

Cartas al Director

Hematoma retroperitoneal complicado. Aportación de dos casos clínicos

Palabras clave: Hematoma. Retroperitoneal. Hemorragia retroperitoneal.

Key words: Hematoma. Retroperitoneal. Retroperitoneal hemorrhage.

Sr. Director:

El hematoma retroperitoneal es una patología poco frecuente que se presenta con mayor incidencia en varones entre la 5ª y la 7ª décadas de la vida. Es un hallazgo casual en el 2% de los TAC realizados por trauma abdominal. La forma de presentación varía en función de la cuantía de la hemorragia. El diagnóstico de sangrado retroperitoneal es difícil, pero ha mejorado en los últimos años como consecuencia del desarrollo de las pruebas de imagen, principalmente ecografía, TAC y arteriografía (1). El manejo quirúrgico es variado e interesante por sus controversias.

Caso clínico 1

Varón de 64 años con antecedente de TBC antigua y exfumador acude a Urgencias por dolor intenso en hemiabdomen izquierdo de comienzo brusco, acompañado de náuseas y vómitos en posos de café. A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso. Analíticamente presenta leucocitosis de 27.800/L con neutrofilia del 83,2% y hemoglobina de 8,3 g/L, resto sin interés. La radiografía de tórax pone de manifiesto un derrame pleural derecho; se solicita ecografía abdominal que muestra tumoración heterogénea en hipocondrio izquierdo entre bazo y riñón sugestiva de hemato-

ma. La TAC abdominal confirma la existencia de hematoma retroperitoneal izquierdo sugestivo de aneurisma de arteria esplénica de tumor suprarrenal sangrante.

Se decide intervención quirúrgica con el diagnóstico de sospecha de sangrado activo. El hallazgo operatorio es un hematoma de glándula suprarrenal izquierda, practicándose suprarrenalectomía izquierda. El estudio anatomopatológico informa de metástasis de adenocarcinoma de origen pulmonar y hemorragia suprarrenal. Finalmente fallece por fracaso multiorgánico.

Caso clínico 2

Mujer de 59 años sin antecedentes de interés, acude por cuadro de hematuria y dolor en fosa renal derecha e hipocondrio derecho de 6 horas de evolución. Se acompaña de náuseas e hipotensión con cifras de 90/50. Analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal en la que se aprecia una imagen heterogénea de 15 x 14,5 cm dependiente de riñón derecho. Varias horas después empeora su estado general con mayor tendencia a la hipotensión y un aumento de masa abdominal. Se realiza TAC abdominal (Fig. 1) donde se objetiva gran masa renal que ocupa todo el hemiabdomen derecho con aspecto de sangrado intratumoral y líquido libre intraabdominal. Se decide intervención quirúrgica por inestabilidad hemodinámica, practicándose nefrectomía derecha. El estudio anatomopatológico es informado como adenocarcinoma renal de células claras de 10 cm de diámetro en zona medial del riñón que infiltra cápsula renal sin afectar al seno, ni estructuras vasculares e hiliares; estadio G II, T2.

Discusión

La etiología del hematoma retroperitoneal es variada, correspondiendo más del 50% a patología tumoral, siendo el adenocarcinoma renal la causa más frecuente, seguido del angiomiolipoma (1). Las causas de hemorragia retroperitoneal pueden clasificarse en espontáneas, como consecuencia de patología local (destacando la rotura de aneurisma de aorta abdo-

minal) o sistémica (destacando la panarteritis nodosa). La hemorragia retroperitoneal también puede ser secundaria a traumatismos externos y maniobras endourológicas o endovasculares. En nuestro primer caso la etiología se atribuye a una metástasis de adenocarcinoma pulmonar en glándula suprarrenal, siendo la incidencia de metástasis de esta entidad neoplásica a nivel de las glándulas suprarrenales del 5% (2). En el segundo caso la causa subyacente fue un adenocarcinoma renal.

Con respecto a la clínica, puede existir una falta inicial de sintomatología hasta la aparición de un cuadro caracterizado por dolor intenso de aparición brusca en flanco, signos de shock hipovolémico, masa lumbar palpable, fiebre y hematuria (3). Los tres primeros síntomas constituyen la denominada triada de Lenk, que sólo se presenta en toda su expresión en un 20% de los casos (1). En nuestro primer caso el síntoma principal fue el dolor abdominal de inicio brusco, siendo la clínica del segundo caso más florida, ya que esta paciente presentaba un sangrado activo importante. La ausencia de shock hipovolémico en el primer caso pudiera deberse a la contención del hematoma por la fascia de Gerota.

En el diagnóstico, la ecografía es sin duda útil para el diagnóstico inicial por su rapidez de realización, inocuidad y elevada sensibilidad; sin embargo resulta menos específica para definir la naturaleza del proceso.

La TAC es la exploración complementaria de elección (1,4,5), informa del grado de compresión de estructuras adyacentes, de la presencia de un hemoperitoneo y, en la mayor parte de las ocasiones, permite establecer el diagnóstico etiológico de presunción. En nuestro caso resultó ser la prueba más ventajosa, pues confirmó que se trataba de un hematoma retroperitoneal y evidenció la existencia de sangrado activo en el segundo caso.

La arteriografía se utiliza cuando existe un sangrado activo de origen vascular y el paciente se encuentra hemodinámicamente estable. Es útil tanto en el diagnóstico como en el tratamiento mediante embolizaciones en lesiones de origen vascular.

El tratamiento debe basarse en la evaluación del estado hemodinámico del paciente (3). En caso de inestabilidad las primeras medidas irán encaminadas a la reposición de la volemia y corrección de los posibles trastornos de la coagulación, estando indicada la cirugía de urgencia aún sin diagnóstico etiológico. En pacientes hemodinámicamente estables se intentará el diagnóstico etiológico. En nuestro primer caso no existía shock hipovolémico, pero las imágenes observadas en la TAC ponían de manifiesto el riesgo de sangrado activo indicándose la laparotomía exploradora. En el segundo caso, la situación de inestabilidad hemodinámica fue la base de la indicación de cirugía urgente.



Fig. 1. Gran masa renal derecha con aspecto de sangrado intratumoral.

Como conclusión, podemos decir que en ausencia de complicaciones el tratamiento de elección debe ser conservador manteniendo una actitud expectante. No obstante, en ocasiones, esta postura conservadora no se puede llevar a cabo, como sucedió en los dos casos clínicos presentados donde se requirió intervención quirúrgica.

Z. Valera, G. Suárez, J. Rodríguez, E. Romero, A. Obispo y
M. A. Gómez

*Departamento de Cirugía General. Hospitales Universitarios
Virgen del Rocío. Hospital General. Sevilla*

Bibliografía

- Collera P, Malet J, Solernou L, Mas A, Valencoso O, Ballús L, et al. Síndrome de Wunderlich. Hemorragia renal espontánea. *Cirugía Española* 2000; 68: 493-5.
- Agustí-Vidal A, Estapé J, Guzmán MC, Sánchez-Lloret J. Tumores broncopulmonares. Barcelona: Ediciones Doyma, 1992. p. 760-74.
- Gómez Jiménez J, de la Fuente Serrano A, Martínez Torres JL, Palao Yago F, Domínguez Molinero JF, Zuluaga Gómez A. Hemorragia renal espontánea. A propósito de ocho casos. *Actas Urológicas Españolas* 1998, 22 (8): 677-80.
- Pacios Cantero JC, Pérez Robledo JP, Moreno Azcoita M. Síndrome de Wunderlich por rotura de un angiomiolipoma renal. *Rev Esp Enferm Dig* 2003; 95 (7): 497-9.
- Gómez de la Torre R, Milla Crespo A, Cadenas F, Fernández Bustamante J, Vázquez Castañón M. Hematoma retroperitoneal espontáneo enoxiparina a dosis terapéuticas. *An Med Interna* 2003; 20 (7): 58-9.