

Hemorragia renal no traumática (síndrome de Wunderlich). Informe de un caso

Daniel Franco Carrillo,* Miguel Angel Hernández López**

RESUMEN

El síndrome de Wunderlich se define como el sangrado espontáneo, no traumático del riñón. Es una entidad poco frecuente que puede comprometer seriamente la vida del paciente. La hemorragia renal se asocia en la mayor parte de los casos con antecedentes de trauma (accidentes, iatrogenia, etc.), excepcionalmente el sangrado obedece a causas no traumáticas. Se reporta el caso de paciente femenino de 67 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que inicia su cuadro clínico con dolor tipo cólico, súbito, de forma aguda, localizado en mesogastrio con irradiación a región lumbar derecha acompañándose de diaforesis, inquietud y posteriormente con datos de choque hipovolémico. A la exploración física con aumento de volumen y masa palpable blanda, móvil, dolorosa, localizada en flanco derecho. Se realizan diferentes exámenes de laboratorio y gabinete encontrando en el ultrasonido y tomografía axial computada ruptura renal derecha con sangrado perirrenal y extravasación infiltrando el músculo psoas. Se realiza exploración quirúrgica y nefrectomía derecha, se envía la muestra a patología. Se expone el caso por ser infrecuente y se realiza revisión de la literatura.

Palabras clave: Hemorragia renal no traumática, síndrome de Wunderlich.

ABSTRACT

The Wunderlich syndrome is defined as the one bled spontaneous, non traumatic of the kidney. It is a not very frequent entity that can commit the patient's life seriously. The renal hemorrhage associates in most of the cases with trauma antecedents (an accident, iatrogenia, etc.), exceptionally the one bled obeys non traumatic causes. The case is reported of female patient of 67 years of age, with antecedent of diabetes mellitus and arterial hypertension that begins its clinical square with pain colic, sudden type, in a sharp way, located in mesogastric with irradiation to right lumbar accompanying of diaforesis, restlessness and later on with data of hypovolemic shock. Physical examination showed a tender palpable mass in her right flank. They are carried out different laboratory exams and found in the abdominal ultrasound and computed tomography a rupture of her right kidney, with a peri-renal blood extravasation extending to the psoas

* Médico adscrito al Servicio de Urología. Posgrado endourología. División de Cirugía. Hospital General de Zona 4. I.M.S.S. Celaya, Gto. ** Unidad de Urología. Celaya, Gto.

muscle. A right nephrectomy was performed through and histological examination. The case is exposed to be uncommon and a review of the literature.

Key words: Spontaneous hemorrhage from kidney, Wunderlich syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wunderlich se define como el sangrado espontáneo, no traumático de la celda renal. Es una entidad poco frecuente que puede comprometer seriamente la vida del paciente.

Los tumores malignos, concretamente el adenocarcinoma son la causa más frecuente, siendo el angiomiolipoma el más frecuente entre los benignos. Las alteraciones vasculares ocupan el tercer lugar en frecuencia (malformaciones arterio-venosas, aneurismas de la arteria renal, vasculitis, etc.). Causas más raras son los cortocircuitos esplenoportales por hipertensión portal, hemodiálisis, discrasias sanguíneas, tratamientos con anticoagulantes, hidronefrosis, etc. Los angiomiolipomas son tumores benignos de origen hamartomatoso formados por componente graso, músculo liso y vasos sanguíneos, raramente malignizan, pero está descrita la degeneración a leiomiocarcinoma.

El síntoma más frecuente es el dolor brusco e intenso (40-75%), masa palpable (30-50%), inestabilidad hemodinámica (25%), fiebre y leucocitosis (10-23%) e insuficiencia renal (2-13%). La tomografía computarizada es la técnica de elección en el diagnóstico; asimismo, permite la valoración correcta de la extensión retroperitoneal de la hemorragia.

CASO CLÍNICO

Se reporta caso de paciente femenino de 67 años de edad que cuenta con los siguientes antecedentes de importancia.

Hermana finada por cardiopatía isquémica, dos hermanas vivas con hipertensión arterial y diabetes mellitus controladas con hipoglicemiantes orales. Portadora de diabetes mellitus tipo II de 23 años de evolución e hipertensión arterial sistémica sin control médico a la fecha. Con padeci-

miento de 36 horas de evolución caracterizado por dolor tipo cólico, súbito, de forma aguda, localizado en epigastrio y mesogastrio con irradiación a región lumbar derecha, acompañándose de diaforesis, inquietud, náusea sin llegar al vómito, es valorada en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital con datos clínicos de choque hipovolémico rápidamente progresivo. A la exploración física, paciente de edad aparente mayor a la cronológica, no responde a estímulos verbales o dolorosos, con palidez de tegumentos y mucosas, campos pulmonares con ruidos transmitidos y rudeza respiratoria. Abdomen globoso, distendido, con tumoración en hemiabdomen derecho de consistencia blanda, dolorosa a la palpación media de aprox 10 x 15 cm, móvil. Giordano izquierdo positivo.

Signos vitales: presión arterial 60/20 mm Hg, frecuencia cardíaca 28 x min, frecuencia respiratoria 25 x minuto, temperatura 36.7 °C.

Sus exámenes de laboratorio: hemoglobina 8.2 g/dL, hematocrito 24%, plaquetas 96.600/mL, leucocitos 15.300/uL, neutrófilos 92.3%, glicemia 48, BUN 12, creatinina 0.3, sodio 137.3, potasio 5.4, tiempo de protrombina 11.4 seg con 88% de actividad.

El ultrasonido abdominal muestra imagen ecogénica de 15 x 15 cm en polo inferior del riñón derecho compatible con hematoma perirrenal.

En la tomografía axial computarizada se aprecia ruptura renal derecha con sangrado perirrenal y extravasación infiltrando músculo psoas (*Figuras 1 y 2*).

Es sometida a nefrectomía derecha encontrando como hallazgos hematoma renal de aproximadamente 900 cc y ruptura renal a partir de la parte media que compromete 90% del diámetro renal en su eje anteroposterior.

La paciente evoluciona de manera favorable con recuperación hemodinámica.

El reporte histopatológico informa riñón derecho de 288 gramos y de 11 x 7 x 5 cm deformado

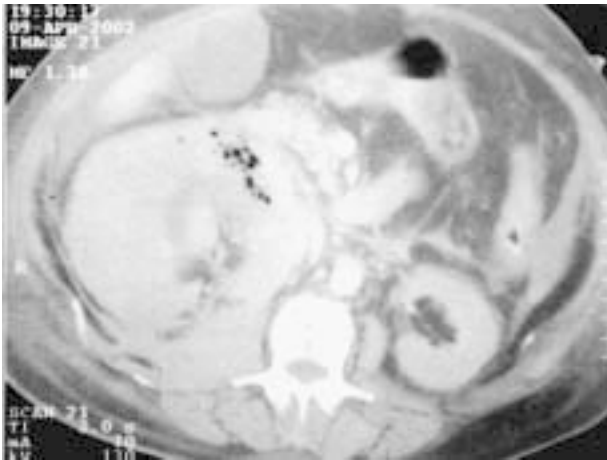


Figura 1. Ruptura renal derecha. Hemorragia retroperitoneal.



Figura 2. Sangrado perirrenal derecho y extravasación infiltrando músculo psoas.

y fragmentado, con diagnóstico de hematoma subcapsular.

DISCUSIÓN

Los hematomas renales obedecen en la mayoría de los casos a causas traumáticas. Excepcionalmente causas no traumáticas son responsables del sangrado renal; por tal motivo, resulta inútil estar familiarizado con éstas, a fin de aportar al paciente un diagnóstico rápido y preciso.

Múltiples denominaciones se han utilizado para tratar al síndrome de Wunderlich, hematoma

perirrenal espontáneo, hemorragia renal subcapsular espontánea, apoplejía renal, perinefritis hemorrágica capsularis, etc. Preferimos emplear la denominación de hematoma renal no traumático, dejando el término “espontáneo” para aquellos casos en los que no sea posible descubrir causa alguna responsable del sangrado. Los hematomas subcapsulares, por la menor distensibilidad de este espacio suelen ser limitados mientras que las formas perirrenales suelen alcanzar volúmenes mayores por su mayor elasticidad. El sangrado puede tomar diferentes formas: intrarenal, subcapsular y perirrenal, pudiendo existir además formas mixtas.

CONCLUSIÓN

La hemorragia renal no traumática es un cuadro sumamente infrecuente, en la mayor parte de los casos no sospechado sin la realización de estudios de diagnóstico por imágenes, por tal motivo debemos estar familiarizados con su existencia, sus potenciales causas y la frecuencia relativa de cada una de ellas. Sin embargo, teniendo en cuenta el peso relativo de los procesos expansivos renales como responsables del síndrome de Wunderlich, ante todo paciente con este cuadro la primera hipótesis diagnóstica a ser descartada deberá ser la presencia de un tumor renal subyacente.

Un problema paralelo que surge ante estos pacientes es la conducta a seguir en los casos de hemorragia renal no traumática en los que no se demuestre patología reponsable del cuadro durante las evaluaciones iniciales. Ante esta situación existen dos posturas, la primera propone seguimiento hasta la resolución de la hemorragia, esta postura sería la más aconsejable en pacientes añosos en los que el riesgo quirúrgico es mayor; la segunda, más agresiva, indica nefrectomía por la potencial presencia de lesiones orgánicas de muy pequeño tamaño como generadoras del sangrado.

REFERENCIAS

1. Swift DL, Lingeman JE, Baum WC. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage: a diagnostic challenge. *J Urol* 1980; 123: 577-82.

2. Chang SY, Ma CP, Lee SK. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage from kidney causes. *Eur Urol* 1988; 15: 281-4.
3. Wolff JM, Jung PK, Adam G, Jakse G. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage associated with renal disease. *J R Coll Surg Edinb* 1988; 43: 53-6.
4. Thanos A, Liakatas JL, Scotiriou V, Aristas O, Daillas N. Diagnostic and therapeutic dilemmas in nontraumatic spontaneous perineal haemorrhage. *Eur Urol* 1991; 19: 217-20.
5. Mukamel E, Nissenkorn I, Avidor L, Servadio C. Spontaneous rupture of renal tumors presenting as acute abdominal condition. *J Urol* 1979; 122: 696-8.
6. Einarsson GV. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage as first presentation of carcinoma of the kidney. *Scand J Urol Nephrol* 1986; 20: 235-6.