



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirurgia



P-612 - HEMOPERITONEO SECUNDARIO A SÍNDROME DE WÜNDERLICH

Abellán Garay, Laura; Navarro García, Inmaculada; Maestre Maderuelo, María; Rodríguez García, Pablo; Muñoz García, Javier; Perán Fernández, Cristóbal; Gijón Román, Cecilia; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La hemorragia renal espontánea o síndrome de Wunderlich es una entidad infrecuente cuya etiología es múltiple por causa tumoral, vascular o infecciosa entre otros. De ellas la más frecuente es la tumoral, por carcinoma de células renales o angiomiolipoma. El hemoperitoneo es excepcional, quedando la hemorragia contenida en retroperitoneo en la mayoría de casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 56 años hipertensa, que acude a urgencias por dolor abdominal y en fosa renal izquierda. Presenta taquicardia con tensiones estables. Se realiza TC abdominal que informa de lesión focal de 5,1 × 7 cm dependiente de polo superior renal compatible con angiomiolipoma renal izquierdo. Además, presenta hemoperitoneo moderado y signos de sangrado activo intralesional. Ante el diagnóstico de síndrome de Wunderlich, se indica cirugía urgente. Mediante laparotomía subcostal izquierda se realiza nefrectomía izquierda. Durante la disección se objetiva lesión de la cisterna de Pecquet, por lo que se sutura controlando el drenaje de quilo. Se realiza aspirado del hemoperitoneo en Douglas que alcanza 1L. Tras esto la paciente ingresa en UCI para control estrecho durante el postoperatorio inmediato. A las 48 horas se traslada a planta donde permanece hemodinámicamente estable siendo alta al décimo día postquirúrgico.

Discusión: El síndrome de Wunderlich es una patología infrecuente pero importante, ya que comporta la aparición brusca de una colección hemática en la celda renal. El cuadro clínico clásico es la tríada de Lenk, aunque esta solo se observa en el 20% de los casos. Incluye dolor lumbar de inicio brusco, rápida formación de tumoración lumbar palpable y signos de shock hipovolémico. En ocasiones la clínica es más insidiosa y progresiva, como consecuencia de un sangrado lento o de escasa cuantía. Excepcionalmente, la hemorragia renal vence la resistencia del tejido perirrenal produciendo un hemoperitoneo y por tanto una situación de urgencia vital, como en nuestro caso. La etiología de este síndrome es variada, siendo al menos el 60% de los casos de causa tumoral, ya sea por carcinoma renal o angiomiolipoma. Un 25% aparecen asociados a enfermedad vascular como la panarteritis nodosa y un 12% a patología infecciosa. Otras causas más raras de hemorragia renal espontánea son: nefritis, hidronefrosis, enfermedades poliquísticas, litiasis y afección de las estructuras perirrenales (glándulas suprarrenales). El diagnóstico se basa en la clínica y exploraciones complementarias como ecografía, TC abdominal o arteriografía. El TC abdominal es la técnica de elección por la información que aporta sobre el grado de afectación de la celda renal y de estructuras adyacentes y, en la mayoría de casos, permite establecer el diagnóstico etiológico.

Cuando se sospecha causa vascular la arteriografía puede ser diagnóstica e incluso terapéutica, mediante embolización. El manejo inicial de esta patología es conservador, estabilizando al paciente para obtener un diagnóstico etiológico. Ante inestabilidad hemodinámica o sospecha de tumor subyacente, el tratamiento de elección es la cirugía urgente realizando una nefrectomía. Cuando se sospecha etiología vascular susceptible de embolización se recomienda su manejo mediante arteriografía. Se puede optar por manejo conservador si existe estabilidad hemodinámica y no hay signos de sangrado activo en las exploraciones complementarias, realizando controles posteriores mediante hemogramas seriados y TC abdominal.