

# CAUSAS INUSUALES DE HEMATOMA PERIRRENAL Y RETROPERITONEAL

Dres. Miguel J. Maxit\*, Ricardo Paz\*\*

La causa más frecuente de la hemorragia retroperitoneal espontánea en los adultos, se debe a la ruptura de un aneurisma aórtico. De ahí la perplejidad de los médicos tratantes cuando la ecografía o tomografía computada (TAC) no muestran esta patología.

Lógicamente se descartará que el paciente se encuentre anticoagulado y se efectuará un cuidadoso estudio de la coagulación. Si esto es normal, el médico pondrá en juego toda una gama de posibilidades diagnósticas, buscando el órgano afectado responsable de esta patología.

Presentamos aquí tres casos que fueron un claro desafío diagnóstico.

## Caso 1 (HC 33358)

Un hombre de 81 años ingresó al hospital el 27 de julio de 1997 por un cuadro pre-síncope, posterior al esfuerzo de intentar levantar a su esposa parapléjica. Se le encontró hipotensión ortostática y un descenso del hematocrito de 30 a 24%. En las últimas semanas había tenido polaquiuria, disuria y hematuria. Esta última fue total en algunas oportunidades. Al ingreso presentó escalofríos y dolor lumbar derecho, severo, irradiado al flanco. Tenía dolor y aumento de tensión a la palpación en el hemiabdomen derecho. Una TAC del abdomen mostró una extensa imagen hiperdensa que rodeaba al riñón derecho, con desplazamiento caudal del mismo, compatible con un hematoma subcapsular (fig. 1).

Se decidió realizar una lumbotomía exploradora y se encontró un gran hematoma retroperitoneal y perirrenal, por dentro de la fascia de Gerota. En el riñón se observó un hematoma subcapsular y se decidió efectuar una nefrectomía. En el post-operatorio inmediato requirió asistencia respiratoria mecánica, falleciendo 48 horas después de la operación. No se realizó autopsia.

El estudio macroscópico del riñón y del tejido adiposo perirrenal extirpados, mostraban una extensa zona hemorrágica perirrenal y subcapsular.

El sistema pielocalicial intrarrenal estaba dilatado y ocupado por un cálculo coraliforme. Había un pequeño hematoma de 0,5 cm, que estaba comunicado con el hematoma subcapsular y perirrenal a través de un pequeño quiste urínifero superficial, roto, de 1 cm de diámetro.

## Comentario

Si bien la ruptura renal vinculada con uronefrosis, al igual que por ruptura de quistes, han sido descritas<sup>1</sup>, este caso resulta particularmente inusual.

Un esfuerzo precedió y, al parecer, determinó una hemorragia intrarrenal en un riñón infectado y con litiasis coraliforme. Dicha hemorragia se comunicó con un quiste urínifero que al romperse provocó la hemorragia subcapsular y luego el hematoma perirrenal.

## Caso 2 (HC 163569)

Una mujer de 81 años ingresó el 10 de mayo de 1998 por dolor abdominal intenso y vómitos. Como antecedentes, era portadora de una miocardiopatía hipertrófica, obstructiva y, recientemente, se le había diagnosticado una fibrilación auricular que respondió al tratamiento con digoxina y amiodarona. Desde hacía 10 años sufría hemorragias digestivas de origen no aclarado, que requirieron 26 unidades de sangre que le fueron administradas durante nueve internaciones. Durante las mismas se efectuaron sucesivos estudios que mostraron la existencia de pólipos gástricos que fueron extirpados. No obstante, las hemorragias digestivas altas no cesaron y el diagnóstico presuntivo fue el de angiodisplasia duodenal. Tenía, además, litiasis vesicular, diverticulosis colónica no complicada y en 1989 sufrió una pancreatitis aguda. Se le realizó una exploración transcística de la vía biliar y una colecistectomía.

El día de su ingreso había comenzado con dolor epigástrico severo de 6 horas de duración, acompañado por vómitos, sudoración profusa y quebrantamiento general. El abdomen era blando, depresible, con mínimos signos peritoneales en el hemiabdomen superior. No se palparon masas ni organomegalias. La tensión arterial era de 130/90, la frecuencia del



Figura 1: TAC abdominal que revela el hematoma perirrenal

\*Servicio de Clínica Médica

\*\*Servicio de Patología

Hospital Privado de Comunidad Córdoba 4545 -7600-Mar del Plata

pulso 120/minuto.

En una ecografía abdominal se observó líquido libre en la cavidad. La punción mostró que se trataba de líquido serohemático con amilasa baja, sin fibras ni gérmenes. La ecografía también reveló la presencia de múltiples quistes hepáticos y dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas (14 mm). El conducto de Wirsung parecía dilatado y la aorta era de calibre normal. Una TAC mostró: derrame pleural bilateral; abundante líquido hiperdenso intraperitoneal y pararenal anterior, que comprometía ambos espacios parietocólicos y subfrénicos. La imagen era compatible con hemoperitoneo. El páncreas parecía hiperdenso y tenía una imagen quística de 2 cm en la cabeza -¿pseudoaneurisma trombosado?-(fig. 2).

Los análisis de laboratorio, al ingreso, mostraron: hematocritos 37%; leucocitos 15200/mm<sup>3</sup>; amilasa 172 UA/dl; estudios de coagulación normales.

Los posteriores: hematocritos 24%; leucocitos 26700/mm<sup>3</sup>; amilasa 160/UA/dl y FAL 71.

Una videolaparoscopia mostró el hemoperitoneo y un hematoma que infiltraba el mesocolon transversal y el mesenterio.

Al día siguiente apareció un gran hematoma en el flanco izquierdo, se deterioró el estado general y falleció. Los médicos tratantes favorecieron los diagnósticos de hematoma retroperitoneal espontáneo o secundario a la ruptura de un aneurisma visceral o a un pseudoaneurisma.

La autopsia mostró:

- 1) Pancreatitis aguda hemorrágica con extensión a la raíz del mesenterio y retroperitoneo. Hemoperitoneo (fig. 4).
- 2) Calcificación de las sigmoideas aórticas y del anillo mitral. Cardiomegalia (660 g) con hipertrofia ventricular izquierda (2 cm) y estenosis subaórtica. Cardiofibrosis moderada.
- 3) Poliquistosis hepática (quistes simples de contenido seroso).- Ausencia quirúrgica de la vesícula.- Bocio multinodular. -Gastritis crónica. - Osteoporosis.

### Comentario

Los valores normales de amilasa alejaron a los médicos tratantes del diagnóstico de pancreatitis aguda hemorrágica. Se sabe que generalmente hay una correlación entre el nivel de la amilasa sérica y la severidad de la pancreatitis. No obstante, ha sido también señalado que no es posible predecir con certeza el diagnóstico ni la severidad de una pancreatitis, en un caso individual, usando el nivel de amilasemia únicamente<sup>2</sup>. Clínicamente, el hematoma que apareció en el flanco, al segundo día de internación, corresponde a la disección hemorrágica de los espacios peripancreáticos (signo de Gray Turner). La hemorragia pancreática puede observarse en las pancreatitis agudas o bien ser secundaria a traumatismos, ruptura de aneurismas, erosión de paredes arteriales

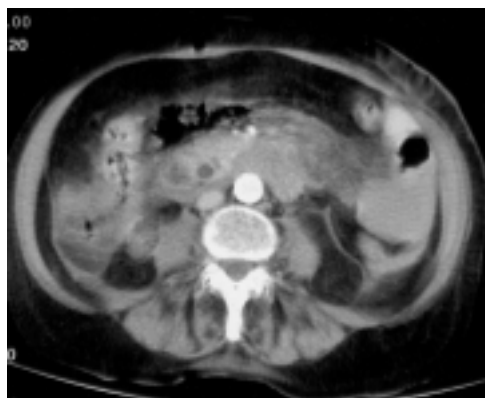


Figura 2. TAC abdominal. Hiperdensidad del páncreas y líquido intra y retroperitoneal, perirrenal y parietocólico, compatible con hemoperitoneo



Figura 3. TAC abdominal. Gran masa en la zona lumbar izquierda que es punzada

por tumores, tromboflebitis de vena portal o pancreática e incluso formas severas de insuficiencia cardíaca congestiva.

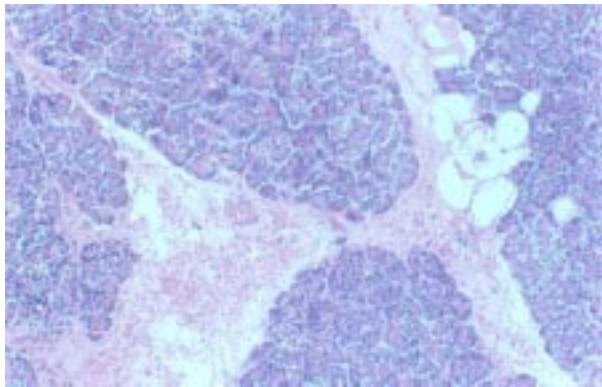
El caso presentado muestra como una pancreatitis puede manifestarse por una extensa hemorragia intraperitoneal y retroperitoneal<sup>3</sup>.

### CASO 3 (HC 103623)

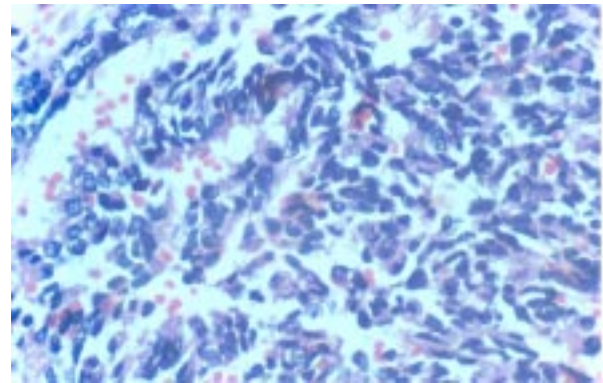
Mujer de 79 años que ingresó al hospital el 26 de abril de 1997 por dolor abdominal. Entre sus antecedentes figuraban: apendicectomía, hernia hiatal con esofagitis por reflujo, anemia, osteoporosis y episodios de isquemia cerebral transitoria. Tenía dolor en la fosa ilíaca y flanco izquierdos, sin irradiación, que se había exacerbado en las 48 horas previas a la internación.

Al examen físico estaba hemodinámicamente estable, con dolor en la fosa ilíaca izquierda. El abdomen era blando y los ruidos hidroaéreos estaban conservados. El diagnóstico presuntivo fue de diverticulitis complicada del colon izquierdo y anemia. El laboratorio reveló hematocritos 25%; leucocitos 14000; Quick 63%; KPTT 24"; creatinina 1,18 mg/dl; glucemia 1,30 g/dl; sedimento urinario con hemáties ++.- Presentó un pico febril y se le tomaron hemocultivos.

Fue transfundida y recibió ranitidina,



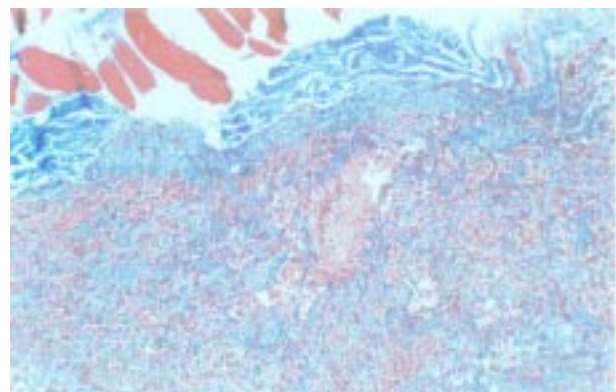
**Figura 4.** Caso 2. Páncreas: se observa el intersticio hemorrágico y un foco de citosteatonecrosis a la derecha. HyE x 100



**Figura 5.** Caso 3. Canales sanguíneos anastomosantes, limitados por células atípicas. HyE x 250

metronidazol y neomicina oral con mejoría. A las 48 horas del ingreso se le realizó una TAC del abdomen que mostró un riñón izquierdo pequeño y una extensa imagen heterogénea, predominantemente hiperdensa, ubicada inmediatamente por debajo del polo inferior del bazo y extendida a través del espacio perirrenal hasta la fosa ilíaca izquierda. La imagen medía 9 cm y no realzaba después de la inyección de sustancia de contraste. El riñón izquierdo estaba deformado. Se diagnosticó un probable hematoma retroperitoneal, posiblemente originado en un tumor quístico renal o del polo inferior esplénico. Tenía líquido libre en el espacio subfrénico y derrame pleural bilateral. El examen del líquido pleural mostró que era hemorrágico y negativo para células neoplásicas. Continuó con dolor y distensión abdominal. Se le suspendieron los antibióticos. Apareció una masa de aspecto inflamatorio en la zona lumbar izquierda. Al punzarla se aspiró sangre (fig. 3). Se le realizó una nefrectomía izquierda a través de una lumbotomía amplia. El polo superior del riñón estaba adherido a los planos vecinos. El estudio de la pieza mostró un hematoma subcapsular en un riñón afectado por una marcada fibrosis intersticial que comprometía la cortical y la medular. No se reconoció ninguna lesión que pudiera explicar la causa del hematoma. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y egresó el 8 de mayo de 1997 con un hematocrito de 34%.

El 30 de mayo de ese mismo año reingresó por astenia, distensión y dolor difuso abdominal. Horas antes de ingresar sufrió acúfenos, vómitos biliosos y epigastralgia punzante. Estaba pálida y tenía hipotensión ortostática así como dolor leve y defensa en el hipocondrio izquierdo. El hematocrito fue de 19%, la eritrosedimentación de 90 mm en la 1a hora. Una ecografía abdominal mostró líquido libre en el flanco y la fosa ilíaca izquierda y una masa heterogénea de 14 x 6 x 6 cm en la fosa renal izquierda, que podría corresponder a un hematoma u otra colección. El bazo medía 6,76 cm, sin particularidades en el parénquima. Mejoró con transfusiones y un estudio de la coagulación fue normal. Una TAC abdominal mostró alteración de la densidad del segmento posterior



**Figura 6.** Caso 3. Angiosarcoma infiltrando el diafragma. Tricrómico de Masson x 100

del lóbulo hepático derecho (artefacto vs hematoma). La aorta era ateromatosa, el bazo de aspecto normal. El 4 de julio una arteriografía selectiva de la aorta abdominal mostró ateromatosis aórtica. No se vieron anomalías de las arterias hepática y esplénica. Una imagen dudosa en la fosa lumbar izquierda planteó la posibilidad de una malformación vascular no pasible de tratamiento quirúrgico. Se le administraron nuevas transfusiones y tuvo picos febriles con hemocultivos negativos. Ocurrieron nuevos episodios de hipotensión brusca con caídas del hematocrito, que fueron interpretados como nuevos episodios de hemorragia retroperitoneal. El 14 de julio de 1997 tuvo un cuadro de disnea que se interpretó como edema agudo de pulmón. Nuevos estudios de la coagulación fueron normales; antinucleares (FAN) negativos; ANCA negativo. Se decidió administrarle ácido delta aminocaproico como inhibidor de la fibrinólisis local. El 26 de julio se quejó de dolor en el hipocondrio izquierdo en el que se le palpó una masa dura que se extendía al flanco en el sitio de la lumbotomía. Tuvo signos de descompensación hemodinámica, diarrea con coprocultivo negativo y poco después, el 2 de agosto, falleció con enterorragia. Durante sucesivas internaciones recibió 16 U de glóbulos rojos sedimentados y 2 unidades de sangre entera.

La autopsia mostró:

- 1) Angiosarcoma del polo inferior del bazo con perforación de la cápsula e infiltración del diafragma, retroperitoneo y colon transversal con perforación del mismo y enterorragia terminal. Metástasis peritoneales, hepáticas y pulmonares diseminadas (fig. 5 y 6).
- 2) Silicosis en ganglios mediastinales.  
Arterioesclerosis coronaria con calcificaciones y cicatriz de infarto de miocardio inferior

Nota: Nuevas muestras del riñón izquierdo extirpado previamente (B97-1689), mostraron infiltración y perforación de un sector de la cápsula renal por angiosarcoma.

### **Comentario**

La infiltración del retroperitoneo por un angiosarcoma del bazo (ASB), con hemorragias repetidas secundarias y compromiso por contigüidad del riñón izquierdo y del colon transversal, explican el cuadro clínico de esta paciente. El ASB es un tumor poco frecuente, descrito por Langhans en 1879. La mayoría de los casos publicados son individuales, pero en 1974 Autry y Weiter<sup>4</sup> lograron recopilar 49 casos y agregaron uno adicional. En 1993 Falk y col<sup>5</sup> publicaron un estudio anatómico de 40 casos. Se trata de un tumor que afecta por igual a ambos sexos y a todas las edades aunque con preferencia por los adultos de edad media. Los síntomas más comunes son: dolor abdominal, debilidad, pérdida de peso, fiebre y anemia. En el examen físico predomina el hallazgo de esplenomegalia con o sin hepatomegalia. Hay ruptura en la cavidad abdominal entre el 13 y el 30% de los casos, particularmente en los bazos más grandes. No hemos encontrado descrito ningún caso que se haya manifestado como hematoma retroperitoneal, cosa que ha sido descrita como complicación de liposarcomas y de metástasis retroperitoneales. Hay casos diagnosticados como ASB con compromiso hepático que fue considerado secundario por ser de menor magnitud que el compromiso esplénico. Dicha interpretación ha sido debatida por algunos<sup>7</sup>. Lo que parece claro es que en el ASB no existe relación con exposiciones a arsénico, vinílico o torio como ocurre en angiosarcomas primitivos hepáticos. La supervivencia a los 6 meses es del 20% y los sitios más frecuentes de metástasis son el hígado, los pulmones, huesos y ganglios.

Es destacable que en la paciente aquí descrita no se detectó esplenomegalia y también lo es la poca ayuda brindada por los estudios de imágenes realizados (dos ecografías, dos TAC y arteriografía abdominal). Todos esos estudios mostraron, coincidentemente, la masa heterogénea en el retroperitoneo, compatible con sangre. El tumor, sin embargo, pasó desapercibido, lo cual es explicable porque la mayor parte de la masa tumoral estaba constituida por sangre. Esto fue evidente en el examen macroscópico en el cual al seccionar las múltiples metástasis se observó que se

colapsaban al perder la sangre que contenían y, virtualmente, desaparecían. Lo mismo tiene que haber ocurrido durante la intervención quirúrgica y en el examen macroscópico del riñón extirpado. La masa tumoral que se palpó durante los últimos días de vida del paciente fue atribuida, clínicamente y por imágenes, a un gran hematoma organizado.

### **Discusión**

Si se excluye la ruptura de un aneurisma aórtico y los desórdenes de la coagulación como causantes de la hemorragia retroperitoneal, el origen más frecuente de la misma se encuentra en los riñones y en las adrenales. La ruptura renal espontánea fue mencionada por Bonnet en 1700 (citado en 1) y claramente descrita y clasificada por Wunderlich en 1856<sup>1</sup>. La tríada que lleva su nombre está constituida por dolor súbito, tumor y anemia aguda. Entran también en el diagnóstico diferencial los tumores renales, suprarenales y la forma clásica de la periarteritis nodosa (PAN). En una revisión de la bibliografía sobre el tema realizada por Cinman<sup>6</sup>, que abarcó el período 1974-85, el 63% de los hematomas retroperitoneales se debió a tumores renales, benignos en el 33% y malignos en el 30%, a enfermedades vasculares en el 26%, de las cuales el 12% fueron PAN. Las infecciones fueron la causa en el 7%. En muchos casos la enfermedad comenzó en forma catastrófica y el diagnóstico preoperatorio fue muy poco frecuente. En otros casos los síntomas y signos fueron desarrollándose más lentamente antes de sufrir una exacerbación aguda.

Aquí, como en otras enfermedades, se han producido cambios en la etiología<sup>8</sup>.

Si bien el desarrollo de quistes renales en la uremia avanzada fue descrita el siglo pasado, en 1977 Durhill y col. avanzaron en el concepto de poliquistosis renal adquirida, en pacientes con insuficiencia renal. Se define así la aparición de cinco o más quistes por riñón, con preferencia por la corteza. Este hallazgo de la ecografía o TAC puede ser importante dado las posibles complicaciones de estos quistes: ruptura retroperitoneal o transformación maligna.

La prevalencia rondaría en un 40% de los pacientes después de 3 años de diálisis (independientemente del tipo de ésta) llegando al 90% en aquellos pacientes con más de 5-10 años de diálisis

La complicación hemorrágica de estos quistes sería frecuente y en un 13% de los casos se desarrollarían grandes hematomas perirrenales y/o hemorragia retroperitoneal masiva. Es interesante saber que estas hemorragias pueden ser tratadas por una embolización por catéter de la arteria renal.

Los casos presentados demuestran que pese a los avances tecnológicos, la causa de muchos hematomas retroperitoneales continúan siendo un desafío diagnóstico.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. *Dov Pote, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. The Journal of Urology 1992;147:311-8*
2. *Sabiston. Text Book of Surgery. Saunders 1986: pag.1150*
3. *Sleisenger Fordram. Gastrointestinal Disease. Saunders 1978: pag 1409-10*
4. *Antry JR, Weitzner S: Hemangiosarcoma of spleen with spontaneous rupture. Cancer 1975;534-9*
5. *Falk S, Krishnan J, Meiss J M. Primary angiosarcoma of the spleen Am J Surg Pathol 1993;17:1959-70*
6. *Cinman A C, Farrer J, Kauffman JJ. Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65 years old man. J Urol 1985;133:829*
7. *Chen K, Boles J, Gilbert E. Angiosarcoma of the spleen. Arch Pathol Lab Med 1979;103:122-4*
8. *Friedberg, Stock, Husted et al. Transcatheter embolization of retroperitoneal hemorrhage secondary to adquired cystic kidney disease. JVIR 1996,7:291-4*