

Discusión Anatómo-Clinica (*)

DR. HAROLD W. BISCHOFF

Un niño blanco de 3 años $\frac{1}{2}$ de edad ingresa en el Children's Hospital en noviembre 28 a causa de presentar dolor abdominal desde dos días atrás. Tuvo además un catarro que duró 3 días y en la noche antes del comienzo del dolor le dieron un laxante que "no le produjo mucho efecto". El dolor asentaba en la región periumbilical al comienzo y era inconstante. El día del ingreso el dolor se había desplazado hacia el cuadrante inferior derecho. Vomitó 2 veces y le hicieron un enema que dió poco resultado.

Antecedentes patológicos: había padecido de catarros ocasionales, sarampión, pero ninguna otra enfermedad. Los padres eran sanos y éste era su único hijo.

El niño lucía congestionado pero confortable y la temperatura alcanzaba 39.6 grados. Su garganta estaba enrojecida y había secreción nasal y algunos ganglios cervicales eran palpables. Las respiraciones eran lentas y regulares. El abdomen ligeramente rígido en el lado derecho. Había sensibilidad general, pero más marcada en el cuadrante inferior derecho. Un análisis de orina rutinario fue negativo y el conteo de hematíes era de 3.8 millones con 10 gramos de hemoglobina. Los leucocitos 16.000 con 71% de polinucleares, 8% de stab., 10% de oesinófilos y 11% de linfocitos. Una prueba de tuberculina,

examen de las heces, radiografía con enema de bario fueron todos negativos.

Después del segundo día la temperatura se hizo normal. El niño se sentía mejor pero persistía la sensibilidad en el lado derecho del abdomen. Al octavo día se percibió en el lado derecho, mediante el tacto rectal, una masa dura, del tamaño de una nuez. Esta masa creció algo y luego se resolvió en cuestión de dos semanas durante las cuales los leucocitos variaron entre 9.400 y 12.000. Dos análisis de orina subsiguientes fueron negativos y las heces persistieron normales. Después de 23 días de hospitalización estaba asintomático y fue dado de alta.

3 meses y medio después fue reingresado por dolor abdominal y vómitos de dos días de duración, así como dificultad para la micción desde hacía doce horas. Desde el alta anterior su salud había sido buena hasta que una semana antes del reingreso comenzó a tener diarreas y vómitos. Estaba inapetente para los alimentos sólidos pero tomaba líquidos con avidez. Durante las 12 horas anteriores no podía orinar y solo goteaba ligeramente. Poco después del ingreso, sin embargo, eliminó 400 cc de orina involuntariamente.

La nutrición y desarrollo eran buenos. El abdomen estaba suave pero había sensibilidad sobre las regiones lumbares y en ambos flancos se percibían unas masas cilíndricas. Una pielografía intravenosa sugirió una pelvis bífida en el lado izquierdo con ligera hidronefro-

* Caso presentado en el Children's Hospital de Washington. (Traducción del Doctor E. Alemán).

sis y marcados hidro-uréteres. La densidad de la orina era de 1.020 y había un número moderado de leucocitos y hematíes en el sedimento. Un urocultivo resultó estéril, aunque otras 6 muestras dieron estafilococos albus, estreptococos hemolíticos en 3 de ellas en combinaciones variadas. El conteo de hematíes fue de 4.04 millones y los leucocitos 20.800 con 50% de polinucleares, 24% de stab., 4% de metamielocitos, 3% no clasificados y 19% linfocitos. El nitrógeno no proteico fue de 26 mgr. %.

Durante la primera semana se administró sulfatiazol y la temperatura se mantuvo en los alrededores 38.8 grados, después hasta la intervención siguió normal. Persistió el dolor abdominal bajo pero los otros dolores se aliviaron. A causa de que se sospechó una válvula ureteral posterior se hizo una cistoscopia: no se encontró ninguna anomalía pero la vejiga estaba distorsionada por una masa retrovesicular que el examen rectal bajo anestesia reveló ser dura, nodosa y de forma irregular. Estaba entre el recto y la vejiga y se extendía $\frac{3}{4}$ de la línea del ombligo. Un cistograma y un examen radiológico del tórax fueron normales. Al octavo día de hospitalizado se le practicó la intervención quirúrgica.

Discusión

George W. Ware: En el primer ingreso al hospital los diagnósticos más posibles eran: 1) apendicitis, 2) infección del aparato respiratorio superior con adenitis mesentérica asociada. Nos gustaría discutir éstos antes de proceder con los diagnósticos menos posibles.

Apendicitis es el primer diagnóstico que viene a la mente y especialmente en el caso de dolor abdominal en el niño, y en este caso es sugerido por el dolor abdominal que se desplaza al cuadrante inferior derecho, por el vómito y por la rigidez del lado derecho y sensibilidad general más marcada en ese mismo cuadrante. Tan importante como cualquiera de esos síntomas es el hecho de que la noche antes del comienzo del dolor se le había dado al niño un laxante, y es bien sabido que la ingestión de un laxante confunde los hallazgos físicos de apendicitis. De aquí que con tal historia el cirujano esté siempre más en sospecha.

La combinación de un catarro, dolor abdominal que era peri-umbilical, vómitos, cara congestionada, temperatura de 39 grados, faringe enrojecida, secreción nasal y adenopatías cervicales era toda ella consistente con el diagnóstico de *adenitis mesentérica*.

Estos dos eran los más posibles diagnósticos considerando la historia, los hallazgos físicos y los análisis de laboratorio rutinarios. Es infrecuente en una de estas condiciones que la temperatura caiga a lo normal en corto tiempo y permanezca así. Sin embargo, en mi opinión el paciente estaba formando un absceso apendicular y con el tabicamiento del proceso, la toxicidad disminuyó. Esto es apoyado por la latencia de las manifestaciones, especialmente para la masa percibida en el recto. Esta masa también, en mi opinión, elimina la adenitis mesentérica. De aquí que haya una buena posibilidad de que este paciente haya tenido una apendicitis aguda con subsiguiente formación de absceso en su primera estancia en este hospital.

Otros diagnósticos a considerar son: infección renal, riñón poliquistico con hemorragia, enteritis alérgica, infestación con vermes, neumonía y fiebre reumática. Consideraremos cada uno de ellos en su turno.

Una *infección del riñón* tendría que considerarse en la base de la historia y de los hallazgos físicos. Este diagnóstico es compatible con un catarro que dure varios días, vómitos, dolor y sensibilidad abdominal. Sin embargo, se hace menos sostenible en vista de los sucesivos análisis de orina negativos, temperatura normal y la masa rectal.

Es un hecho bien conocido que la hemorragia en un *riñón poliquistico* puede originar los síntomas de abdomen quirúrgico. Esto también respondería de la elevación de la temperatura con subsiguiente caída a la normal y dolor localizado, considerando una hemorragia unilateral y leucocitosis. Los análisis de orina pueden ser normales puesto que puede no haber relación entre la zona de hemorragia y la pelvis del riñón. Si una tal masa puede ser sentida por el recto ciertamente se sentiría también abdominalmente y no hay mención en la historia de una masa abdominal. Un análisis de orina con densidad normal está también contra ese diagnóstico.

La eosinofilia notada en el primer conteo establece la cuestión de una *enteritis alérgica*. Tal condición causaría dolor abdominal, vómitos, ligera rigidez del abdomen, sensibilidad generalizada y congestión de la cara. Sin embargo, no hay antecedentes de alergia previa que uno pudiera esperar en un niño de 3 años y medio. No hay mención de cefaleas que es síntoma frecuente, ni tampoco de diarreas que uno debía esperar en tal condición.

La *infestación por vermes* es también mencionada a causa de la eosinofilia. Sería extremadamente infrecuente para una infestación verminosa sin complicaciones seguir tal evolución. La única sugestión de su presencia es la eosinofilia. El bloqueo de la luz apendicular por oxiuros es un hecho patológico demostrado: los síntomas y signos que resultan de tal condición son los de la apendicitis y no los de una manifestación de oxiuros.

La *neumonía* es considerada brevemente a causa de la precedente infección de tractus respiratorio y el dolor abdominal asociado. Aunque la neumonía puede ser difícil de eliminar en algunos casos de dolor abdominal, yo no creo que ese sea el caso aquí y contra tal diagnóstico hay el hecho de que el paciente estuviera confortable y que sus respiraciones fueran lentas y regulares. No hay mención de hallazgos físicos en los pulmones; además en presencia de una radiografía negativa podemos asumir que estaban normales.

La *fiebre reumática* se menciona solo para enfatizar su importancia en el diagnóstico diferencial de un posible abdomen quirúrgico en un niño. No hay nada que sugiera fiebre reumática en este paciente y contra tal diagnóstico están su edad, caída de la temperatura, falta de síntomas articulares, ausencia de hallazgos cardiacos y una radiografía negativa. Cuando la fiebre reumática causa dolor y sensibilidad abdominal no son generalmente tan localizados como sucede en este caso.

El segundo ingreso hace enfocar inmediatamente nuestra atención sobre el aparato genito-urinario; sin embargo, considerando su ingreso anterior e intentando hacer un diagnóstico de todos

sus síntomas veremos de correlacionar los dos ingresos. Con respecto al tractus genito-urinario, la *infección* es la primera condición que nos viene a la mente, lo que es sugerido por el vómito, el dolor abdominal, la falta de apetito, la disuria, un abdomen suave y sensibilidad en las zonas lumbares.

La segunda condición genito-urinarie a considerar es la del *riñón poliquístico*, que explicaría la sensibilidad lumbar y las masas cilíndricas en los flancos. La infección sobreañadida explicaría además los síntomas al entrar al hospital. Sin embargo, los riñones poliquísticos con o sin infección son eliminados por el pielograma intravenoso y por la densidad normal de la orina, los urocultivos estériles y el nitrógeno no proteico normal.

Al intentar explicar la masa retrovesicular, la condición renal más probable sería un *riñón ectópico* o más específicamente un *riñón pélvico*. Esta posibilidad es inmediatamente eliminada por la posición normal de ambos riñones en el pielograma intravenoso.

Considerando otra vez su primer ingreso y el diagnóstico de absceso apendicular, la posibilidad del role de la masa inflamatoria que aparece en la segunda enfermedad en favor del mismo, nos lo trae al primer plano de la discusión. Es sabido que la apendicitis puede llegar a la formación de absceso y en fecha posterior ser el asiento de una infección severa como segundo o tercer tiempo. La reinfección, ocurriendo en una masa apendicular, podría explicar el dolor, el vómito, y la diarrea. La retención de orinas con goteo involuntario y el dolor a la micción podrían ser debidos a la compresión de una masa inflamatoria sobre la vejiga. Esta última con-

sideración parece más probable en vista de los hallazgos urinarios negativos desde el punto de vista del laboratorio. Un absceso apendicular que comprima el cuello vesical podría causar un hidro-ureter bilateral como lo vimos en una señora cerca del 5to. mes del embarazo. En ambos casos la patología renal y ureteral es causada por compresión extrínseca de la vejiga, estando apoyada esta posibilidad por los hallazgos cistoscópicos que revelaron que la vejiga estaba desplazada por una masa retrovesicular que podía ser palpada entre el recto y la vejiga.

Ese diagnóstico no explica, sin embargo, un abdomen suave, la sensibilidad lumbar bilateral y las masas cilíndricas bilaterales, estando nosotros muy conscientes del reporte de estas masas cilíndricas, que se ha sugerido pudieran corresponder muy bien a colon ascendente y descendente, y aceptamos esta sugestión por no encontrarnos capacitados para explicarlas de otro modo.

Una lesión de *sistema nervioso central* puede ser considerada a causa de la incontinencia por rebosamiento. Sin embargo, no hay historia de traumatismo ni hay ninguna afirmación con relación a los hallazgos neurológicos rutinarios que son normales y considerando estos hechos, creemos que el diagnóstico de lesiones de dicho sistema puede ser seguramente eliminado.

La posibilidad de un proceso maligno debe ser considerada y si tenemos en cuenta el grupo etario nos viene a la mente enseguida el tumor de Wilms o el neuroblastoma. Una neoplasia explicaría ciertamente la masa que se halla detrás de la vejiga y una hidronefrosis subsiguiente, pero esa masa sentida solo detrás de la vejiga y no en otro sitio

estaría en contra del diagnóstico de tumor de Wilms o neuroblastoma. También en contra de malignidad están la larga duración de la enfermedad, la buena nutrición y desarrollo del niño, la ausencia de hepatomegalia, la negatividad de las radiografías del tórax y columna vertebral y un pielograma intravenoso normal. El tamaño extensivo de la masa, además, indicaría malignidad si hubiera numerosas metástasis presentes. En resumen consideramos como más probable el diagnóstico de absceso apendicular.

Discusión patológica

Dr. E. Clarence Rice: el diagnóstico del Dr. Ware es correcto. En el acto operatorio teníamos la impresión de que el niño bien pudiera presentar un tumor maligno abdominal. En su primer ingreso se habían considerado las posibilidades de apendicitis o de adenitis mesentérica, siendo el último el diagnóstico final en el momento del alta.

La enfermedad prolongada no podía explicarse sobre la base de una infección respiratoria que el paciente tuviera inicialmente. Los brotes de fiebre, anemia y leucocitosis ciertamente harían sospechar la existencia de una infección y los cultivos de orina tenderían a apoyar tales hallazgos; sin embargo, los exámenes microscópicos del sedimento urinario previos a la operación no esta-

ban de acuerdo con el diagnóstico de infección de tractus urinario. Un absceso perinefrítico es debido frecuentemente a una infección estafilocócica. Sospechamos que algunos cultivos se hubieran contaminado.

El Dr. Ware mencionó la fiebre reumática como una causa de dolor abdominal y yo recordaría a ustedes otras dos condiciones que un cirujano debe tener en la mente en el caso de dolor abdominal: la acidosis diabética y las crisis de sickle cell anemia, aunque desde luego estas son vistas en estados agudos, no en procesos crónicos.

La eosinofilia no apareció hasta el segundo ingreso y puede haber sido debida a sensibilización bacteriana ya que no había otras evidencias de alergia o de parasitismo. Los tumores malignos abdominales más frecuentes en los niños de esta edad son el adenomiosarcoma (tumor de Wilms), el neuroblastoma y el linfosarcoma. La presencia de metástasis se habría hecho indudablemente ostensible durante los 5 meses que el paciente estuvo bajo observación en el caso de las dos últimas condiciones nombradas. El tumor de Wilms hubiera sido más probable que se hubiera confundido con las observaciones anotadas en este paciente; sin embargo, no estaba emaciado o caquéctico en el momento de su segundo ingreso que ocurrió 4 meses después del alta inicial.