



## 264/124 - HEMATOMA RETROPERITONEAL DE CAUSA INCIERTA

M. Borge Hierro<sup>a</sup>, A. Allés Florit<sup>b</sup>, R. Cerezo Molina<sup>c</sup>, J. Montero López<sup>d</sup>, L. Lozano Romero<sup>d</sup> e I. Boulosa Pérez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Motril Centro. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almuñécar. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almuñécar. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años, con AP de prótesis parcial por fractura de fémur izquierdo en 2013, que consulta en varias ocasiones en consulta la misma semana por dolor coxal izquierdo intenso, que no cede a analgesia. Niega antecedente traumático. Tras radiografía y medicación parenteral mejora. Varios días después acude a urgencias extrahospitalarias, tras pequeña caída en casa a causa de un síncope, por dolor intenso, que esta vez localiza a nivel de flanco izquierdo y que se irradia al resto de abdomen y miembro inferior izquierdo, junto con inestabilidad hemodinámica. Se deriva a urgencias hospitalarias. Tras TAC abdomen se objetiva hematoma retroperitoneal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Inestable hemodinámicamente, palidez cutánea, mala perfusión y aquejada por dolor, taquipnea con saturaciones bajas e hipotensión. Coloración lívida en zona de flanco izquierdo. Abdomen distendido, muy doloroso casi imposible de explorar. Analítica con reactantes de fase aguda elevados y anemia con hemoglobina en 5,5 (previa 3 días anteriores en 11,5), función renal alterada (creatinina en 3,4 con una previa en rango). TAC abdominal sin contraste: gran hematoma retroperitoneal izquierdo que engloba al músculo psoas, comenzando a nivel de tercio medio de la cara posterior de riñón izquierdo y a través del espacio pararrenal posterior llega a la región parauterina izquierda. No se puede ver la causa o la intensidad del sangrado.

**Juicio clínico:** Hematoma retroperitoneal. Anemia aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Hematoma retroperitoneal de origen traumático. Tumor o masa quística en retroperitoneo. Lesión de vasos abdominales mayores. Infarto renal o neoplasia renal. Abdomen agudo con sangrado concomitante.

**Comentario final:** Ante la clínica inicial y por los antecedentes todo se centraba a pensar como origen de ese dolor agudo a patología coxal, sin pararnos a ver otras causas. La causa del sangrado es difícil de establecer, probablemente el origen traumático sea una de las opciones que más se barajan, pero todo también encajaría en un sangrado de otro origen que en principio se manifiesta por el dolor a nivel de cadera, se llegó a anemizar y provocar esto ese síncope y caída. Algo importante es identificar que algo grave está ocurriendo y comenzar a tiempo un estudio

complementario. A pesar de lo infrecuente que es esta patología hay que tenerla en cuenta a la hora de diagnóstico del dolor abdominal intenso y brusco, y ante todo descartar fractura de pelvis como causa inicial. El diagnóstico depende mucho de pruebas complementarias de imagen o de hallazgos intraoperatorios.

## **Bibliografía**

1. Dov P, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. *Journal of Urology* 1992;147:311-8.
2. Sabiston. *Text Book of Surgery*. Saunders 1986: p. 1150.
3. Sleisenger F. *Gastrointestinal Disease*. Saunders, 1978: p. 1409-10.
4. Antry JR, Weitzner S. Hemangiosarcoma of spleen with spontaneous rupture. *Cancer*. 1975;534-9.
5. Falk S, Krishnan J, Meiss JM. Primary angiosarcoma of the spleen. *Am J Surg Pathol*. 1993;17:1959-70.
6. Cinman AC, Farrer J, Kauffman JJ. Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65 years old man. *J Urol*. 1985;133:829.
7. Chen K, Boles J, Gilbert E. Angiosarcoma of the spleen. *Arch Pathol Lab Med*. 1979;103:122-4.