

HEMORRAGIA RENAL ESPONTÁNEO O SD DE WÜNDERLICH

Dr. Carlos Hernández Ávila¹ / Dr. Marcelo Cobos Cobos¹ / Dr. Julien Caballero Castro² / Dr. Javier Lerín Sanchez²

1. Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

INTRODUCCIÓN

La hemorragia renal a nivel de espacio subcapsular y perirrenal espontánea o retroperitoneal, de origen no traumático conocida también por síndrome de Wunderlich es una entidad rara, y de gran importancia, además de urgente, puede poner en peligro la vida ya que conlleva a una colección hemática brusca en la fosa renal^{1,2}. Fue descrito por primera vez por Bonet en 1700 y, posteriormente, en 1856, Wunderlich hizo la primera descripción clínica, denominándolo "apoplejía espontánea de la cápsula renal". Coenen, en 1910, presentó una serie de 13 casos y utilizó por primera vez la denominación de Síndrome de Wunderlich. Es un hallazgo poco frecuente, que puede pasar inadvertido inicialmente por su localización retroperitoneal³. Caracterizado por dolor lumbar o de flanco de inicio brusco, tumoración lumbar palpable y signos y síntomas de shock hipovolémico. (tríada de Lenk), que se presenta con mayor frecuencia en varones entre la 2ª y la 7ª década de la vida⁴.

De etiología variada, más de 50% de los casos corresponde a patología tumoral y el adenocarcinoma es la causa más frecuente dentro de los tumores malignos, seguido del angiomiolipoma como causa de tumor benigno, siendo este último con el carcinoma de células renales, la causa más frecuente de origen urológico. Otras causas menos frecuentes son las vasculares y otras menos comunes como infecciones, abscesos, hidronefrosis, trastornos de la coagulación, discrasias sanguíneas, tratamiento con anticoagulantes, enfermedades sistémicas, vasculitis sistémica o de origen local, como aneurismas de aorta abdominal, riñón, ruptura de quistes renales, glándula suprarrenal y otros órganos retroperitoneales, que en muchas ocasiones implica el manejo quirúrgico de urgencia, con nefrectomía o evacuación de hematoma, que se asocia a una alta morbimortalidad aunque está descrito el manejo médico.

El diagnóstico clínico es difícil, se realiza prin-

cipalmente por técnicas de imagen^{4,5}. cuyo método de elección es Tomografía Computarizada (TC), siendo la Resonancia Magnética su alternativa y la angiografía en caso de patología vascular.

CASO CLINICO

Paciente de 78 años de edad, con antecedentes de Infección del Tracto Urinario (ITU), de repetición desde hace 4 meses, con 2 urocultivos positivos multiresistentes, último episodio de ITU hace 1 mes, que acude al hospital remitido por su Médico de Atención Primaria por presentar sospecha de tumor renal en ultrasonido, dolor lumbar izquierdo de baja intensidad, acompañado de fiebre, astenia, anorexia y pérdida de peso de 5 kg en el último mes. A su ingreso estaba hemodinámicamente estable, con marcada palidez cutaneomucosa, dolor de leve intensidad a nivel de costado izquierdo de forma constante, sin otros signos de interés. La analítica al ingreso presentaba marcada anemia con cifras de Hb 7.8, Hto 22.6, con descenso de estas cifras a las 24 horas Hb 6.9 y Hto 20, que responde de forma adecuada a la transfusión de concentrado de hematíes en su estancia hospitalaria. En analíticas de control por su MAP, se objetivan glucemias 215 a 351, Hb glicosilada 9.6, reactantes de fase aguda elevado: Ferritina 895, VSG 98, hiperfibrinogemia intenso, y anemia no filiada Hb 9.4, Hto 27.2 ferritina 1690, con monocitosis persistente.

Ecografía abdominal sospecha de tumor renal.

TAC abdominopelvica con contraste: **hematoma subcapsular renal izquierdo en evolución con afectación perirrenal, de 2.9 cm de espesor.**

A su ingreso en la planta de Medicina Interna, se comenta su caso con el radiólogo, quién sugiere absceso renal perirenal. Se programa drenaje quirúrgico por el servicio de urología, obteniéndose líquido achocolatado, se remite al servicio de microbiología para estudio, siendo positivo el cultivo para E. Coli, por lo que se inicia tratamiento antibiótico. Se deja tubo de drenaje. En TAC de control se objetiva persistencia de colección hemática perirenal

pero de menor espesor (2.5 cm), por lo que se programa nueva intervención quirúrgica para colocación de tubo de drenaje de mayor calibre. Durante su estancia hospitalaria presenta variaciones en su curva térmica, con posterior remisión de la misma y mejora del estado general del paciente por lo que se decide alta a domicilio con control por consultas externas de urología.

DISCUSION

El hematoma renal en la mayoría de casos obedece a causa traumáticas, siendo excepcional la causa no traumática como responsable del sangrado, que es la forma de presentación del Sd de Wunderlich, por lo que es imperante estar familiarizado con tales causas a fin de aportar al paciente un diagnóstico rápido y preciso^{5,6}. La clínica es insidiosa y la típica triada de Lenk sólo se presenta en el 20% de los casos^{4,7,8}. Puede ser crónico (dolor lumbar, o en costado), como es nuestro caso, o fulminante, por el desarrollo de una hemorragia masiva a retroperitoneo con repercusión hemodinámica⁵. La actitud inicial consiste en evaluar hemodinámicamente al paciente y realizar el diagnóstico de imagen mediante ecografía y TC, que es la técnica de elección⁸. En nuestro caso en particular el paciente no presentó la clínica típica de la triada de Lenk, ni su presentación fue de forma aguda, sin presentar las complicaciones hemodinámicas típicas secundarias al sangrado que obligue a iniciar un tratamiento quirúrgico de urgencia, por lo que su manejo quirúrgico fue diferido para días posteriores con el fin de completar su estudio y tratar su anemia. Su manejo terapéutico depende de dos factores: situación hemodinámica del paciente y la etiología del sangrado. En pacientes estables, el manejo es conservador y según su causa: corrección del choque, de la coagulopatía; embolización selectiva si es vascular, como en el caso de lesiones bilaterales o de angiomiolipoma. Y si existe compromiso hemodinámico, la nefrectomía³. Teniendo en cuenta el peso relativo de los procesos expansivos renales, la primera hipótesis diagnóstica a ser descartada como responsable de sangrado renal espontáneo no traumático es la presencia de un tumor renal subyacente y en los casos en los que no es posible demostrar patología responsable se propone seguimiento hasta la resolución de la hemorragia, aconsejable en pacientes de edad avanzada en los que el riesgo quirúrgico es mayor, y una segunda postura más agresiva es la nefrectomía por la potencial pre-

sencia de lesiones orgánicas de muy pequeño tamaño responsable del sangrado⁶.

Aunque la causa más frecuente de sangrado es la tumoral, en nuestro caso no fue posible filiarlo mediante los estudios de imagen, como responsable del proceso, teniéndose en cuenta otras causas, la infecciosa, dados sus antecedentes de ITU de repetición, de germen E. Coli multiresistente, presente no solo en los urocultivos, sino además en el líquido perirenal, que respondieron de forma adecuada al tratamiento antibiótico, presentando mejoría de su estado general y seguimiento por consultas externas de urología hasta su remisión, teniendo siempre en consideración otras hipótesis causales del proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. Albi G, del Campo L, Tagarro D Wunderlich`s syndrome: causes, diagnosis and radiological management., Clinical Radiology 2002; 57: 840-845.
2. Sánchez-Turati JG1, Merayo-Chalico CE1, Hernández-Castellanos VA1, Saavedra-Briones DV1, Adrade-Platas JD1, Fernández-Carreño AJ1, Carrasco-Casillas J2, Estrada-Moscoso I2, Estrada-Hernández MR2, Morales-Montor JG3, Pacheco-Gahbler C3, Calderón-Ferro F4. Síndrome de Wunderlich causado por angiomiolipoma renal de pequeñas dimensiones. Rev Mex Urol 2009;69(2):75-78.
3. Estrada Villarraga J.C.; Duarte Niño C.A. Síndrome de Wunderlich, una causa de abdomen agudo infrecuente. urol.colomb. Vol. XIX, No. 2: pp 53-57, 2010.
4. Rey Re J, López García S, Domínguez Freire F, Alonso Rodrigo A, Rodríguez Iglesias B, Ojea Calvo A. Wunderlich's syndrome: the importance of dagnostic imaging. Actas Urol Esp.2009; 33(08) 917-9 - vol.33 núm 08.
5. Pinilla R, López S, Quintana J.C, Ahmed, Al-EZZI ALMALAHI. Síndrome de Wunderlich: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Colomb Cir. 2009;24:56-61.
6. Franco Carrillo D, Hernández López M.A, Hemorragia renal no traumática (síndrome de Wunderlich).Informe de un caso. Rev. Mex. Uro. Vol.65, Núm. 4 Julio-Agosto 2005; 284-287.
7. Pacios Cantero J. C, Pérez Robledo J. P, Moreno Azcoita M. Síndrome de Wunderlich por rotura de un angiomiolipoma renal. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 95. N.º 7, pp. 497-499, 2003
8. Alonso E. Mª , Cenarro A, Conde F. A, Síndrome de Wunderlich por rotura de un angiomiolipoma renal. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 95. N.º 7, pp. 497-499, 2003.