



## Carta al Director

# Fracaso renal agudo posrenal secundario a pseudomixoma peritoneal tras apendicectomía; una entidad infrecuente

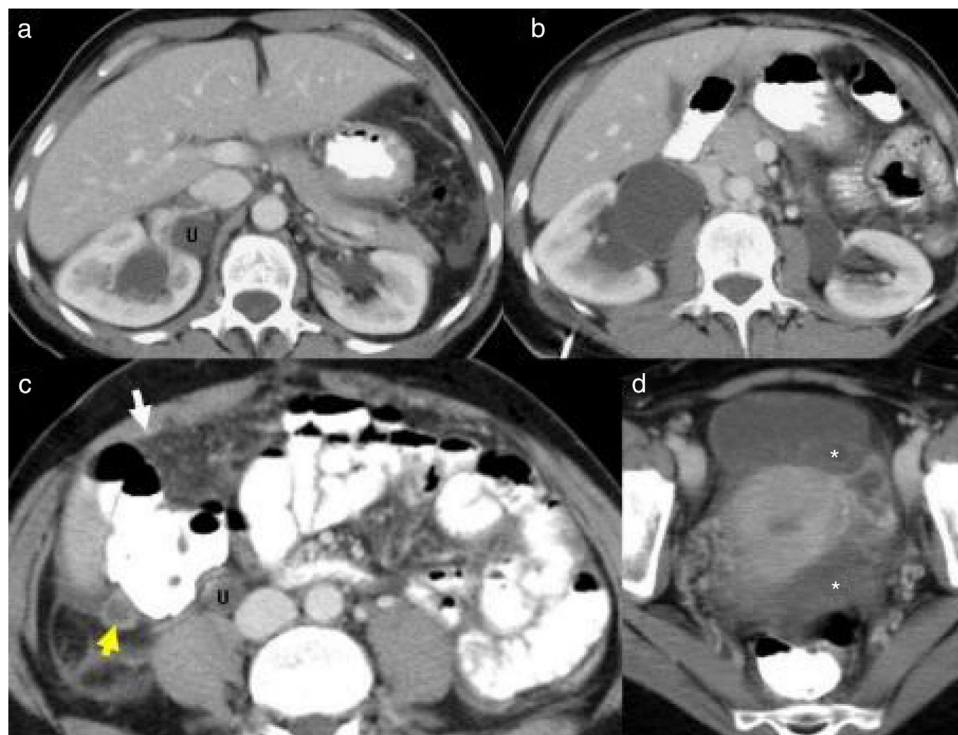
## Post-renal acute renal failure secondary to peritoneal Pseudomyxoma after appendectomy; an uncommon entity

Sr. Director:

El fracaso renal agudo (FRA) posrenal representa el 10-17% de las causas del FRA<sup>1</sup>. Se caracteriza por la obstrucción a la salida del flujo urinario y puede ser debido a litiasis, neoplasias abdominopélvicas, anomalías anatómicas, etc.

Se presenta el caso de una mujer de 80 años con antecedentes de apendicectomía que desarrolló posteriormente un pseudomixoma peritoneal<sup>2</sup>.

Mujer de 80 años con antecedentes de apendicectomía por apendicitis aguda secundaria a cistoadenoma mucinoso apendicular 12 años atrás. Consultó por astenia, dolor y aumento



**Figura 1** – TAC: a y b) Hidronefrosis bilateral, grado 2 derecha y grado 3 izquierda; c y d) Dilatación del uréter distal (U). Engrosamiento lineal con hipercaptación en algunas zonas del peritoneo parietal (flecha) e infiltración mesentérica. Moderada ascitis tabicada en pelvis (\*). Estructura tubular adyacente al ciego con relación al tumor mucinoso apendicular (flecha).

**Tabla 1 – Evolución de los parámetros analíticos**

	Datos basales	Al ingreso	A la semana
Creatinina	1,23 mg/dl	2,45 mg/dl	1,15 mg/dl
Urea	21 mg/dl	82 mg/dl	27 mg/dl
Sodio	138 mEq/l	138 mEq/l	135 mEq/l
Potasio	3,7 mEq/l	5,1 mEq/l	4 mEq/l
Cloro	100 mEq/l	95 mEq/l	102 mEq/l
Albuminuria	Indetectable	180 mg/g	Indetectable

del perímetro abdominal en los últimos meses, además de incontinencia urinaria y oligoanuria de varios días de evolución.

A la exploración, TA 137/82 mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración neurológica: normal. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación. Globo vesical en hipogastrio.

En analítica: deterioro de la función renal (creatinina de 2,45 mg/dl y FG de 18 ml/min) y microalbuminuria de 180 mg/g. Resto normal.

La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (figura 1); hipercaptación en peritoneo parietal, infiltración mesentérica y estructura adyacente al ciego con relación al tumor mucinoso apendicular, además de hidronefrosis bilateral (izquierda y derecha). Ecografía-doppler renal, sin estenosis de arterias renales. Punción-aspiración con aguja fina: material mucinoso y escasa celularidad con atipia de bajo grado compatible PMP de bajo grado.

Tras sondaje vesical: retención urinaria de 1.900 ml.

Se sometió a cirugía citoreductora, falleciendo durante el postoperatorio por síndrome de distrés respiratorio. La función renal tras el sondaje, y previa a la intervención quirúrgica, fue mejorando hasta alcanzar función renal basal. Evolución de los parámetros analíticos se muestran en la tabla 1.

La patogenia del PMP ha sido atribuida a la rotura, el derrame o las metástasis de una neoplasia mucinosa primaria de un órgano peritoneal, especialmente apéndice y ovario<sup>2,3</sup>.

Los signos y síntomas más frecuente son dolor, distensión/obstrucción intestinal, sobreinfección y clínica miccional.

Se diferencian 2 tipos: adenomucinosi peritoneal diseminada (DPAM) o PMP de bajo grado y carcinomatosis peritoneal mucinosa (PMCA), con un comportamiento más agresivo<sup>4</sup>.

El principal tratamiento es la cirugía citoreductora que incluye apendicectomía, ooforectomía bilateral y omentectomía más quimioterapia sistémica. Otros autores proponen quimioterapia intraperitoneal o radioterapia abdominal postoperatoria.

El PMP es un proceso raro que se asocia a tumores de bajo grado de malignidad cuyo origen no está aclarado, aunque se apuntan a la neoplasia apendicular como origen primario.

Se aconseja extirpar el apéndice en casos de pseudomixoma, aunque este aparezca macroscópicamente sano<sup>4-6</sup>.

El pronóstico depende del estadio y diferenciación del tumor asociado<sup>5,6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Misdráji J. Mucinous epithelial neoplasms of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *Mod Pathol*. 2015;28 Suppl 1:S67-79.
- Wrafter PF, Connelly T, Khan JS, et al. Pseudomyxoma peritonei diagnosed 19 years after appendectomy. *BMJ Case Rep*. 2015;2015, pii: bcr2015211706.
- Ronnett BM, Zahn CM, Kurman S RJ, Kass ME, Sugarbaker S PH, Shmookler BM. Disseminated peritoneal adenomucinosis and peritoneal mucinous carcinomatosis. A clinicopathologic analysis of 109 cases with emphasis on distinguishing pathologic features, site of origin, prognosis, and relationship to «pseudomyxoma peritonei». *Am J Surg Pathol*. 1995;19:1390-408.
- Gaínza de los Ríos F. Insuficiencia renal aguda. *Nefrología al día*. 2.a ed. Barcelona: Sociedad Española de Nefrología/Plusmedical; 2012.
- Seidam JD, Elsayed AM, Sobin LH, Tavassoli FA. Association of mucinous tumors of the ovary and appendix. A clinicopathologic study of 25 cases. *Am J Surg Pathol*. 1993;17:22-34.
- Mann WJ, Wagner J, Chumas J, Chalos E. The management of pseudomyxoma peritonei. *Cancer*. 1990;66:1636-40.

Elena Borrego García<sup>a,\*</sup>, Alicia Martín-Lagos Maldonado<sup>b</sup>, Lourdes García Castillo<sup>c</sup> y Andrés Luis Ruiz Sancho<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

<sup>c</sup> Distrito Medicina Familiar y Comunitaria de Granada, Granada, España

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

\* Autor para correspondencia. FEA Nefrología. Complejo Hospitalario de Granada.

Correo electrónico: [eborregogarcia@gmail.com](mailto:eborregogarcia@gmail.com) (E. Borrego García).

0211-6995/© 2017 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.008>