



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1343 - SÍNDROME URINARIO POR APENDICITIS RETROCECAL

E. Vicente Navarro<sup>a</sup>, M. Ferrándiz Gutiérrez<sup>b</sup>, M. Sánchez Calderón<sup>a</sup>, S. Rodríguez Ariza<sup>c</sup>, N.E. Brizzola Andreini<sup>c</sup>, G. Gutiérrez Ferriz<sup>d</sup>, P. Fracés Artiga<sup>e</sup>, V. Antón Maldonado<sup>f</sup> y L. Peiro Muntadas<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus-1. Tarragona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus-2. Tarragona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valls. Tarragona. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Pere. Reus 2. Tarragona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Granja-Torreforta. Tarragona. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus 4-Horts de Miró. Tarragona. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Salou. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 21 años. Presenta clínica miccional de 3 días de evolución, con dolor en flanco derecho irradiado a zona lumbar (aumenta a la movilización lateral de dicho lado y al saltar), náuseas y pérdida de apetito. Afebril. No otra sintomatología acompañante. Fecha de última regla hace 8 días. No antecedentes médicos-quirúrgicos de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 132/68 mmHg, Fc 68 lpm, SatO<sub>2</sub> 98%. Afebril. Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada, ligera palidez cutánea. ACP: tonos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho. No se palpan masas ni megalias, peristaltismo presente. No defensa abdominal. Blumberg negativo. Puño percusión izquierda normal y derecha dudosa. Se solicita tira reactiva de orina, sedimento urinario y prueba embarazo que resultan negativas. En la analítica sanguínea destaca leucocitos 14.890/mm<sup>3</sup> y PCR 1,3 mg/dL, resto sin alteraciones. Debido a la persistencia de la clínica y aparición de febrícula se realiza ecografía abdominal que se informa como estructura tubular de sección circular con capas no compresible, con diámetro mayor de 7 mm, sugestivo de inflamación. Ausencia de líquido periapendicular y no presencia de apendicolito, ni aumento de grasa mesentérica. Se deriva a Cirugía General, confirman diagnóstico y se interviene quirúrgicamente.

**Juicio clínico:** Apendicitis atípica.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis retrocecal. Apendagitis epiploica. Patología túbaro-ovárica. Pielonefritis aguda. Cólico nefrítico.

**Comentario final:** La apendicitis retrocecal-retrocolónica (20-75%) cursa con dolor en flanco derecho, signos de inflamación. Por la protección del ciego suprayacente no suele haber rigidez muscular ni dolor a la palpación profunda. El psoas puede estar irritado originando flexión de cadera y aumento del dolor con la extensión (signo estiramiento del psoas), además de los propios signos de apendicitis aguda típica (50%). Por la proximidad con el uréter, puede dar síntomas urinarios (la

patología urológica no da signos de irritación peritoneal). Se asocia con apéndice supurativo, difícil de diagnosticar y que con más frecuencia causa complicaciones.

### **Bibliografía**

1. Humes DJ, et al. Acute appendicitis. BMJ 2006; 33:530-4.
2. Ahmed I, et al. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. Surg Radiol Anat. 2007;29:165-8.
3. Wagner JM, et al. Does this patient have appendicitis? JAMA. 1996;276:1589-94.

**Palabras clave:** *Appendicitis. Retrocecal. Miccional. Radiología. Psoas.*