



Síntomas genitourinarios en la apendicitis aguda

E. Ballesteros Moya^a, A. Calle Gómez^a, J. Martín Sánchez^b

^aMIR-Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Publicado en Internet:
18-diciembre-2013

Estefanía Ballesteros Moya
estefania0687@hotmail.com

Resumen

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en Pediatría. En la mayoría de las ocasiones, una adecuada anamnesis y una exploración física exhaustiva permiten sospecharla con facilidad, debido a lo típico de su presentación. Sin embargo, en algunas ocasiones la presencia de síntomas y signos inusuales como manifestación principal, por ejemplo los relacionados con el aparato genitourinario, pueden retrasar el diagnóstico y dar lugar a la aparición de complicaciones. Presentamos el caso de un niño de 13 años en el que la presentación atípica de apendicitis aguda llevó a un tratamiento inicial inadecuado y a un retraso en el diagnóstico.

Palabras clave:
• Apendicitis

Genitourinary symptoms in acute appendicitis

Abstract

Acute appendicitis is the most common surgical emergency in children. In most cases an adequate medical history and physical examination allows an easy diagnosis. However, sometimes the presence of unusual symptoms and signs as the main manifestation, for example those related to the genitourinary tract, may delay diagnosis leading to the development of complications. We report the case of a 13 year old boy in whom the atypical presentation of acute appendicitis led to inadequate initial treatment and a delay in diagnosis.

Key words:
• Appendicitis

CASO CLÍNICO

Niño de 13 años sin antecedentes personales de interés. Como antecedente familiar relevante destacaba un hermano fallecido por tumor de Wilms. Consultó por síntomas miccionales (disuria, poliuria) sin otra sintomatología. La tira reactiva de orina fue negativa. Se inició tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol hasta obtener el resultado del urocultivo, que fue informado como esté-

ril. Ante la ausencia de mejoría tras una semana, acudió al Servicio de Urgencias. En la anamnesis asociaba síntomas miccionales y anuria de 18 horas de evolución, junto con dolor abdominal localizado en el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha. No refería antecedentes de cirugías, ni fiebre desde el inicio del cuadro. En la exploración, presentaba buen estado general sin signos de deshidratación, y constantes dentro de los valores normales. La auscultación cardiopulmonar fue normal. En cuan-

Cómo citar este artículo: Ballesteros Moya E, Calle Gómez A, Martín Sánchez J. Síntomas genitourinarios en la apendicitis aguda. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:338.e161-e163.

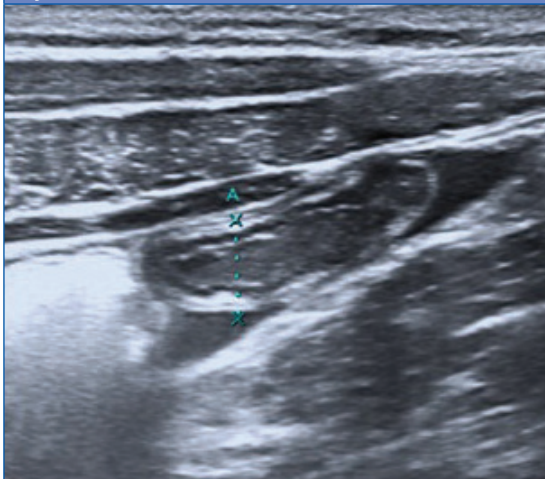
to a la exploración abdominal, la palpación resultaba dolorosa a nivel del hipogastrio y la fosa ilíaca derecha, con signos locales de irritación peritoneal. No presentaba globo vesical. El resto de la exploración no mostraba hallazgos relevantes.

Las pruebas analíticas no mostraban hallazgos de interés: leucocitos 5400 μ l, neutrófilos 2370 μ l (44%), hemoglobina 13,9 mg/dl, proteína C reactiva <2,9 mg/l. Se realizó una radiografía abdominal, que no mostró alteraciones, y una ecografía abdominal sin hallazgos en la vía urinaria, con vejiga prácticamente vacía.

Sin embargo, se visualizó un apéndice engrosado de 8 mm con líquido libre periapendicular y engrosamiento de la grasa adyacente (Fig. 1); hallazgos compatibles con apendicitis aguda.

Se realizó infusión de fluidos intravenosos en régimen de expansión, obteniendo una diuresis adecuada en poco tiempo. Dado el diagnóstico de apendicitis aguda, fue intervenido bajo anestesia general identificándose apendicitis flemonosa y realizándose apendicectomía. La evolución posterior fue favorable, sin que se produjeran complicaciones postoperatorias.

Figura 1. Ecografía abdominal: se visualiza un apéndice engrosado de 8 mm con líquido libre periapendicular y engrosamiento de la grasa adyacente



COMENTARIOS

Ante un paciente que consulta por síntomas miccionales con tira reactiva de orina negativa se debe ser minucioso en la anamnesis y en la exploración física¹, ya que no siempre nos encontramos ante una infección urinaria. En este caso en particular la aparición de anuria en la evolución clínica nos ayuda en la orientación diagnóstica. Entre los datos que debemos recoger para orientar el diagnóstico se encuentran toma de fármacos, cirugías previas, patología de base, estreñimiento habitual, antecedentes de traumatismo y disminución de la ingesta de líquidos, entre otros².

En cuanto a la exploración física, es importante la palpación abdominal buscando la presencia de globo vesical (que nos define la retención urinaria) o de masas (fecaloma, tumores...), así como la exploración de los genitales externos, el tacto rectal y la exploración neurológica, especialmente en relación con la médula espinal baja³.

La primera prueba que se debe realizar a un paciente estable que no realiza micción es la ecografía, ya que es la que nos define la actitud que habremos de adoptar. Ante una vejiga llena se plantearía el sondaje como procedimiento terapéutico de primera línea⁴, y si se encuentra vejiga vacía habrá que pensar en causas de oligoanuria, siendo la falta de líquidos el problema más frecuente (y por tanto el más probable), como sucedía en nuestro paciente.

Una vez resuelto el episodio agudo, se debe buscar la etiología donde, de nuevo, la anamnesis y la exploración tienen una importancia crucial para orientar el diagnóstico. Entre las causas más frecuentes a descartar encontramos infección urinaria, estreñimiento, litiasis, traumatismos y patología abdominal aguda^{4,5}.

En nuestro caso se trataba de un adolescente, y es frecuente que a esta edad se quejen poco del dolor, lo cual supone un peligro añadido para el abdomen agudo. En el caso que se plantea, el paciente presentaba síntomas miccionales iniciales sin otra

sintomatología. Posteriormente, aparecieron dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, por lo que las pruebas fueron encaminadas a descartar una masa que irritaba la pared posteroinferior de la vejiga, probablemente un plastrón apendicular⁶.

Resulta interesante hacer hincapié en que, ante un paciente con claro síndrome miccional, con frecuencia cometemos el error de diagnosticarlo de infección urinaria. Por esta razón, en un paciente

sintomático con una tira reactiva de orina normal conviene plantearse otras posibilidades fuera de la cistitis.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peter JR, Steinhardt GF. Acute urinary retention in children. *Pediatr Emerg Care*. 1993;9(4):205-7.
2. Gatti JM, Pérez-Brayfield M, Kirsch AJ, Smith EA, Masad HC, Broecker BH. Acute urinary retention in children. *J Urol*. 2001;165:918-21.
3. Place RC. Acute urinary retention in a 9-year-old child: an atypical presentation of acute appendicitis. *Pediatrics*. 2006;31(2):173-5.
4. Carabaño Aguado I, La Orden Izquierdo E, Pelayo Baeza FJ, Gallardo Madueño G. Crisis de llanto, irritabilidad y masa en el hemiabdomen derecho no siempre son sinónimos de invaginación intestinal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13(52):595-600.
5. Preece JM, Beverley DW. Acute urinary retention: an unusual presentation of acute appendicitis in a 3 year old boy. *Arch Dis Child*. 2001;84:269.
6. Parrish GA, Wright GD, Falk JL. Acute urinary retention: an unusual presentation of appendiceal abscess. *Ann Emerg Med*. 1993;22:857-60.