

Síndrome de Wunderlich. Hematoma perirrenal espontáneo

Jesús Daniel Andrade Platas,* José Manuel Viveros Elías,* Lenin Rojas Buendía,*
Alfonso José Fernández Carreño,* Jorge Gustavo Morales Montor,**
Carlos Pacheco Gahbler,** Francisco Calderón Ferro***

RESUMEN

Antecedentes. Patología de presentación infrecuente y de etiología diversa, el hematoma perirrenal espontáneo tiene como causas más frecuentes las neoplasias y alteraciones vasculares. La forma de presentación puede ser con dolor, hematuria y en algunos casos con alteraciones hemodinámicas. La TAC es el estudio diagnóstico de elección y la angiografía además de diagnóstica puede ser terapéutica. **Caso 1.** Mujer de 38 años con embarazo de 33 semanas, dolor lumbar bilateral, TAC con hematoma perirrenal bilateral, manejada conservadoramente, a seis meses hay reducción del hematoma derecho, el izquierdo se maneja con punción percutánea. **Caso 2.** Hombre de 38 años, dolor abdominal súbito en flanco derecho, hematuria macroscópica, TAC con hematoma perirrenal derecho y defecto de llenado en vejiga, cistoscopia con tumor en meato ureteral derecho, diagnóstico de carcinoma urotelial de alto grado multicéntrico, se realiza nefroureterectomía radical. **Caso 3.** Hombre de 33 años, con dolor abdominal, náusea, vómito, ataque al estado general, laparotomía exploradora encontrando hematoma en retroperitoneo izquierdo, drenándolo. Un mes después nuevamente dolor abdominal, sensación de plenitud gástrica, vómito, disminución de hemoglobina, TAC con masa renal izquierda; se lleva a cirugía encontrando hematoma organizado, sin afección del riñón, se drena el hematoma.

Palabras clave: Riñón, hematoma perirrenal, hematuria, angiomiolipoma carcinoma urotelial, malforma-

ABSTRACT

Background. The spontaneous perirenal hematoma is uncommon and the etiology is diverse. The most common causes are renal tumors and vascular abnormalities. Clinical features include hematuria, abdominal pain and, in some cases hemodynamic instability. CT scan is the diagnostic procedure of choice; angiography can be a complementary diagnostic and a therapeutic procedure. **Case 1.** 38-year-old woman with 33-week pregnancy, lumbar pain and CT scan showing bilateral perirenal hematoma. She received conservative management, 6 months later presented reduction of right hematoma, and persistence on left

* Médico residente de Urología. ** Médico adscrito a la División de Urología. *** Jefe de la División de Urología. División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México, D.F.

Solicitud de sobretiros: Dr. Jesús Daniel Andrade Platas
División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Calz. de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, C.P. 14000, México, D.F. Tel.: 5665-3511 Ext. 173, fax 5665-7681. Correo electrónico: platas56@yahoo.com

kidney, which was punctured successfully. **Case 2.** 38-year-old man with abdominal pain in upper right quadrant and microscopic hematuria. CT scan showed a right renal tumor and a defect in bladder filling. Cystoscopy showed a vesical tumor in the right ureteral meatus. Hystopatological study revealed a high-grade transitional cell carcinoma; the patient underwent a right nephroureterectomy. **Case 3.** 33 year-old male, with abdominal pain, nausea and vomiting, who was taken to a laparotomy, finding a left retroperitoneal hematoma, which was drained. A month later he presented with abdominal pain, anemia, gastric plenitude and vomiting. CT scan revealed a left perirenal hematoma, which was surgically evacuated.

Key words: Kidney, perirenal hematoma, hematuria, angiomyolipoma urotelial carcinoma, arteriovenous malformations, Wunderlich, poliarteritis nodosa.

INTRODUCCIÓN

Descrito en 1856 por Wunderlich, el hematoma perirrenal espontáneo es una patología infrecuente, en la que a pesar de llegar al diagnóstico de una manera relativamente sencilla con estudios imagen, el poder determinar la etiología representa un reto y es motivo de múltiples estudios y procedimientos invasivos, algunas veces sin poder llegar a esclarecer la causa.

En la literatura de las últimas tres décadas, se presenta un total de 165 casos en 47 publicaciones a nivel mundial. La edad promedio de presentación es a los 46 años. No hay predilección por sexo, así tampoco preferencia por un lado, y cuando es bilateral (4%) se ha observado que la causa más frecuente es de tipo vascular.¹

La etiología más común es neoplásica, con igual proporción de tumores benignos (angiomiolipoma 47%) y malignos (adenocarcinoma renal 43%).² En segundo lugar están las causas vasculares donde la poliarteritis nodosa causa 71% de los casos,³ las malformaciones arteriovenosas, aneurismas de arteria renal e infartos renales. Entre las causas menos comunes se encuentran las infecciones como los abscesos, y otras como la ruptura espontánea de quistes. Se ha observado mayor frecuencia de hematomas en pacientes con terapia de anticoagulación,^{4,5} esclerosis tuberosa, arteritis, discrasias sanguíneas y en pacientes sometidos a hemodiálisis por largo tiempo. Una cantidad no despreciable de casos, 6.7%, tienen un origen idiopático.^{6,7}

La mayoría de los pacientes se presenta con dolor lumbar (83%), hematuria macro o microscópica (19%) y se llegan a presentar en estado de

choque en 11% de los casos. Un porcentaje reducido puede presentar insuficiencia renal, la cual se ha visto disminuye al descomprimir al riñón afectado.⁸ En el diagnóstico el procedimiento de elección es la TAC, con una eficacia cerca de 92% para la identificación de los hematomas perirrenales, siendo también útil en la identificación de la causa, especialmente en las que tienen un origen neoplásico.⁹

El USG renal tiene gran utilidad como procedimiento no invasivo y rápido, puede distinguir imágenes hipoeoicas perirrenales. En algunas ocasiones es necesario recurrir a la angiografía, la cual además de ser procedimiento diagnóstico tiene utilidad terapéutica al poder realizar embolizaciones.¹⁰ El tratamiento es quirúrgico, la nefrectomía es el procedimiento que más se utiliza,¹ seguido del drenaje abierto y percutáneo, sólo se recomienda manejo conservador si hay estabilidad hemodinámica y no es claro el origen, así también cuando las lesiones vasculares son susceptibles de embolización.¹⁰

OBJETIVO

Presentar tres casos de síndrome de Wunderlich, con diferente etiología, distinto abordaje diagnóstico y terapéutico que ejemplifican la diversidad en la presentación clínica que puede llegar a tener esta patología.

CASO 1

Paciente femenino de 38 años cursando con embarazo de 33 semanas, con amenaza de parto

pretérmino, dolor lumbar bilateral de tipo cólico irradiado a FID, el cual aumenta el decúbito, tratado fuera de la institución como IVU con amikacina sin mejoría, melena durante ocho días previos, elevación de creatinina a 6.1 mg/dL, a quien se le realiza USG renal con presencia de colección perirrenal bilateral (*Figura 1*). Se le realiza TAC en la que se aprecia imagen de hematoma perirrenal bilateral (*Figura 2*), por encontrarse estable hemodinámicamente, se maneja de inicio conservadoramente, se lleva a parto pretérmino a las 34 semanas sin complicaciones, mejoría de función renal, creatinina de 1.2 mg/dL. En TAC de control se observa reducción de ambos hematomas y a seis meses hay remisión del hematoma derecho, así como persistencia de la colección del lado izquierdo (*Figura 3*), se le realiza punción percutánea evacuando el hematoma, presentando mejoría. Complementando el estudio de la etiología se le descarta poliarteritis nodosa y se lleva a angiografía en la que no se observan alteraciones vasculares ni evidencia de

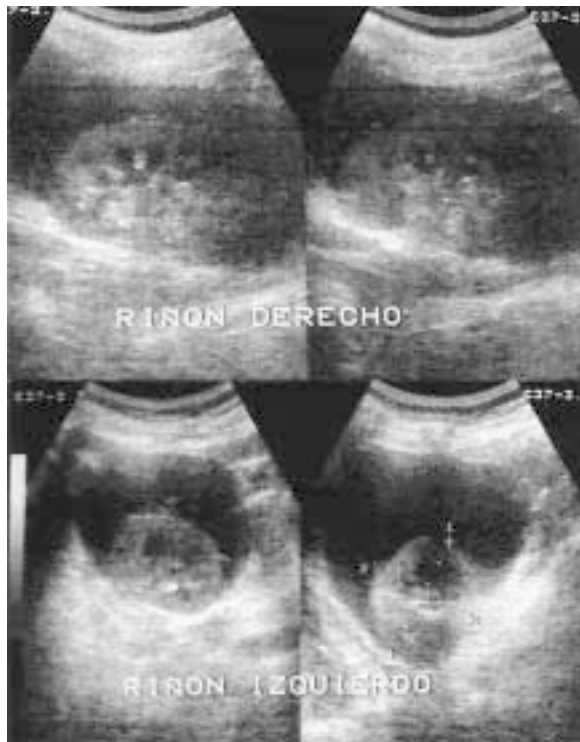


Figura 1. Caso 1: Ultrasonido renal, el cual muestra colección perirrenal bilateral.

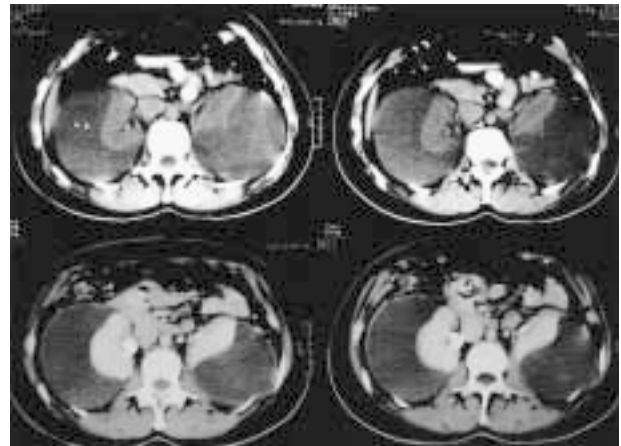


Figura 2. Caso 1: Tomografía axial computarizada de abdomen. Se observan colecciones perirrenales con densidad de 11 unidades Hounsfield.

sangrado. Es pertinente señalar que en la revisión de Zhang y cols. se observó incidencia de síndrome de Wunderlich en mujeres embarazadas de sólo 1%.¹

CASO 2

Masculino de 38 años, quien presenta de manera súbita dolor abdominal en flanco derecho, intenso, constante, precedido por episodios de hematuria macroscópica, sin presentar alteraciones hemodinámicas; es evaluado por el Servicio de Cirugía General y llevado a laparotomía exploradora por datos francos de abdomen agudo, en dicho procedimiento se encuentra hematoma retroperitoneal dependiente de riñón derecho, no se explora el hematoma.

Se le realiza TAC de abdomen en la que se observa hematoma perirrenal derecho, dependiente de masa renal (*Figura 4*), así como defecto de llenado en vejiga (*Figura 5*), se le realiza cistoscopia observando tumor vesical en el meato ureteral derecho, el cual es resecado, el reporte histopatológico muestra carcinoma urotelial de alto grado.

Se le realiza nefroureterectomía derecha con rodete vesical con diagnóstico de carcinoma urotelial de bajo grado con invasión a pelvis y uretero, se complementa tratamiento con instila-



Figura 3. Caso 1: Tomografía axial computarizada de abdomen de control, a seis meses de inicio del cuadro, la cual muestra resolución del hematoma derecho, con persistencia de la colección del lado izquierdo, con densidad de 16 unidades Hounsfield, la cual fue drenada por punción percutánea sin complicaciones.

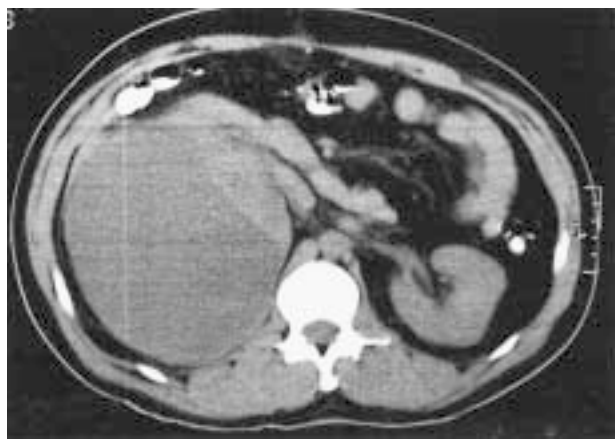


Figura 4. Caso 2: Tomografía axial computarizada de abdomen, se muestra gran hematoma renal derecho.

ción intravesical de BCG. El paciente presente recidiva a los tres meses, se le realiza nueva resección con diagnóstico de carcinoma urotelial superficial de alto grado, se decide administrar quimioterapia intravesical con mitomicina C, terapia que se encuentra aún en curso, sin recidiva.

CASO 3

Masculino de 33 años, quien de manera súbita presenta dolor abdominal en flanco izquierdo, náusea, vómito, ataque al estado general, por presentar datos de abdomen agudo es llevado a laparotomía exploradora, encontrando hematoma en retroperitoneo zona II izquierda, se drena el hematoma, encontrando riñón izquierdo con gerota engrosada. Un mes después presenta nuevamente dolor abdominal, náusea, sensación de plenitud gástrica, vómito, se le realiza TAC en la que se observa masa renal izquierda con diferentes densidades, sin poder delimitar el parénquima renal (*Figura 6*). Se le lleva a exploración quirúrgica encontrando hematoma organizado, se drena el hematoma y se envía a patología biopsia de gerota y cápsula renal, con diagnóstico de hematoma organizado.



Figura 5. Caso 2: Tomografía axial computarizada de abdomen, se observa defecto de llenado en vejiga, el cual corresponde a tumor vesical. No se observa afección a pared vesical ni afección a estructuras vecinas.



Figura 6. Caso 3: Tomografía axial computarizada, tomada un mes después de la primera cirugía, la cual muestra hematoma perirrenal izquierdo, sin poderse delimitar el borde del parénquima renal izquierdo.

DISCUSIÓN

Los casos presentados corresponden a etiologías distintas del hematoma perirrenal espontáneo, los dos últimos fueron de inicio llevados a exploración quirúrgica por abdomen agudo sin un correcto abordaje diagnóstico, algo que puede ocurrir cuando presentan descompensación hemodinámica; este tipo de casos pueden terminar en nefrectomía, sin haber sido adecuadamente estudiados. En el metaanálisis de Zhang se reporta que, de 165 casos, 113 fueron tratados con nefrectomía (68%); de nuestros casos, uno perdió el riñón afectado y solamente después de haberse demostrado etiología neoplásica.

En el caso de la mujer gestante, a pesar de haberse buscado la etiología, aún con angiografía, no se logró identificar la causa y aunque la poliarteritis nodosa se ha descrito como la principal causante de hematomas bilaterales en esta paciente quedó descartada; quedando entonces entre los casos de origen idiopático que representan 6.7% de lo reportado en la literatura.^{1,6}

En el segundo caso se determinó como origen un tumor de tipo urotelial, el cual es una causa rara de hematoma. En la literatura consultada no se encontró un solo caso de carcinoma de células transicionales causante de síndrome de Wunderlich.

En el tercer caso se sospechó de manera inicial como origen del hematoma un angiomiolipoma y aunque el reporte preliminar de Patología fue descrito como probable angiomiolipoma, la inmunohistoquímica no fue concluyente. El angiomiolipoma es responsable de hasta 29% de todos los casos de síndrome de Wunderlich.²

CONCLUSIONES

La presentación clínica del síndrome de Wunderlich es diversa y fácilmente puede confundir al médico al momento de evaluar a los pacientes, en ocasiones el diagnóstico es fortuito al realizar estudios de imagen en busca de causas de abdomen agudo.

Está bien establecido que el método diagnóstico de elección es la TAC de abdomen, contrastada. En el abordaje diagnóstico es fundamental descartar la etiología neoplásica y ante el gran número de casos en los que se presentan las anomalías vasculares se deberá tomar en cuenta la necesidad de realizar angiografía y embolización.

No se debe perder de vista que estos pacientes pueden presentar choque hipovolémico, por lo que la vigilancia hemodinámica debe ser estrecha y ante la descompensación deberán ser llevados a cirugía; y sólo si se cuenta con el equipo necesario de manera inmediata llevar a embolización.

REFERENCIAS

1. Zhang JQ, Fielding JR, Zou KH. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta analysis. *J Urol* 2002; 167: 1593-6.
2. Chesa-Ponce N. Wunderlich's syndrome as the first manifestation of a renal angiomiolipoma. *Arch Esp Urol* 1995; 48: 305-8.
3. Yonou H, Miyazato M, Sugaya K, Koyama Y, Hatano T, Ogawa Y. Simultaneous bilateral perirenal hematomas developing spontaneously in a patient with poliarteritis nodosa. *J Urol* 1999; 162: 483.
4. Majeesh NJ, Matzkin H. Spontaneous subcapsular renal hematoma secondary to anticoagulant therapy. *J Urol* 2001; 165: 1201.
5. González C, Penado S, Llata L, Valero C, Riancho JA. The clinical spectrum of retroperitoneal hematoma in anticoagulated patients. *Medicine* 2003; 82: 257-62.

6. Ushida H, Johnin K, Koizumi S, Okada Y. Idiopathic retroperitoneal hematoma mimicking cystic tumor associated with hemorrhagic renal cyst. *J Urol* 2000; 163: 1247-8.
7. Gupta NP. Spontaneous perirenal hematoma. A case report and review of literature. *Urol Int* 2000; 64: 213-5.
8. Matin SF, Thomas HS, Klein EA, Streem SB. Acute renal failure due to subcapsular renal hematoma in a solitary kidney: Improvement after decompression. *J Urol* 2002; 168: 2526-7.
9. Bosniak MA. Spontaneous subcapsular and perirenal hematomas. *Radiology* 1989; 172: 601-2.
10. Schoufer AA, Siegert CE, Arend SM, Thompson J, Van Oostaijen JA. Embolization of a ruptured aneurism in classic polyarteritis nodosa presenting as perirenal hematoma. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1466-8.