

SÍNDROME DE WÜNDERLICH EN UN SERVICIO DE URGENCIA

C. Astorgano de la Puente*, G. Fernández Fernández*, A. Álvarez Argüelles*,
M.^a C. González Cocaño*, L. Parra Muntaner**

* Servicio de Urgencias. ** Servicio de Urología. Hospital «Camino de Santiago». Ponferrada

Resumen

Presentamos un caso de Síndrome de Wunderlich^{4,6}, también denominado hematoma perirrenal espontáneo², como causa a tener en cuenta en un servicio de urgencias al enfrentarnos con la valoración de un Dolor Abdominal Agudo.

Palabras clave: Síndrome de Wunderlich. Dolor abdominal agudo. Urgencias.

Introducción

El Síndrome de Wunderlich^{4,6}, caracterizado por la súbita formación de una colección hemática en la celda renal de etiología no traumática^{2,4}, es infrecuente y responde a múltiples causas, siendo la más frecuente los tumores renales y dentro de ellos el Angiomio-lipoma y el Hipernefroma^{1,3}. Hemos realizado una revisión de la literatura analizando la etiología de dicho síndrome aportada en distintas publicaciones, así como las actitudes diagnósticas y terapéuticas que mantienen distintos grupos¹⁻⁵.

El caso que presentamos, a pesar de su infrecuencia, es uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en todo dolor abdominal agudo visto en un servicio de urgencias.

Caso clínico

Mujer de 32 años, con antecedentes personales de esclerosis tuberosa, cardiomegalia sin filiar, con crisis

de taquicardia paroxística supraventricular tratada con beta-bloqueantes e infecciones de tracto urinario de repetición tratadas por su médico de cabecera con ciprofloxacino.

Llega al servicio de urgencias de nuestro hospital con un episodio de dolor abdominal de tres horas de evolución tipo cólico, que desde la fosa renal izquierda se irradia a hemiabdomen izquierdo acompañándose de clínica miccional (disuria, polaquiuria, tenesmo) y fiebre de 38,5° C, tensión arterial 120/70.

A la exploración física se objetiva dolor selectivo en el trayecto ureteral izquierdo, discreta defensa abdominal y una puño-percusión renal muy llamativa; no se palpan masas abdominales.

La analítica elemental muestra:

Hemograma. Ht° 32%; Hb 11,4; Leucocitosis con desviación izquierda. Sedimento urinario. Bacteriuria, hematuria.

Test de Gestación. Negativo.

En un primer momento no nos llama la atención las cifras de Ht° ni de Hb bajas ya que según la enferma se encuentra en ese momento con la menstruación y éstas suelen ser abundantes. La radiografía de abdomen no revela nada significativo, salvo la colocación de un DIU (Figura 1).

La paciente queda en observación con el diagnóstico de pielonefritis aguda y tratamiento consiguiente. A las pocas horas de su ingreso, la paciente muestra un empeoramiento de su estado general, con una disminución llamativa de sus cifras de Ht: 29%, y Hb: 8 gr. Se tramita una ecografía urgente (Figura 2) donde se informa:

«En fosa renal derecha no se aprecia riñón y en su lugar acúmulo de ecogenicidad grasa.

Correspondencia: G. Fernández Fernández. Servicio de Urgencias. Hospital «Camino de Santiago». Avda. de Astorga, 16. 24400 Ponferrada (León)

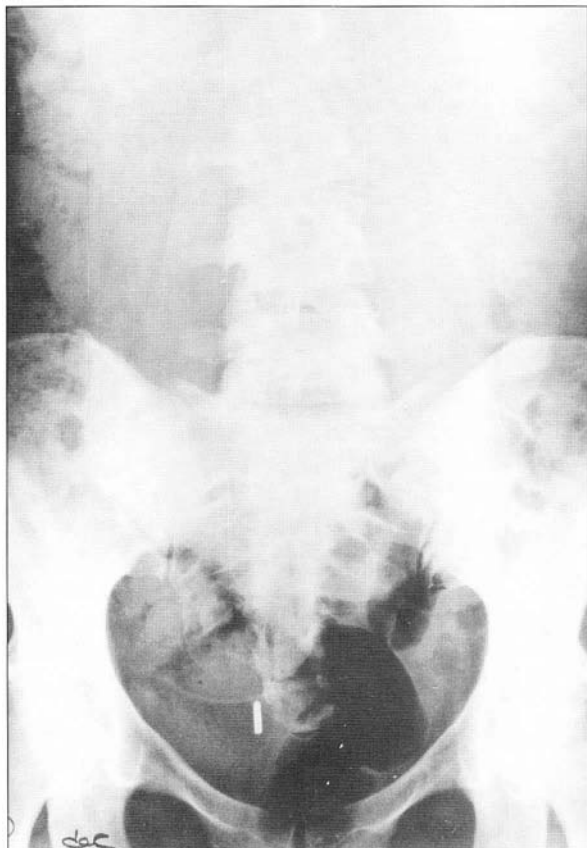


Figura 1. Rx simple de abdomen.

A nivel de fosa renal izquierda tampoco localizamos riñón apreciándose gran masa en cuyo seno existe una lesión hipo o anecoica de 10 cm con flujo turbulento en su interior. Recomendamos TAC y valoración vascular. Hígado y bazo sin alteraciones. Barro biliar.»

Puestos en contacto con nuestro centro de referencia se tramita TAC (Figura 3) y se solicita valoración por el servicio de cirugía vascular, ya que la sospecha diagnóstica es la de rotura de un aneurisma de arteria renal⁵.

Se realiza el traslado en una UVI móvil llegando al centro de referencia después de dos horas con un cuadro de shock hipovolémico (Ht: 16 %. Hb: 6 gr) siendo ingresada en la UCI. Tras la realización del TAC se informa de «Gran masa heterogénea abdominal de origen retroperitoneal que mide 40x30x30, con sangrado activo».

Se decide la intervención urgente por parte del Servicio de Urología, con extirpación de la masa retroperitoneal junto a nefrectomía izquierda y esplenectomía, siendo el juicio clínico:



Figura 2. Ecografía (flujo turbulento en su interior).

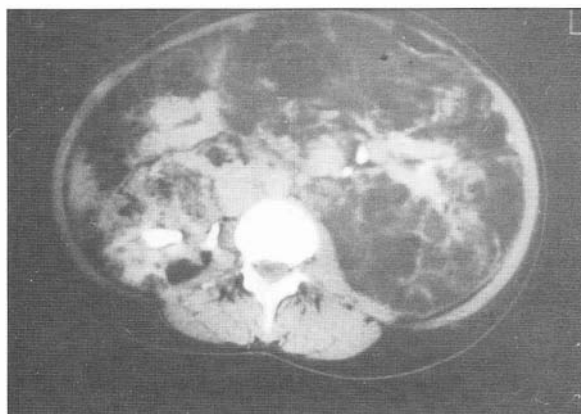


Figura 3. TAC Abdominal (masa retroperitoneal con sangrado activo).

Esclerosis tuberosa, hamartoma esplénico, angiomiolipoma renal bilateral, Síndrome de Wunderlich.

El diagnóstico anatomopatológico nos lo confirma.

Comentario

Hacemos hincapié en la trascendental importancia que supone el seguimiento evolutivo de los pacientes, ya que nos puede poner sobre aviso de otra patología subyacente grave y urgente enmascarada, como es el caso que nos ocupa «Síndrome de Wunderlich» por una patología más frecuente: pielonefritis aguda.

Bibliografía

1. Asensio L, Del Valle J y cols. «Hemorragia Suprarrenal Aguda y

- Adenocarcinoma Renal contralateral». Arch Esp de Urol 1992; 45: 713-775.
2. Bevilacqua JS, Morgentaler A, Loughlin KJ, Tumeo SS. «Spontaneous perinephric and Subcapsular Hemorrhage: Evaluation with CT, VS and angiography». Radiology 1989; 172: 733.
 3. Martínez Piñero JA y cols. «El Angiomiolipoma renal como causa del hematoma perirrenal espontáneo». Arch Urol 1972; 25: 579.
 4. Puiguet A, Mallo N y Solís W. «Hematoma perirrenal espontáneo». Adn Fund 1974; 4: 101.
 5. Reig C, Tremps E y cols. «Síndrome de Wunderlich secundario a rotura aneurisma de la arteria renal: Revisión de la literatura». Arch Esp de Urol 1992; 45: 417-420.
 6. Wunderlich RA. «Handbuch der Pathologie und Therapie». Ebner and Seubert. Stuttgart, 1956.