

Hospital Español de Buenos Aires  
 Servicio de Urología  
 Jefe Prof. Dr. ALBERTO E. GARCIA

## HEMATOMA PERIRRENAL ESPONTANEO (dos casos)

Dres. HECTOR TORRENTI \*, EDUARDO D. SINGER y JOSE CASAL

Desde que Wunderlich en 1856 hiciera la primera descripción detallada del síndrome que lleva su nombre, la literatura mundial ha ido enriqueciéndose con nuevos aportes, hasta llegar al año 1960 en que Mackenzie A. R. reúne 340 casos de la literatura mundial. Entre nosotros hay observaciones de: Zeno A. (1923), Gutiérrez A. (1928), García A. E. y Monserrat J. L. (1932), Grimaldi F. E. (1933), Cid J. M. y Ercole R. (1939), Waldorp C. P. y Fernández Luna (1939), Turco N. B. y Uriburu J. V. (h) (1940), Rubí R. A., Grimaldi A. A. y Mackintosh C. A. (1952), Benenson R. (1957), Iacovone R. C., Nespirias J. M. y Martini C. (1957), Fongi E., Buzzi A. y Berra J. (1960), Urrejola R. E. (1962), Bilesio A. E., Campodónico A. y Molina R. (1962), Rimolo C. y Pagliere H. A. (1963), Mocellini Iturralde J. A., Millán C. y Rubí R. A. (1967) y la tesis de doctorado de Urrejola R. E. (1946). Entre las causas que pueden motivar este cuadro existen afecciones de orden general (periarteritis nudosa, hemofilia, púrpura, leucemia, terapia anticoagulante, etc.). Como factores locales de origen extrarrenal se citan: tumores retroperitoneales, afecciones de la suprarrenal, aneurisma de la aorta, etc. Sin embargo las afecciones renales figuran con mayor frecuencia como desencadenantes de esta afección podemos mencionar entre ellas: las nefritis, neoplasias, hidronefrosis, infecciones, tuberculosis, litiasis, enfermedad poliquística, etc. Harrow y Sloane han encontrado 24 observaciones sobre un total de 180 aneurismas de la arteria renal.

Desde el punto de vista anátomo-patológico es una colección sanguínea subcapsular o extracapsular. Clínicamente se presenta con la clásica tríada de Lenk: 1º) dolor intenso en zona lumbar, 2º) contractura muscular y 3º) síndrome de hemorragia interna. Se distinguen tres formas clínicas: aguda, subaguda y crónica. Al examen físico se puede comprobar la presencia de un tumor retroperitoneal y distensión abdominal. Como elemento diagnóstico es de utilidad la radiografía simple de abdomen en la que podemos observar: borramiento del psoas y una opacidad ocupando la fosa lumbar correspondiente. El urograma excretor nos puede mostrar: ausencia de eliminación de sustancia opaca, desplazamiento del riñón y del uréter y borramiento del contorno renal como asimismo el estado funcional del riñón adelfo. Creemos importante en ciertos casos practicar la punción exploradora abdominal o lumbar como así también la angiorenografía. El diagnóstico diferencial será necesario hacerlo con: absceso perinefrítico, pancreatitis aguda, perforación gastroduodenal, embarazo ectópico y con todo cuadro abdominal agudo con síntomas de hemorragia interna.

La evolución espontánea es grave produciendo en la mayoría de los casos la muerte del paciente a consecuencia de la intensa anemia y del shock concomitante. Creemos que la lumbotomía exploradora está justificada ante el cuadro descrito permitiendo realizar desde el simple drenaje del hematoma hasta la nefrectomía, de acuerdo a la causa que ha motivado este proceso.

Se relatan a continuación los dos casos que motivan este trabajo.

*Observación N° 1.* L. de B., 57 años, arg., sexo femenino. Ingres a una clínica privada el 22-3-66 con un cuadro típico de cólico renal derecho acompañado de hematuria total de un día de evolución. Al examen físico se com-

\* Avda. H. Irigoyen 9847 - L. Zamora, Prov. Bs. As.

prueba la presencia de una tumoración que ocupa la fosa lumbar derecha y meteorismo abdominal del mismo lado. La paciente presenta facies pálida, pulso rápido y filiforme y estado general bastante comprometido. Al comprobar un hematocrito de 27 se indican dos transfusiones de sangre total de 500 cc. cada una y mediante radiografía simple de abdomen y urograma excretor hecho en cama con equipo portátil observamos: ausencia de eliminación de sustancia opaca del lado derecho con borramiento del psoas y dilatación del colon ascendente. Función y morfología del riñón izquierdo normal. Se decide la lumbotomía exploradora horas después de su ingreso.

Operación: Anestesia general. Lumbotomía con resección de la 12<sup>a</sup> costilla. Al entrar a la atmósfera pararenal se comprueba la presencia de numerosos coágulos formando una masa uniforme con la grasa para y perirrenal. Se exterioriza la glándula renal que presenta un color violáceo oscuro, encontrándose la pelvis renal abierta longitudinalmente hasta la unión pieloureteral y totalmente ocupada por coágulos. Se efectúa la nefrectomía. Cierre por planos y se deja drenaje aspirativo. Post-operatorio normal siendo dada de alta curada el 29/3/66. El examen histopatológico (Dr. J. M. Monserrat (h)) informó: pielitis aguda hemorrágica necrotizante. (Fig. N° 1). Protocolo N° 11685.

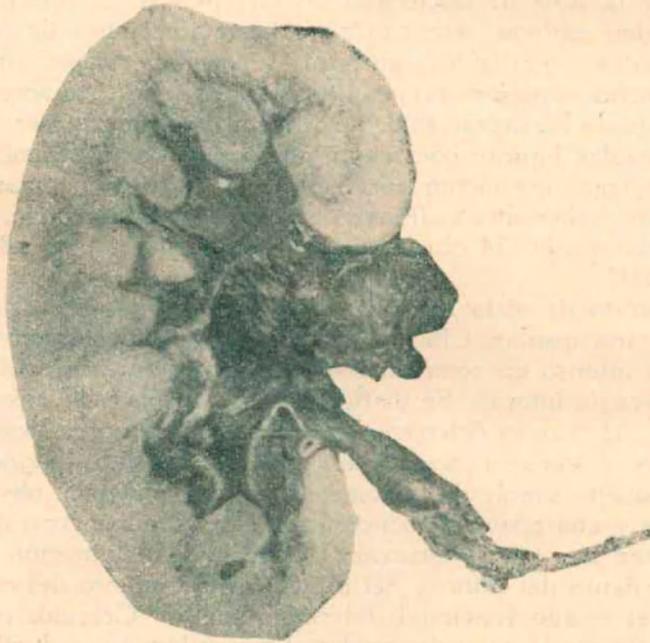


FIGURA 1

Observación N° 2: (Historia clínica N° 38.638. Instituto de Cirugía Torácica). M. S., 47 años, arg., sexo femenino. Ingresó el 22/4/68 con intenso dolor lumbo-abdominal derecho, con los caracteres de un cólico renal que duró dos horas. Calmó con analgésicos. Al examen físico se palpa el riñón derecho duro, fijo y poco doloroso. Resto del examen normal. Hematocrito: 46. El urograma excretor revela una imagen tumoral del riñón derecho. Riñón izquierdo: normal. (Fig. N° 2). Operación: 24/4/68. Lumbotomía derecha amplia con resección de la 12<sup>a</sup> costilla. Se abre peritoneo y se explora la cavidad peritoneal, cierre del peritoneo. Se individualiza el pedículo renal que se liga en masa. Se libera el polo superior del riñón y su cara posterior encontrándose un tumor de la gotera lumbar en íntima adherencia con la glándula a quien

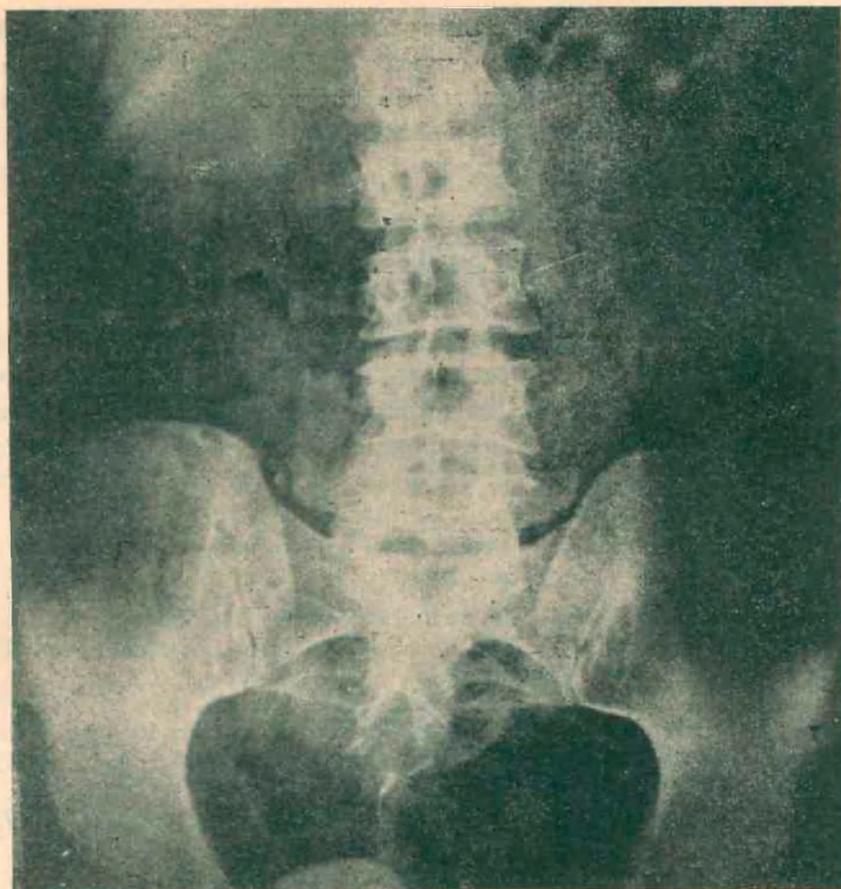


FIGURA 2

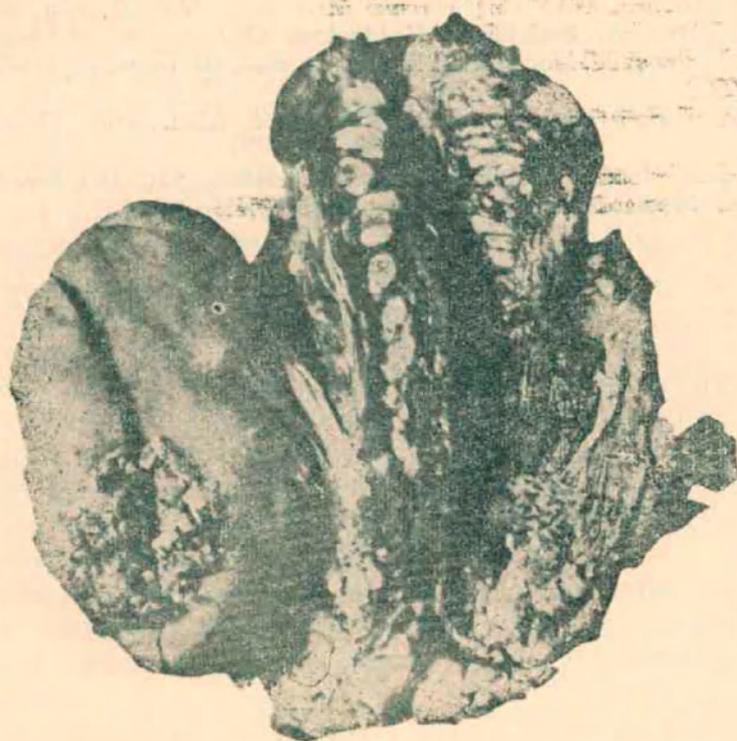


FIGURA 3

sobrepasa y rodea en todo su contorno. Individualización, ligadura y sección del uréter. La disección del tumor íntimamente adherido al psoas se hace a

**expensas del músculo. Cierre por planos. Se deja drenaje aspirativo. Postoperatorio: normal. Es dada de alta curada el 3/5/68. El examen histopatológico (Dr. J. M. Monserrat [h.]) informó: Hamartoma de riñón (angio-fibro-lipoma) con hematoma perirrenal en organización. (Fig. N° 3). Protocolo N° 14.797.**

## RESUMEN

Se presentan dos observaciones de hematoma perirrenal espontáneo. El primero debido a una pielitis aguda hemorrágica necrotizante y el segundo a un hamartoma de riñón (angio-fibro-lipoma). En los dos casos se practicó nefrectomía.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Benenson, R.: Prensa Méd. Arg., Vol. 44, pág. 2257-2258, 1957.
- 2 Bilesio, A. E., Campodónico, A. y Molina, R.: Rev. Urol. Rosario, 2:17, 1962.
- 3 Cid, J. M. y Eccle, R.: Rev. Argent. Urol., 8:5-17, 1939.
- 4 Fongi, E., Buzzi, A. y Berra, J.: Prensa Méd. Arg., Vol. 47, pág. 453-457, 1960.
- 5 García, A. E. y Monserrat, J. L.: Rev. Asoc. Méd. Arg., Tomo 46, pág. 994-1004, 1932.
- 6 Grimaldi, F. E.: Arch. Med. del Hosp. Ramos Mejía, Tomo 15, págs. 189-190, 1933.
- 7 Gutiérrez, A.: Rev. de Cirugia, Tomo 7, pág. 36-41, 1928.
- 8 Iacovone, R. C., Nesprias, J. M. y Martini, C.: Prensa Méd. Arg., Vol. 44, pág. 2330-2333, 1957.
- 9 Mackenzie, A. R.: J. Urol., 84:243-245, 1960.
- 10 Mocellini Iturralde, J. A., Millán, C. y Rubi, R. A.: Rev. Argent. Urol., 36-238-240, 1967.
- 11 Rimolo, C. y Pagliere, H. A.: Rev. Argent. Urol., 32:122-125, 1963.
- 12 Rubi, R. A., Grimaldi, A. A. y Mackintosh, C. A.: La Rev. de Med. y Ciencias Afines, Año 14, N° 9, pág. 295-297, 1952.
- 13 Turco, N. B. y Uriburu, J. V. (h.): Prensa Méd. Arg., Vol. 27, pág. 695-699, 1940.
- 14 Urrejola, R. E.: Rev. Argent. Urol., 31:148-150, 1962.
- 15 Urrejola, R. E.: Tesis de Doctorado. Biblioteca Fac. de Ciencias Médicas de Bs. As. Ubicación: 8407/T.
- 16 Waldorp, C. P. y Fernández Luna, D.: Rev. Asoc. Méd. Arg., Tomo 53, pág. 435-448, 1939.
- 17 Zeno, A.: Libro de Homenaje al Prof. Dr. Luis Güemes, pág. 705-709, 1923, Biblioteca Fac. de Ciencias Médicas de Bs. As. Ubicación: 19.457.