



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



204/175 - CRISIS HIPERTENSIVA Y DOLOR ABDOMINAL

A.L. Díaz Alvarado^a, L.E. Ojeda Carmona^b, I. Galán López^c, A.J. Albarracín Contreras^d, C. Fernández Galache^e, P. Fombellida Gutiérrez^f, I. Abascal Sañudo^g, A. García-Lago Sierra^h, F. Francisco Gonzálezⁱ y M. Gutiérrez Parra^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales de Buelna. Cantabria. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ⁱMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^dMédico Residente de 2^o año Medicina de Familia y Comunitaria; ^gMédico Residente de 1^{er} año Medicina de Familia y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^fFEA Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años de edad, con antecedentes de HTA mal controlada en tratamiento con losartan/Hctz, diltiazem, bisoprolol, torasemida, DM 2, dislipemia, estenosis del canal lumbar. Quien refiere presentar dolor lumbar izquierdo de inicio súbito de fuerte intensidad, de 2 horas de evolución, acompañado de vómitos de contenido de alimentos biliosos, previamente había estado asintomático, por lo cual acude al Centro de Salud y es tratado como un cólico nefrítico, pero debido a la persistencia del dolor y cifras de tensión arterial elevadas es remitido a Urgencias, donde se inicia analgesia y debido a la no mejoría se solicita un TAC abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Al llegar a Urgencias: TA 220/108 mmHg, FC: 68x Sat 96% pálido, sudoroso, facies álgica, relleno capilar < 2 segundos, deshidratado, eupneico. Cabeza y cuello: carótidas rítmicas, no soplos, no ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, globuloso, doloroso difuso, puño percusión izquierda dolorosa, ruidos hidroaéreos ausentes, Blumberg negativo, Murphy negativo, no masas no megalias. Hematimetría: Leuco 15,20. Gran 78%. Linf 14,70%. Gluc 219. Creat 1,08. Urea 57. TAC abdomen: se observa colección hiperdensa perirrenal izquierda de 11 x 3,5 cm que se acompaña de borramiento de la grasa y ligero engrosamiento de la fascia perirrenal. No líquido libre en cavidad, con hematoma confinado a la celda renal izquierda. Eco Doppler renal: riñón izquierdo con longitud normal pero presenta parénquima comprimido por hematoma subcapsular que se extiende a lo largo de la convexidad renal con un grosor máximo de 3-4 cm, índice de resistencia en las ramas intraparenquimatosas de 0,68 en el riñón derecho y 0,71 en el riñón izquierdo. Se decide traslado a UCI, donde evoluciona hemodinámicamente estable, con normalización progresiva de la leucocitosis, y es trasladado a planta de Urología y Nefrología para control de la presión arterial.

Juicio clínico: Hematoma perirrenal espontáneo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, diverticulitis aguda, pancreatitis, colecistitis aguda, flemón perinefrítico, perforación gastroduodenal, vólvulo intestinal.

Comentario final: El hematoma renal espontáneo, también llamado Síndrome de Wunderlich, es una afección poco frecuente de atención urgente y de vital importancia para la vida del paciente. La etiología es diversa, tiene como causas frecuentes las neoplasias y alteraciones vasculares. La forma de presentación puede ser con dolor, hematuria y en algunos casos con alteraciones hemodinámicas. La TAC es el estudio diagnóstico de elección y la angiografía además de diagnóstica puede ser terapéutica. El objetivo del tratamiento en esta patología es la liberación de la compresión y la normalización de la tensión arterial. Si está hemodinámicamente estable, debe intentarse el manejo conservador del hematoma y control de la tensión arterial con IECAs como primera opción. Si la hipertensión persiste, el deterioro de la función renal es manifiesto o se trata de un extenso hematoma, la evacuación quirúrgica es considerada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade PJD, et al. Síndrome de Wunderlich. Rev Mex Urol. 2005;65:357-62.
2. Fernández Pello S, Mosquera J, Fernández I, et al. Riñón de Page: hematoma subcapsular renal e hipertensión arterial. Casos Clínicos. Arch Esp Urol. 2013;66:593-6.