

## Nota clínica

# Hemorragia renal no traumática: Síndrome de Wunderlich

J. Martínez Pérez\*, D. Caldevilla Bernardo\*, G. Blanco Arnaiz\*\*, C. Martín García\*\*\*, A. Pérez Sánchez\*\*\*

\*FEA SERVICIO DE URGENCIAS. \*\*MIR MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. \*\*\*ATS SERVICIO DE URGENCIAS.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

## RESUMEN

**E**l síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea es una entidad muy infrecuente, pero dada la situación urgente y en algunas ocasiones vital que supone, es importante que nos familiaricemos con su existencia, con sus potenciales causas y con la frecuencia relativa de cada una de ellas. La tomografía computerizada es el método de elección para realizar el diagnóstico. Presentamos el caso de una hemorragia renal espontánea secundaria a un angiomiolipoma y analizamos su diagnóstico y tratamiento.

**Palabras clave:** *Síndrome de Wunderlich. Hemorragia renal espontánea. Tomografía computerizada. Angiomiolipoma.*

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea es una entidad clínica inusual. El término espontánea hace referencia a la ausencia de traumatismos previos, que es sin lugar a dudas la causa más frecuente de hemorragia renal que encontramos en la práctica clínica.

La etiología del Síndrome de Wunderlich o hemorragia renal no traumática obedece a múltiples causas, correspondiendo más del 50% a tumores renales, siendo el adenocarcinoma renal la causa más frecuente, seguido del angiomiolipoma. La clínica típica se caracteriza por dolor abdominal de inicio brusco asociado a la presencia de una masa palpable y a signos y síntomas de shock hipovolémico.

El diagnóstico es difícil, y ha de basarse en la clínica y sobre todo en las exploraciones complementarias, donde la to-

## ABSTRACT

Non-traumatic renal haemorrhage: Wunderlich's syndrome

**W**underlich's syndrome, or spontaneous renal haemorrhage, is a highly infrequent condition, but because of the urgent and sometimes life-threatening situation it represents it is imperative that we become familiar with its features, its possible causes and the relative frequency of each such cause. The CT scan is the method of choice for establishing the diagnosis. We present one case of spontaneous renal haemorrhage secondary to angiomyolipoma, and analyse the diagnostic procedure and therapeutic management.

**Key Words:** *Wunderlich's syndrome. Spontaneous renal haemorrhage. CT scan. Angiomyolipoma.*

mografía computerizada (TC) constituye el método diagnóstico de elección.

El tratamiento es en principio conservador, aunque en ocasiones, como en el caso que presentamos a continuación, la situación clínica del paciente hizo necesaria una intervención quirúrgica urgente, comportando una nefrectomía urgente que se asocia a una elevada morbimortalidad.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 80 años con antecedentes de HTA en tratamiento con diuréticos y diabetes mellitus controlada con insulina. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de inicio brusco acompañado de náuseas y vómitos de cinco horas de evolución. En el momento de la

**Correspondencia:** Josefa Martínez Pérez.  
C/ Miguel Ángel 123. 02651 Fuente Álamo. Albacete  
E-mail: dcaldevilla@ono.com

**Fecha de recepción:** 13-6-2003  
**Fecha de aceptación:** 26-6-2003



exploración la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, apreciándose en la exploración un abdomen blando pero distendido, doloroso a nivel de hemiabdomen derecho, donde se apreciaba una masa de aproximadamente ocho centímetros de diámetro extremadamente dolorosa.

La radiografía de tórax resultó normal y la radiografía de abdomen mostró la presencia de una imagen redondeada localizada en hemiabdomen derecho (figura 1). La analítica mostró: hemoglobina 10,8 g/dl, hematocrito 30,2%, leucocitos 15.320 mm<sup>3</sup> (neutrófilos 68%), urea 61 mg/dl y creatinina 1,7 mg/dl, siendo el resto de parámetros, incluida la coagulación normales.

Se realizó TC abdominal (figura 2) que puso de manifiesto la presencia de tumoraciones de densidad grasa bilaterales con afectación bilateral de espacios perirenales, y sangrado del riñón derecho distribuido por el espacio perirrenal derecho, compatible con angiomiolipoma bilateral con hematoma del espacio perirenal derecho.

Durante su estancia en el servicio de urgencias la paciente presentó signos de inestabilidad hemodinámica con anemia progresiva (hemoglobina 8,2 g/dl, hematocrito 24,0%, leucocitos 18.240 mm<sup>3</sup> con 72% de neutrófilos), por lo que, a pesar de que la etiología del proceso sugería benignidad, la situación clínica de la paciente obligó a la realización de nefrectomía urgente.

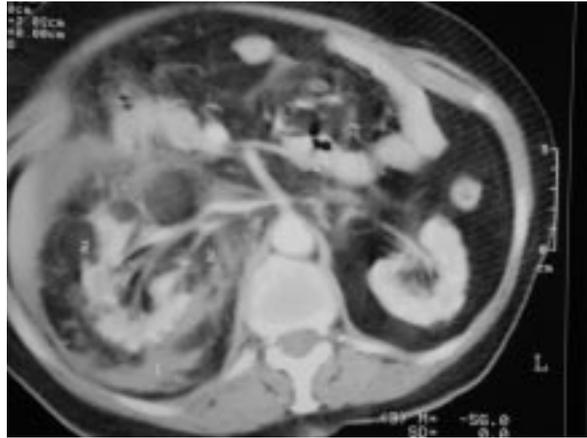


Figura 2a. TAC abdominal

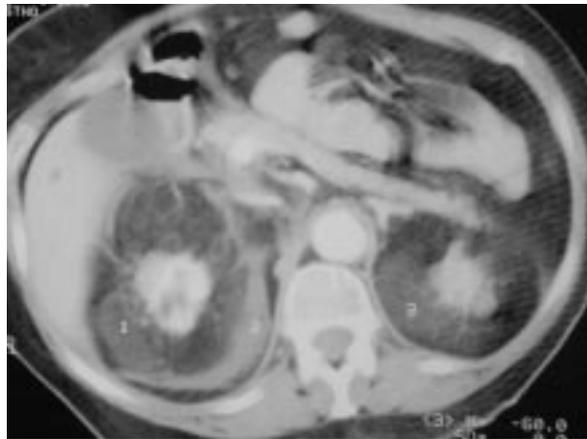


Figura 2b. TAC abdominal.



Figura 1. Radiografía de abdomen.

Se realizó intervención quirúrgica de urgencia, falleciendo la paciente en las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica. El estudio anatómo-patológico confirmó la presencia de un angiomiolipoma.

## DISCUSIÓN

El cuadro clínico conocido como síndrome de Wunderlich es debido a la presencia de una colección hemática en la celda renal provocada por una causa no traumática. El mecanismo responsable del daño renal podría ser el aumento brusco de la presión venosa renal, producido principalmente por una lesión ocupante de espacio.

El primero en describir el sangrado renal de causa no traumática fue Bonet en 1700, y posteriormente en 1856 Wunderlich<sup>1</sup> realizó la primera descripción clínica de este síndrome denominándolo "apoplejía espontánea de la cápsula renal".

Posteriormente Coenen, en 1910, presentó 13 casos utilizando por primera vez el término de síndrome de Wunderlich en homenaje al anterior autor.

La forma de presentación del cuadro varía en función de la cuantía de la hemorragia, aunque habitualmente se presenta de forma brusca por el desarrollo de una hemorragia masiva en retroperitoneo con repercusión hemodinámica. En un 20% de los casos el cuadro cursa con la típica tríada de Lenke, que consiste en dolor intenso en fosa renal afecta y en hipocostrio ipsilateral, masa palpable y signos y síntomas de shock hipovolémico. Ésta fue la forma de presentación de nuestro caso clínico, aunque en ocasiones puede presentarse de forma crónica (dolor lumbar), siendo su diagnóstico mucho más difícil. Cuando el sangrado es subagudo, puede aparecer fiebre por extravasación urinaria o por sobreinfección del hematoma.

En una amplia revisión bibliográfica realizada por Kendall<sup>2</sup>, la etiología más frecuente corresponde a tumores (la etiología tumoral más frecuente es el adenocarcinoma con un 33% y el angiomiolipoma con un 24%), seguida por causas vasculares (poliarteritis nodosa, malformaciones arteriovenosas, aneurisma de la arteria renal), causas infecciosas (pielonefritis, tuberculosis...) y otras causas más raras (hidronefrosis, enfermedades poliúísticas, litiasis y afectación de estructuras perirenales).

En nuestro caso clínico, nosotros mostramos un ejemplo de etiología tumoral benigna (angiomiolipoma). El angiomiolipoma es un tumor benigno<sup>3</sup> de origen hamartomatoso compuesto por vasos, músculo liso y grasa. Se presenta con una frecuencia de un 8% y generalmente nunca metastatiza, aunque excepcionalmente se ha descrito la degeneración sarcomatosa. Suelen permanecer silentes y en la mayoría de los pacientes son descubiertos como hallazgos casuales con las

exploraciones radiológicas realizadas por otras causas. No obstante, hay que tener en cuenta que puede ser causa de hemorragia retroperitoneal, que es su complicación más importante.

Inicialmente siempre hemos de valorar hemodinámicamente a estos pacientes. La TC es la exploración complementaria de elección<sup>4</sup> y en la mayoría de los casos permite establecer el diagnóstico etiológico de presunción (la detección de grasa dentro del tumor es prácticamente patognomónica de angiomiolipoma), así como valorar la extensión del hematoma retroperitoneal. En nuestro caso el diagnóstico radiológico mediante TC abdominal, se confirmó posteriormente tras la cirugía con el estudio anatomopatológico.

En cuanto a la ecografía abdominal cabe destacar su importancia, sobre todo en aquellos hospitales en los que se carece de TC, por ser un método asequible y rápido, mediante el cual se pueden poner de manifiesto los distintos grados de colección en el espacio perirrenal. En ocasiones, estas colecciones pueden estar asociadas a masas renales, hipernefomas y angiomiolipomas, siendo en estos casos difícil diferenciar estructuras renales, apareciendo un patrón de masa heterogénea.

En los casos en los que existe una sospecha etiológica vascular, la arteriografía renal<sup>5</sup> puede ser útil, ya que además de diagnóstica puede resultar terapéutica al realizar embolizaciones en lesiones de origen vascular.

El tratamiento del síndrome de Wunderlich<sup>6</sup> es conservador, siempre y cuando se trate de un caso de etiología benigna y cuando el estado hemodinámico del paciente lo permita, reservando la nefrectomía para los casos de etiología maligna, y la nefrectomía urgente para aquellos en que a pesar de su etiología benigna esté comprometida la vida del paciente, como en el caso presentado.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Wunderlich RA. Handbuch der pathologie und therapie. Ebnert und Seubert. Stuttgart, 1856.
- 2- Kendall AR, Senay BA, Coll ME. Spontaneous subcapsular renal hamartoma: diagnosis and management. *J Urol* 1988;139:246-50.
- 3- Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Tamm EP, Goldman SM, Fishman EK. CT evaluation of renovascular disease. *Radiographics* 2000;20:1321-40.
- 4- Belville JS, Morgentaler A, Loughlin KJ. Spontaneous perinephic and

subcapsular hemorrhage: evaluation with TAC, US, and angiography. *Radiology* 1989;172:733.

- 5- Soulen MC, Faykus MH, Jr, Slansky-Goldberg RD, Wein AJ, Cope C. Elective embolization for prevention of hemorrhage from renal angiomyolipomas. *J Vasc Interv Radiol* 1994;5:587-91.

- 6- Fernández Rodríguez A, Picurelli Oltra L, Sendra Torres A, Fernández Raro J, Alcalá-Santaella C, Baixauli Martínez JM. Evaluación clínica y tratamiento de la hemorragia perirrenal espontánea. *Arch Esp Urol* 1996;49:119-22.