



Clínica cotidiana

¿Cólico renal izquierdo? Síndrome de Wunderlich

Francisco Javier Pérez Delgado^a, Emilio José Emmanuel Tejero^b,
 María Ángeles Bernal Sánchez^a

^aCuidados Críticos y Urgencias. ^bFacultativo especialista de Área. Servicio de Urología.
 Hospital de La Línea de la Concepción (Cádiz).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de octubre de 2016

Aceptado el 28 de enero de 2017

On-line el 20 de marzo de 2018

Palabras clave:

Cólico renal

Hematoma renal

Tumor renal

Síndrome de Wunderlich

Keywords

Renal colic

Renal hematoma

Renal tumour

Wunderlich syndrome

R E S U M E N

Presentamos el caso de un varón de 62 años de edad, con antecedentes de cólicos reno-uretrales de repetición, que acude a Urgencias por un cuadro clínico compatible con cólico renal izquierdo. Tras los estudios de imagen realizados por la persistencia del dolor, se termina diagnosticando síndrome de Wunderlich, que precisa de intervención quirúrgica urgente.

Aprovechamos el presente caso para ilustrar esta entidad clínica, inusual, grave y frecuentemente indistinguible de un cólico renal o de otros procesos que cursen como un abdomen agudo. Pensamos que puede ser interesante para el médico clínico.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Left renal colic? Wunderlich syndrome

A B S T R A C T

We report the case of a man of 62 years with a history of renoureteral colic repeat, who comes to the Emergency Department Clinical picture compatible with left renal colic. After imaging studies by persistent pain, he is over diagnosing a syndrome Wunderlich that requires emergency surgery.

We take this case to illustrate this clinic, unusual, severe and often indistinguishable from renal colic or other processes that course as an acute abdomen entity. We think may be of interest to the clinician.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.007>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 62 años de edad, diagnosticado de hipertensión arterial y de varias crisis renou-reterales previas.

Acude a Urgencias del hospital de madrugada, tras ser despertado por un dolor brusco, intenso, en la fosa renal izquierda; remeda al de cólicos renales previos. Se acompaña de náuseas e inquietud psicomotora. No refiere clínica miccional, ni vómitos, ni fiebre, ni otros signos o síntomas relacionados.

A su llegada a urgencias se constata una buena situación hemodinámica: presión arterial 160/83 mmHg, frecuencia cardiaca 84 latidos por minuto.

Está muy quejumbroso, así que se decide canalización de una vía periférica para administración de analgesia endovenosa y extracción de muestras para analítica básica. Se incluyen en las pruebas complementarias un sistemático de orina y una radiografía simple de abdomen.

A las 2-3 horas el paciente refiere mejoría del cuadro álgico, aunque manifiesta continuar con molestia continua en la fosa renal referida. Su situación hemodinámica es similar a la registrada a su entrada. En estos momentos recibimos las pruebas solicitadas:

- Analítica: hemoglobina 15,40, leucocitos 13.200 con 85 % de neutrófilos, plaquetas 235.000, actividad de protrombina 83 %; urea, creatinina e iones normales.
- Orina: 250 hematíes.
- Radiografía simple de abdomen: luminograma normal; dos imágenes de densidad calcio, de unos 6-8 mm en el hemiabdomen izquierdo, a la altura del espacio entre la segunda y tercera vertebrae lumbares.

Poco después, el dolor se recrudece, motivo por el que se intensifica la analgesia. El paciente continúa hemodinámicamente estable, aunque se nos presenta muy inquieto.

Ante la persistencia del dolor, que no cede, contactamos con el radiólogo de guardia para solicitar ecografía abdominal, con el juicio clínico de cólico renal resistente a tratamiento.

Informe de la exploración ecográfica: mala transmisión sónica que imposibilita la visualización del riñón izquierdo, por lo que se decide la realización de una tomografía axial computarizada abdómino-pélvica con contraste (Fig. 1).

En ella se constata la existencia de un extenso hematoma subcapsular izquierdo, que se extiende hacia los espacios peri y pararenal y alcanza la fosa iliaca izquierda. En la serie dinámica se evidencian trayectos lineales de contraste en el espesor del hematoma, por fuera del parénquima renal, hallazgos que sugieren sangrado activo; el parénquima renal izquierdo se encuentra comprimido por el hematoma y presenta lesiones quísticas y nódulos densos de difícil caracterización; se aprecian litiasis renales izquierdas no obstructivas; líquido libre en el receso pélvico.

Ante estos hallazgos se activa al médico de "Observación". El paciente ingresa en un box monitorizado.

Continúa con dolor y su situación hemodinámica es similar a las previas.

Se procede a nueva extracción de analítica. Se realizan pruebas cruzadas, se monitorizan las constantes y se intensifica la analgesia y el tratamiento de mantenimiento. Se activa al urólogo de guardia y al equipo de quirófano ante la posibilidad de la necesidad de intervención quirúrgica.

A las 6-7 horas (10-11 horas aproximadamente después de la entrada del paciente en Urgencias) se observan signos de mala tolerabilidad hemodinámica: presión arterial 95/43 mmHg, frecuencia cardiaca 112. El control analítico muestra una caída de 5 puntos de hemoglobina, por lo que se decide la entrada del paciente en el quirófano.

Se efectúa nefrectomía izquierda y liberación del hematoma. El aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica sugiere la existencia de una lesión tumoral maligna.

El postoperatorio cursa sin incidencias llamativas y el paciente pasa posteriormente a planta convencional.

El examen histopatológico observa finalmente la existencia de un adenocarcinoma de células claras de grado 2.

Comentario

El síndrome de Wunderlich se define como el sangrado espontáneo, sin traumatismo previo, de la celda renal. Es una entidad poco frecuente pero grave, que puede llegar a comprometer seriamente la vida del paciente¹.

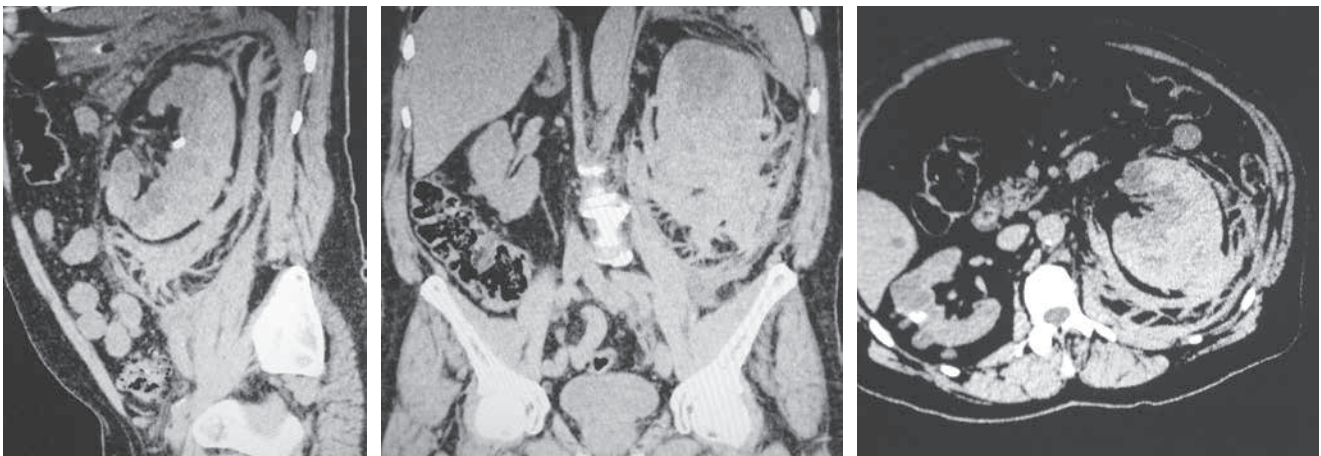


Figura 1 – Imágenes de la TAC abdómino-pélvica con contraste en los 3 planos: hematoma subcapsular izquierdo que se extiende hacia espacios perirrenal y pararenal.

En más de la mitad de los casos (en torno al 60 %) está presente la etiología tumoral del riñón: el adenocarcinoma es el más frecuentemente involucrado entre los tumores malignos y el angiomiolipoma entre la patología tumoral benigna². Otras causas más infrecuentes son los cortocircuitos espleno-portales por hipertensión portal, las discrasias sanguíneas, los tratamientos con anticoagulantes, la hemodiálisis...¹.

El síntoma más frecuente es el dolor¹, que suele ser brusco y localizado en la fosa lumbar afectada, por lo que es a menudo indistinguible de un cólico renal, más cuando el paciente tiene antecedentes de litiasis en las vías urinarias³.

Hasta 50 % de los pacientes pueden presentar una masa palpable y en 25 % se evidencian signos derivados del deterioro hemodinámico. Esta triada (dolor, masa palpable e inestabilidad hemodinámica) se conoce como triada de Lenke²⁻⁴.

El enfoque diagnóstico de esta entidad requiere altos índices de sospecha, pues clínicamente es indistinguible de un cólico renal, más cuando, como hemos expuesto en el presente trabajo, el paciente había presentado previamente crisis reno-uretrales e inicialmente se había conservado su estado hemodinámico.

La TAC con contraste es actualmente la prueba de imagen de elección¹⁻⁵. Permite constatar el hematoma y delimitar su tamaño y origen; además ayuda a descartar otros procesos, como la rotura de un aneurisma de la aorta abdominal, por ejemplo^{2,5}.

El abordaje terapéutico, de forma general, dependerá fundamentalmente de la situación hemodinámica del paciente^{2,5}. Se propone el tratamiento conservador en pacientes con situación hemodinámica estable y el quirúrgico en pacientes con mala situación hemodinámica.

Desde un punto de vista quirúrgico, la mayor parte de los autores proponen la nefrectomía radical: se basan para ello en la alta probabilidad de afectación tumoral maligna como causa del cuadro. En nuestro caso, y dada la situación hemodinámica del paciente, se decidió efectuar una nefrectomía izquierda, que permitió liberar un gran hematoma y permitió constatar la existencia de un tumor en la pelvis renal.

A modo de conclusión, nos gustaría hacer hincapié en varios puntos que consideramos importantes; creemos que son los que pueden servir de ayuda al médico clínico:

- El síndrome de Wunderlich es un cuadro sumamente infrecuente y grave.
- La patología tumoral es su causa más frecuente.
- El enfoque diagnóstico de esta entidad requiere altos índices de sospecha, ya que en la mayor parte de los casos cursa de forma similar a un cólico renal o a otros procesos que conforman un abdomen agudo.
- La TAC con contraste es la prueba diagnóstica de elección.
- El tratamiento estará básicamente supeditado a la situación hemodinámica del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franco D, Hernández MA. Síndrome de Wunderlich. Informe de un caso. *Rev Mex Urol*. 2005; 65: 284-7.
2. Marcote Valdivieso E, Pellicer Castell V, Adell Carceller R, Gamón Giner R, Bayón Lara A, Canales López M, et al. Hemorragia retroperitoneal espontánea (síndrome de Wunderlich) en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. *Rev Soc Valencia Patol Dig*. 2001; 20: 13-6.
3. Benavides F, Albino G, Santomil F, Verdecchia P, Vázquez L, Varela S. Síndrome de Wunderlich una causa de abdomen agudo. *Rev Hosp Privado de Comunidad*. 2002; 5: 9-10.
4. Gupta NP, Karan SC, Aron M, Pawar R, Ansari MS. Spontaneous perirenal hematoma. *Urol Int*. 2000; 64: 213-5.
5. Estrada JC, Duarte CA. Síndrome de Wunderlich, una causa de abdomen agudo infrecuente. *Urol Colomb*. 2010; 19: 53-7.