

El diagnóstico mediante pruebas de imagen suele comenzar con una ecografía abdominal, que presenta una sensibilidad del 86,7% y una especificidad del 90%⁶. Si mediante ecografía no se consiguen visualizar los hallazgos típicos de esta patología y la sospecha es muy alta, se realizará una TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal, que es más precisa en el diagnóstico tanto de la apendicitis como de la hidronefrosis secundaria.

El tratamiento es quirúrgico mediante apendicectomía o exéresis del apéndice mediante laparoscopia, necesitando en contadas ocasiones de una derivación urinaria tipo nefrostomía o catéter doble J que alivie la presión en la vía urinaria, sobre todo en pacientes que por su estado o grado de evolución de la apendicitis requieran de un abordaje diferente.

Como conclusión, los médicos debemos conocer que la hidronefrosis se puede presentar como complicación de una apendicitis aguda atípica, especialmente si la presentación de la uropatía obstructiva también es "no clásica" debido a que no se encuentre una litiasis que condicione la obstrucción. Es por esto, que en estos casos de sospecha, la TC abdominopélvica con contraste será la prueba de imagen más indicada para su diagnóstico definitivo^{4,6}.

Bibliografía

1. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* 2020;15:27.
2. Goldberg H, Bachar GN, Majadla R, Yossepowitch O, Baniel J, Ram E. How Prevalent is Hydronephrosis Secondary to Acute Appendicitis: A Cross-Sectional Study. *Isr Med Assoc J*. 2018;20(3):141-144.
3. Khallouk A, Ahallal Y, Ahsaini M, Elfassi MJ, Farih MH. Appendiceal abscess revealed by right renal colic and hydronephrosis. *Reviews in Urology*. 2011;13(1):53-5.
4. Rodríguez E, Pombo F, Martín R. Left obstructive uropathy as a form of presentation of acute appendicitis in a patient with intestinal malrotation. *J Ultrasound Med*. 1994;13(4):313-4.
5. Preece J, Beverley D. Acute urinary retention: an unusual presentation of acute appendicitis in a 3 year old boy. *Archives of Disease in Childhood*. 2001;84(3):269.
6. Gachabayov M. Obstructive Uropathy Secondary to Missed Acute Appendicitis. *Case Rep Surg*. 2016; 2016:4641974.