

HEMATOMA RENAL SUBCAPSULAR

Dres. Juan A. Mocellini Iturralde, Carlos Millán y Raúl A. Rubi.

El hematoma perirrenal espontáneo es una afección excepcional y su denominación resume sus características anatomoclínicas. La primera descripción de la enfermedad es atribuida a Wunderlich quien en 1856 publica un caso al que siguen los de Bonet, Nebel, Rouppe y Dowlin hasta que en 1911, Lenormant, realiza el primer estudio serio de la enfermedad y de su cuadro clínico.

Desde el punto de vista anatómopatológico, (5) se puede dividir en hematoma subcapsular y hematoma extracapsular. En el primer caso, la colección hemática desprende la cápsula renal y se crea un hematoma circunscripto. En el segundo caso, el derrame se realiza entre el riñón y la cápsula céluloadiposa, adquiriendo variadas proporciones de acuerdo a la magnitud de la hemorragia. Ambas formas pueden evolucionar hacia la reabsorción, supuración o enquistamiento.

Dos son las manifestaciones clínicas que dominan el cuadro, a) dolor lumbar y shock y b) tumefacción lumbar. El dolor es violento difuso, sincopal, casi sin irradiación, pudiendo aparecer después de un esfuerzo cualquiera (1). El colapso es de intensidad variable y en general está condicionado a la magnitud de la pérdida sanguínea. En horas sucesivas aparece la tumefacción lumbar, de capital importancia en el diagnóstico, y se presenta como un tumor de bordes imprecisos, de consistencia muy particular y cuya semiología se ve dificultada por la contractura muscular.

La naturaleza sanguínea del tumor se puede certificar por el signo de la crepitación (Mondor), por la subictericia y la equimosis lumbar. La radiología solo muestra una opacidad de la celda lumbar, borramiento de la sombra del psoas y niveles líquidos intraintestinales consecuencia de la paresia o parálisis del delgado.

En resumen, el diagnóstico se realiza por la denominada triada de Lenk: a) dolor lumbar brusco y violento, b) signos de hemorragia interna y c) la aparición de un tumor retroperitoneal.

El paciente que motiva esta comunicación es un hombre de 53 años de edad, hipertenso, que comienza con intensos dolores lumbares y de flanco izquierdo apareciendo simultáneamente una hematuria macroscópica, total y sin coágulos, haciéndose en ese momento un pico hipertensivo, llegando la máxima a 240 mmHg.

Se completa el estudio mediante una urografía de excreción y una pielografía ascendente izquierda, donde se encuentra un aumento de tamaño y deformidad del contorno renal en su parte media y si bien se conserva la arquitectura de los cálices, hay un ligero aplanamiento de los del grupo medio.

Por vía transfemoral se realiza una arteriografía, y se puede apreciar una reducción de la cantidad y calidad de las ramificaciones y un deficiente renograma; la alteración no incluye a la zona media y externa del riñón que aparece desprovista de vascularización.

Ante la duda diagnóstica y la posibilidad de estar en presencia de un tumor renal se procede a la lumbotomía, encontrándose en el acto quirúrgico una glándula de superficie abollonada, convexa de color rojo vinoso, aumentada de tamaño, renitente y con zonas de mayor consistencia. Al punzar la cápsula se aspira una poca cantidad de líquido sanguinolento y en la incisión de la misma se observa un tejido friable y rojizo. En estas condiciones se procede a su exéresis. La evolución postoperatoria es normal, y se produce el descenso de la presión arterial a las cifras habituales que tenía el paciente, entre 190 y 200 mmHg. (3).

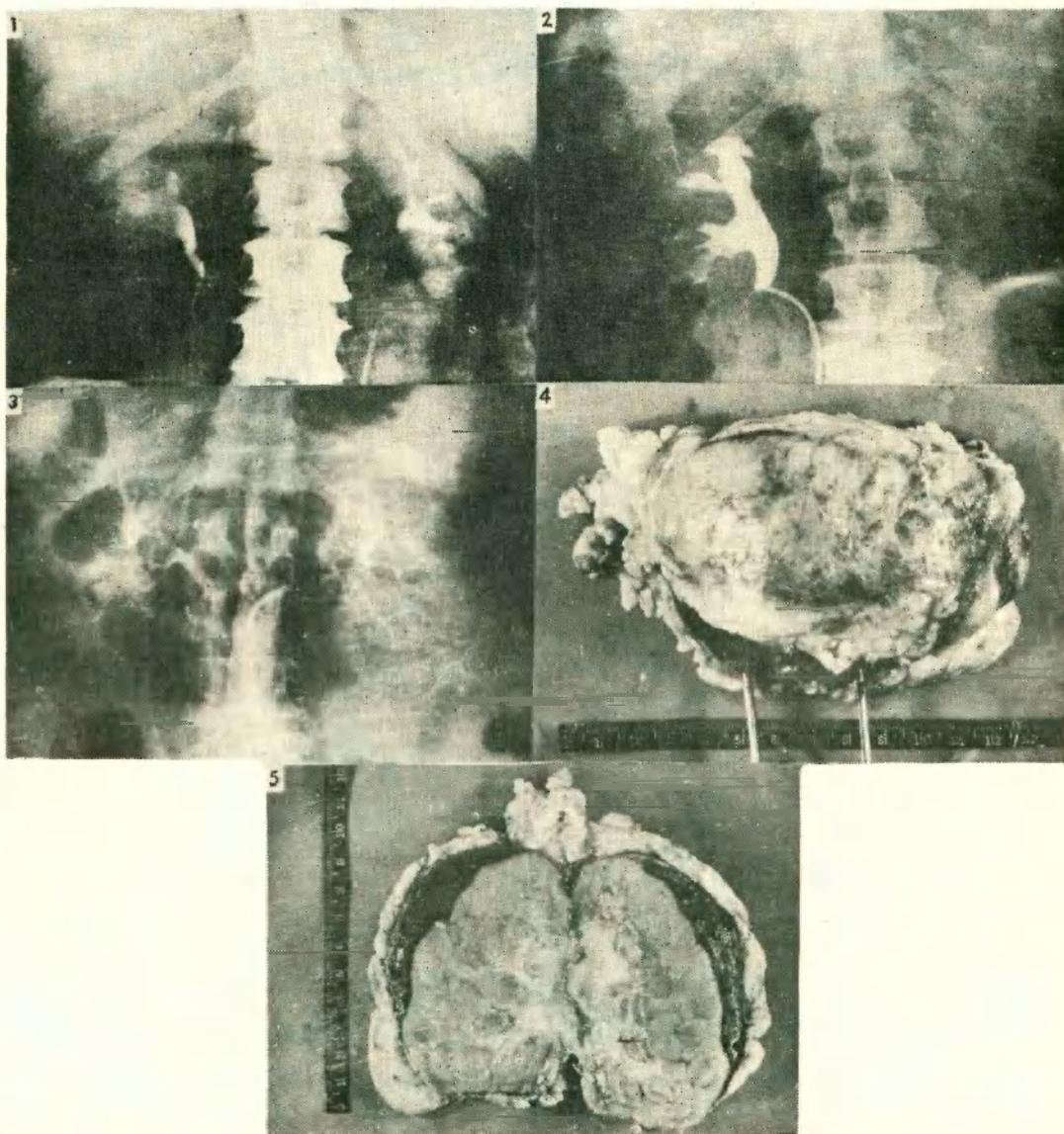
HEMATOMA RENAL SUBCAPSULAR

El informe histopatológico dice que se trata de un hematoma, pero como lesión originaria sólo se evidencia una intensa arterioesclerosis y nefritis intersticial.

Desde el punto de vista etiológico la falta de traumatismo constituye la condición sine qua non para el diagnóstico de hematoma perirrenal espontáneo. En un porcentaje alto de casos (60-70 %) hay lesiones previas, ya sean tumores benignos o malignos, tuberculosis, uronefrosis, poliquistosis, infartos, periarteritis nudosa, etc. y en el 6 % de los casos es la suprarrenal la responsable de las lesiones. Se han atribuido algunos casos a las alteraciones hematológicas fundamentalmente en aquellas en que están alterados los mecanismos de la coagulación normal, pero en un 16-20 % no ha sido posible demostrar patología previa, entonces se habla de hematomas esenciales o criptogenéticos (6).

En nuestro país hay varios aportes y estudios al tema, siendo una de las primeras la de Grimaldi (4) y la de Cid y Ercole (3), siendo muy interesante por la edad del paciente la comunicación de Rímolo y Pagliere (7).

Hemos creído interesante traer esta no muy frecuente enfermedad, el hematoma perirrenal espontáneo, que en nuestro caso en particular fue acompañado de una marcada hipertensión, curando después de la nefrectomía.



BIBLIOGRAFIA

- 1 - Cibert J., Vachon A. y Cavailher H.
J. d'Urol., 50 (1-2): 65, 1942.
- 2 - Cid J. M., y Ercole R.
R. A. Urol. Vol. VIII (1-2): 5, 1939.
- 3 - Downs R. y Hewett A.
J. Urol. Vol. 88 (1): 116, 1962.
- 4 - Grimaldi F.
Arch. Med. Hosp. Ramos Mejía, 2: 189, 1933.
- 5 - Leger L.
Enc. Med. Chir., Rein, Fasc. 18109 B, pág. 1.
- 6 - Polkey A. y Vynalek L.
- 7 - Rimolo C. y Pagliere H. A.
R. Arg. Vol. XXXII (4-5-6): 122, 1963.

QUIMIOTERAPICO DE
ACCION ANTIBIOTICA
DE TROPISMO URINARIO



FORMULA
5 - NITRO - 8 - HIDROXIQUINOLEINA 100 mg.

URO-COLI

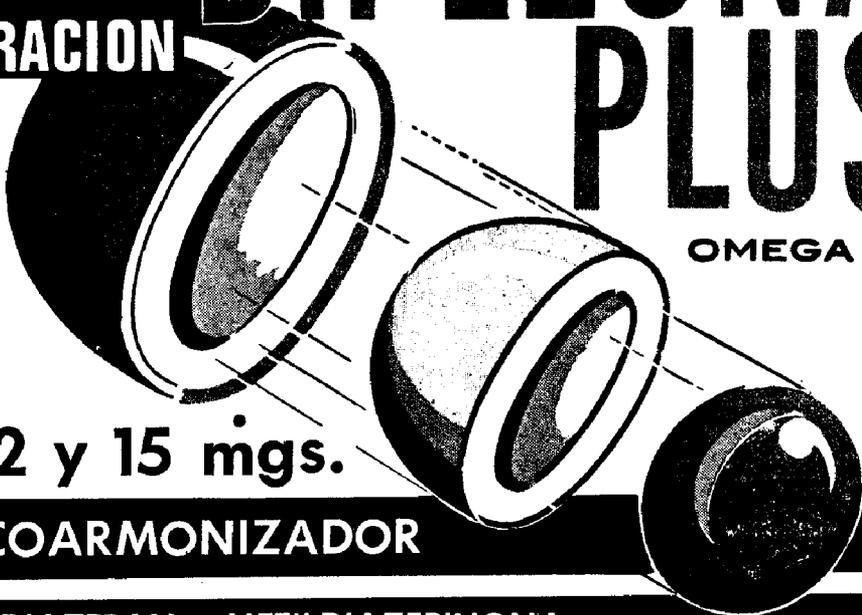


COMPRIMIDOS
RANURADOS

GRAGEAS DE
TRIPLE
LIBERACION

DIPEZONA PLUS

OMEGA

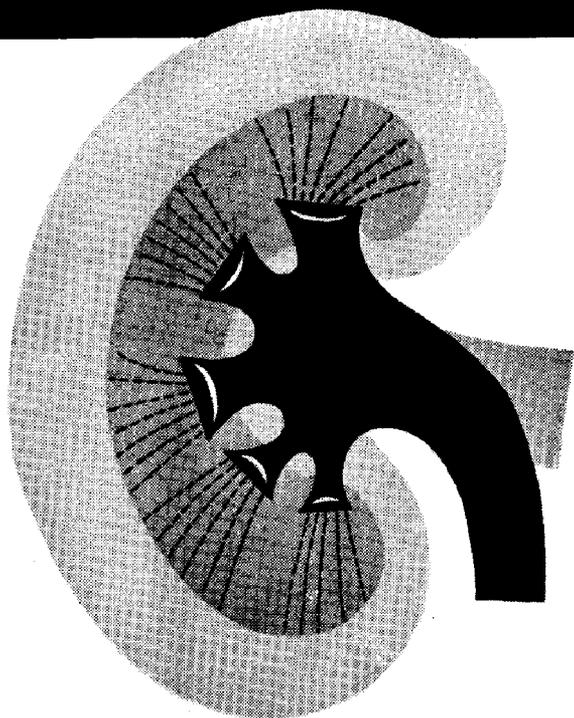


7 1/2 y 15 mgs.

PSICOARMONIZADOR

DIAZEPAN o METILDIAZEPINONA

RENOLITOL



■ **ANTILITIASICO RENAL**

■ **ANTIESPASMODICO**

■ **DIURETICO**

GOTAS - PERLAS - SOLUCION al 15%.



QUIMICA ARISTON S. A.
O'CONNOR 555/59 - RAMOS MEJIA
Pcia. de BUENOS AIRES - ARGENTINA