

Hematoma renal espontáneo y manejo con drenaje transcatéter por vía percutánea

María Guadalupe Rocha-Rodríguez,* Agustín I. Rodríguez-Blas,** Gustavo A. Casian-Castellanos***

RESUMEN

El hematoma renal espontáneo, también llamado síndrome de Wunderlich, es una afección poco frecuente de atención urgente y de vital importancia para la vida del paciente. Este síndrome se caracteriza por la presencia de una colección hemática de formación brusca en la fosa renal. La etiología puede ser variable, entre las más frecuentes está la tumoral, la cual corresponde a 50% de las presentaciones. Otras causas menos frecuentes: hidronefrosis, discrasias sanguíneas, tratamiento con anticoagulantes, enfermedades sistémicas o ruptura de quistes renales. El objetivo de este artículo es describir el caso de una paciente con hematoma renal espontáneo y manejada con drenaje percutáneo transcatéter, además de revisar la patogénesis, diagnóstico clínico, hemodinámica y diagnóstico por imagenología.

Palabras clave: Hematoma renal espontáneo, síndrome de Wunderlich, hematoma renal espontáneo.

ABSTRACT

Spontaneous renal hematoma, also called Wunderlich syndrome is a rare condition, urgent care and sometimes of vital importance to the patient's life, this syndrome is characterized by the presence of a sharp collection of blood formation in the renal fossa. The etiology may be variable among the most common are: tumor, which corresponds to 50% of presentation. Other less common causes: hydronephrosis, blood dyscrasias, anticoagulant therapy, systemic diseases or rupture of renal cysts. The aim of this paper is to describe the case of a patient with spontaneous renal hematoma and managed with transcatheter percutaneous drainage, review its pathogenesis, clinical, hemodynamic and diagnostic imaging.

Key words: Spontaneous renal hematoma, Wunderlich syndrome, spontaneous renal hematoma.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wunderlich o hematoma renal espontáneo (HRE) se define como una colección hemática espontánea en la fosa renal. El hemoperitoneo es excepcional, ya que la hemorragia está limitada por la resistencia del tejido perirrenal. El HRE es de etiología variada, puede clasificarse en espontánea o secundaria a traumatismos externos y maniobras endourológicas. Los hematomas se distinguen de acuerdo con su origen: renal, suprarrenal u otros órganos retroperitoneales. Los de origen renal corresponden a la patología tumoral, el adenocarcinoma es la causa de mayor frecuencia de sangrado (57-73%), seguido del angiomiolipoma. Cabe mencionar otras causas menos frecuentes: pielonefritis, hidronefrosis, enfermedades vasculares renales e incluso el rechazo agudo o crónico de riñones

trasplantados.¹ El origen suprarrenal es menos habitual y se asocia a situaciones de estrés (sepsis, cirugía, pacientes quemados).^{1,3} Existen además otro tipo de etiologías reportadas (Cuadro 1). El monitoreo del HRE conduce a un diagnóstico e intervenciones terapéuticas oportunas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años de edad con cuadro clínico de tres semanas de evolución, dolor tipo cólico súbito de forma

Cuadro 1.

Patologías asociadas a hematoma renal espontáneo.

- Alteraciones de la coagulación y vasculitis, entre ellas la panarteritis nodosa, por rotura de aneurismas originados por el depósito de inmunocomplejos en las paredes de arterias de pequeño y mediano calibre.
- Tratamientos prolongados con corticoides y corticoprína (ACTH).
- Feocromocitoma, adenoma, carcinoma, lesiones metastásicas y mielolipoma.

* Médico adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

** Médico Radiólogo Intervencionista, adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

*** Jefe de Radiodiagnóstico, Hospital Juárez de México.

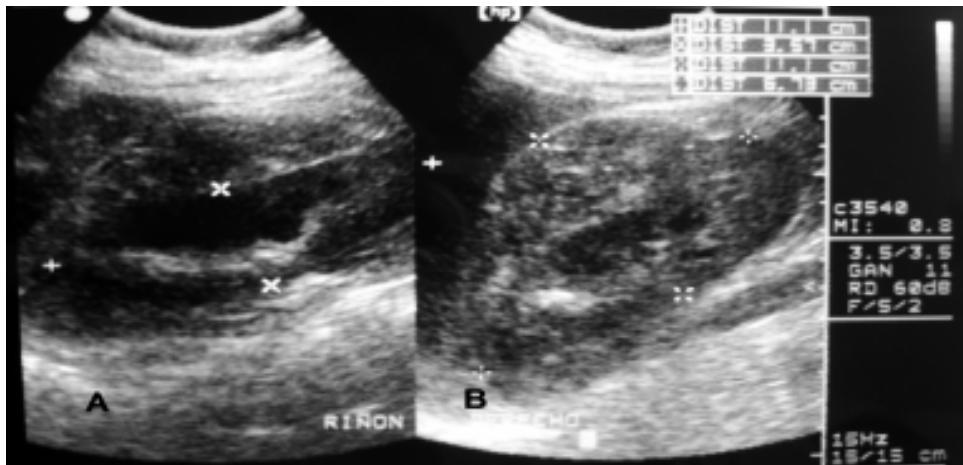


Figura 1. Ultrasonido renal de recho en escala de grises. **A.** Corte longitudinal, de bordes lobulados y mal definidos. Ecogenicidad aumentada del parénquima; interfase perdida entre corteza y médula (relación). Seno renal irregular y ecogénico. **B.** Se observa una imagen mal delimitada perirrenal, de bordes parcialmente definidos, heterogénea.

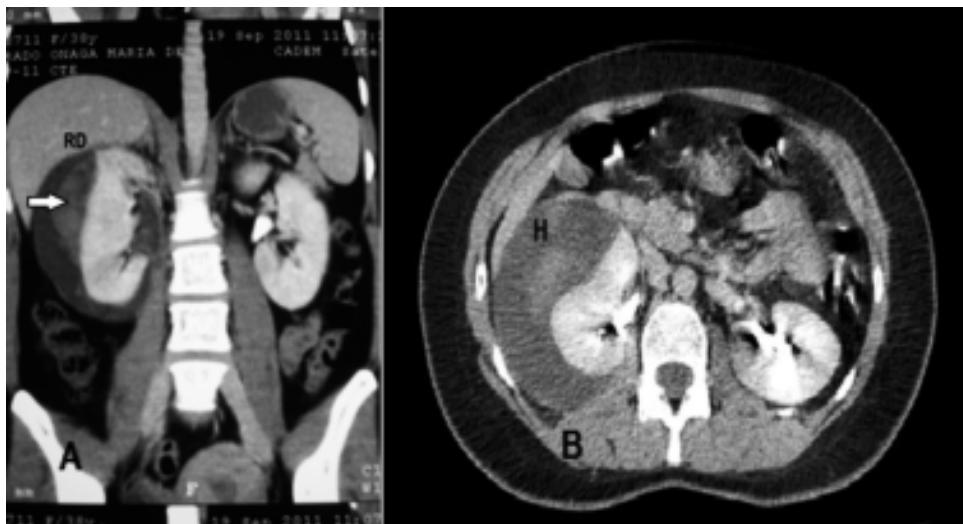


Figura 2. Tomografía abdominal contrastada. **A.** Reconstrucción coronal donde se identificó lesión heterogénea delimitada sobre la región subcapsular del riñón derecho. **B.** Corte axial: compresión y desplazamiento del riñón hacia la parte medial, su contenido presentó áreas hiperdensas que indican sangrado reciente.

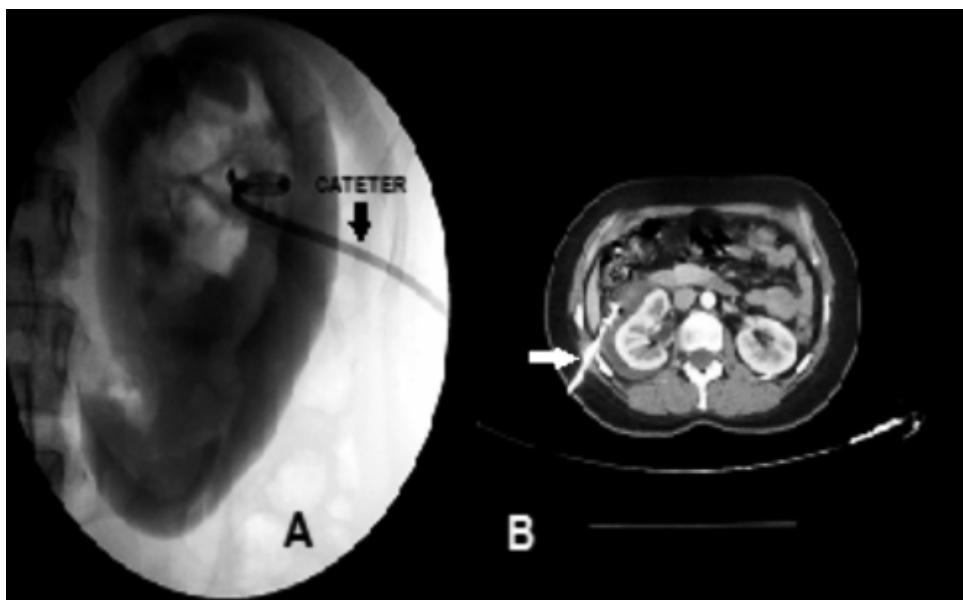


Figura 3. **A.** Control fluoroscópico de drenaje percutáneo del hematoma con catéter 'cola de cochino' multipropósito. **B.** Control tomográfico posdrenaje percutáneo, obsérvese la reducción importante de la colección.

aguda, localizado en epigastrio y mesogastrio con irradiación a región lumbar derecha; no se refirió ningún síntoma urinario. Cedió parcialmente con analgésicos, acompañado de náuseas sin llegar a vómito. Sin antecedente de fiebre, hematuria o trauma.

A la exploración física, tensión arterial de 130/80, frecuencia cardiaca de 78 x', frecuencia respiratoria de 21 x', temperatura de 38°C; abdomen globoso, distendido, se palpó una tumoración lisa de consistencia blanda, dolorosa a la palpación media, móvil, que ocupaba todo el hemiabdomen derecho, de consistencia firme en algunas zonas. Giordano derecho positivo. Biometría hemática: hemoglobina de 9 g/dL, hematocrito de 24%, leucocitos 16,000 /uL. Química sanguínea normal, examen general de orina: amarillo turbio, eritrocitos 5-10 por campo, leucocitos incontables, bacterias abundantes. PH: 8, levaduras positivas, sedimento urinario abundante.

A la sospecha de patología tumoral se realizó ultrasonido renal (Figura 1) que reportó Pb. Tumoración mal definida. Por este diagnóstico se complementó con angiotomografía abdominal (Figura 2). Los hallazgos tomográficos revelaron un hematoma subcapsular con involucro en todos los segmentos renales. Como manejo terapéutico se propuso realizar drenaje por vía percutánea del hematoma (Figura 3).

DISCUSIÓN

El hematoma renal espontáneo (HRE) es un dilema diagnóstico. Es una enfermedad poco frecuente en la práctica clínica. Aunque muchos estudios se realizaron al respecto, todavía es esquivo. Sin embargo, los HRE obedecen a causas traumáticas; las no traumáticas son responsables del sangrado renal. Se presenta como consecuencia de la for-

mación de una colección hemática en la fosa renal provocada por una causa no traumática. Los hematomas subcapsulares, por la menor distensibilidad de este espacio, suelen ser limitados como el del presente caso, mientras que los hematomas perirrenales suelen alcanzar volúmenes mayores por su mayor elasticidad. El aumento de la presión perirrenal puede provocar un infarto renal, o hipertensión renal o hipertensión arterial por la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. El sangrado puede tomar diferentes espacios entre ellos: infrarrenales, subcapsulares y perirrenales.^{1,4,5}

En 1979 Bonet reportó inicialmente el HRE. Posteriormente lo explicó Wunderlich en 1856, lo denominó "apoplejía espontánea de la cápsula renal". Presenta una "Lenk triada" que consiste en signos y síntomas más comunes: dolor abdominal (67%), hematuria (40%), shock (26.5%), masa palpable (30-50%), fiebre y leucocitosis (10-23%). Se relaciona con frecuencia con la hipertensión (33-50%) y la aterosclerosis (80-87%).^{1,4,6}

Se han demostrado diversos métodos de imagen para confirmar el diagnóstico de HRE. La ecografía es de gran utilidad para el diagnóstico inicial por su alta sensibilidad. Suárez describió que los estudios realizados por tomografía computarizada (TC) hoy por hoy son el *gold* estándar, ya que permiten mejor definición de la forma y extensión de la lesión y aporta mayor detalle en el HRE.³

En el reporte de la paciente el método diagnóstico con mayor sensibilidad y especificidad fue la TC abdominal; se logró adecuada descripción anatómica de la localización del hematoma renal. Finalmente fue importante en la evaluación y decisión terapéutica.^{3,4,7,8}

El tratamiento de elección de los pacientes con HRE varía de acuerdo con el criterio del médico tratante, el estado hemodinámico del paciente, la compresión ejercida

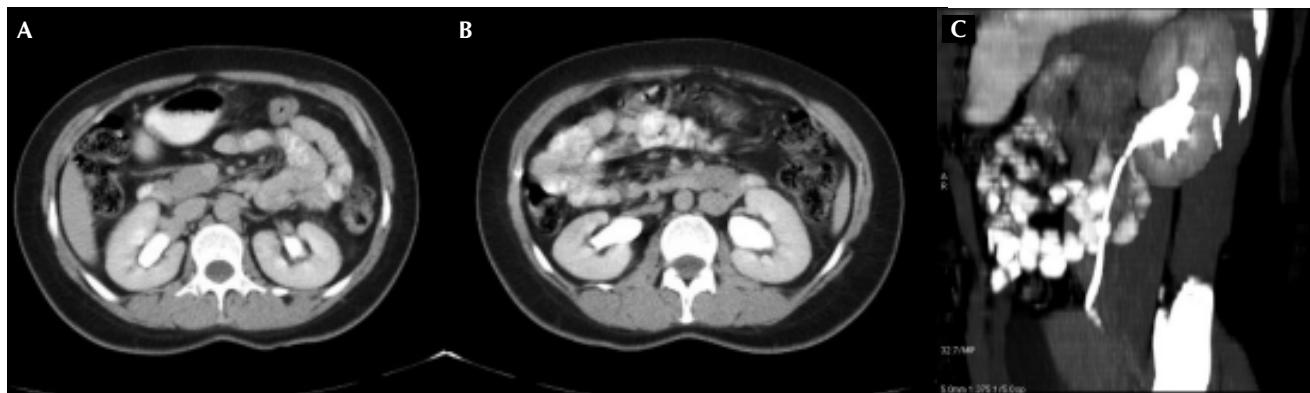


Figura 4. A-B. TC en axial. C. Reconstrucción sagital oblicua. Control tomográfico posdrenaje a los tres meses. Nótese la ausencia de colecciones en la fosa renal.



sobre órganos vecinos y el riesgo de hemorragia retroperitoneal masiva.

Se indica la cirugía de urgencia si el paciente muestra signos de compresión y pérdida de sangre. En la mayoría de las ocasiones se requiere estabilizar termodinámicamente al paciente, lo suficiente para realizar un diagnóstico etiológico mediante exploraciones complementarias.⁸⁻¹⁰ Sin embargo, el paciente es tratado por el Servicio de Radiología Intervencionista para drenaje percutáneo de dicha colección. Se requiere tener una actitud conservadora con seguimiento de la evolución mediante TAC abdominal seriada para identificar la etiología del hematoma antes de una cirugía electiva y resolutiva.

CONCLUSIÓN

Las colecciones abdominales o retroperitoneales, ya sean espontáneas, traumáticas o postoperatorias, pueden diagnosticarse por sospecha clínica, pero siempre es indispensable utilizar algún método de imagen para confirmarlas. La TAC abdominal es el método de diagnóstico necesario y en la mayoría de los casos suficiente para demostrar la existencia de HRE, pues su alta sensibilidad y especificidad sigue superando otros métodos diagnósticos, imagenológicos en este caso, para patología renal.¹¹

Se demostró que el drenaje percutáneo de un hematoma renal realizado por personal capacitado, en especial por un médico radiólogo intervencionista, resulta un método seguro y eficiente, con un índice bajo de complicaciones y un éxito superior a 90% al utilizarse como tratamiento alternativo antes de una cirugía abierta (Figura 4). Los criterios de drenaje percutáneo de colecciones retroperitoneales deben ser manejadas similares a colecciones abdominales, con sus respectivas precauciones, conocimientos de las técnicas de abordaje y conocimiento pleno de la anatomía, las contraindicaciones son relativas y se limitan a coagulopatía no corregible, ausencia de trayecto seguro y falta de cooperación del paciente.

REFERENCIAS

- Picaso R, Iturbide S, Quiroz JC. Síndrome de Wundelich: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Revista Colombiana 2009; 24: 56-61.
- Cometary, spontaneous retroperitoneal hematoma: a rare devastating clinical entity of a pleiada of less common origins. J Surg Technique and case report 2011; 3: 8-9.
- Soriano G, Vetancurt Z, Gutiérrez MA. Etiología y diagnóstico del hematoma retroperitoneal complicado, actitud e indicación quirúrgica. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. España. 2005; 78(5): 328-30.
- Kitos R, Riu D, Ribas-Barreni D. Spontaneous subcapsular renal hematoma: A case report and review of literature. Department of Urology, Muljibhai Patel Urological Hospital, Nadiad, Gujarat, India. 2010; 1.
- Fernández D, Hurtado MA. Hemorragia renal no traumática (síndrome de Wunderlich). Informe de un caso. Rev Mex Urol 2005; 65(4): 284-7.
- Alonso G, Suárez B, Ramírez B. Hemorragia retroperitoneal espontánea: nuestra experiencia en los últimos 10 años. Servicio de Urología. Hospital Universitario la Fe, Valencia. Actas Urológicas de España 2007; 31(5): 521-7.
- Leal Y-Y, Curi JD, Haomandro C. Spontaneous perinephric hemorrhage from a hemorrhagic renal cyst, internal medicine 2010; 49: 2189-90.
- Torralba C. Sofocleousetal. Angiographic Findingsand embolotherapyin renal arterial trauma. Cardiovascular intervention Radiological 2005; 28: 39-47.
- Villalba C, Mas M, Pujol JB. Tratamiento percutáneo de la patología de la vía urinaria. Radiología intervencionista. Ed. Masson; 2002, p. 435-517.
- Alagret C, Carmona C, Jiménez A. Hematoma retroperitoneal espontáneo. Caso clínico. Rev Medical de Chile 2007; 135: 1044-7.
- Samano M, Alejandre A, Calix A, Constantino F. Evaluación del tratamiento del trauma renal a partir de los conocimientos actuales. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Cub Médica Militar 2002; 31(3): 170-6.

Solicitud de sobretiros:

Dra. María Guadalupe Rocha Rodríguez,
Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160,
Col. Magdalena de las Salinas.
Del. Gustavo A. Madero. C.P.07760,
México, D.F.
Correo-electrónico:
dra.guadaluperocha@hotmail.com