



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1343 - Síndrome urinario por apendicitis retrocecal

E. Vicente Navarro^a, M. Ferrández Gutiérrez^b, M. Sánchez Calderón^a, S. Rodríguez Ariza^c, N.E. Brizzola Andreini^c, G. Gutiérrez Férriz^d, P. Fracés Artiga^e, V. Antón Maldonado^f y L. Peiro Muntadas^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus-1. Tarragona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus-2. Tarragona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valls. Tarragona. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Pere. Reus 2. Tarragona. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Granja-Torreforta. Tarragona. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus 4-Horts de Miró. Tarragona. ^gMédico 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, SatO2 98%. Afebril. Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada, ligera palidez cutánea. ACP: tonos ritmicos, 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/mm³ 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 tibaro-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: *Apendicitis. Retrocecal. Miccional. Radiología. Psoas.*