

PACIENTE DE 76 AÑOS CON SÍNDROME DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

I. Torres Courchoud, P. Serrano Herrero, MA. Aibar Arregui, M. Búcar Bajud, R. Pelay Cacho, M. Rodero Roldán, A. Gascón Martín. Servicio Medicina Interna Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Wunderlich se define como la hemorragia renal a nivel del espacio subcapsular y perirrenal o retroperitoneal, de origen no traumático. (1) Es una entidad poco frecuente, cuya tríada clásica que debe hacernos sospechar esta patología es dolor agudo lumbo-abdominal, masa palpable y deterioro del estado general. Hasta en el 20-30% de los casos, puede manifestarse inicialmente con cuadro de shock hipovolémico, y por lo tanto comprometer la vida del paciente. (1,2)

CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus 2, Dislipemia, Hiperuricemia, Herniorrafia inguinal hace 40 años. Ingresa en Servicio de Medicina Interna procedente de Urgencias por cuadro de malestar general de aproximadamente 48 horas de evolución, escalofríos con fiebre mayor de 38.5 ° C y dolor interóseo en área costal-subcostal derecha, así como zona lumbar, que ha ido descendiendo progresivamente hasta cadera ipsilateral. Se acompaña de dolor en fosa ilíaca e hipocondrio derechos.

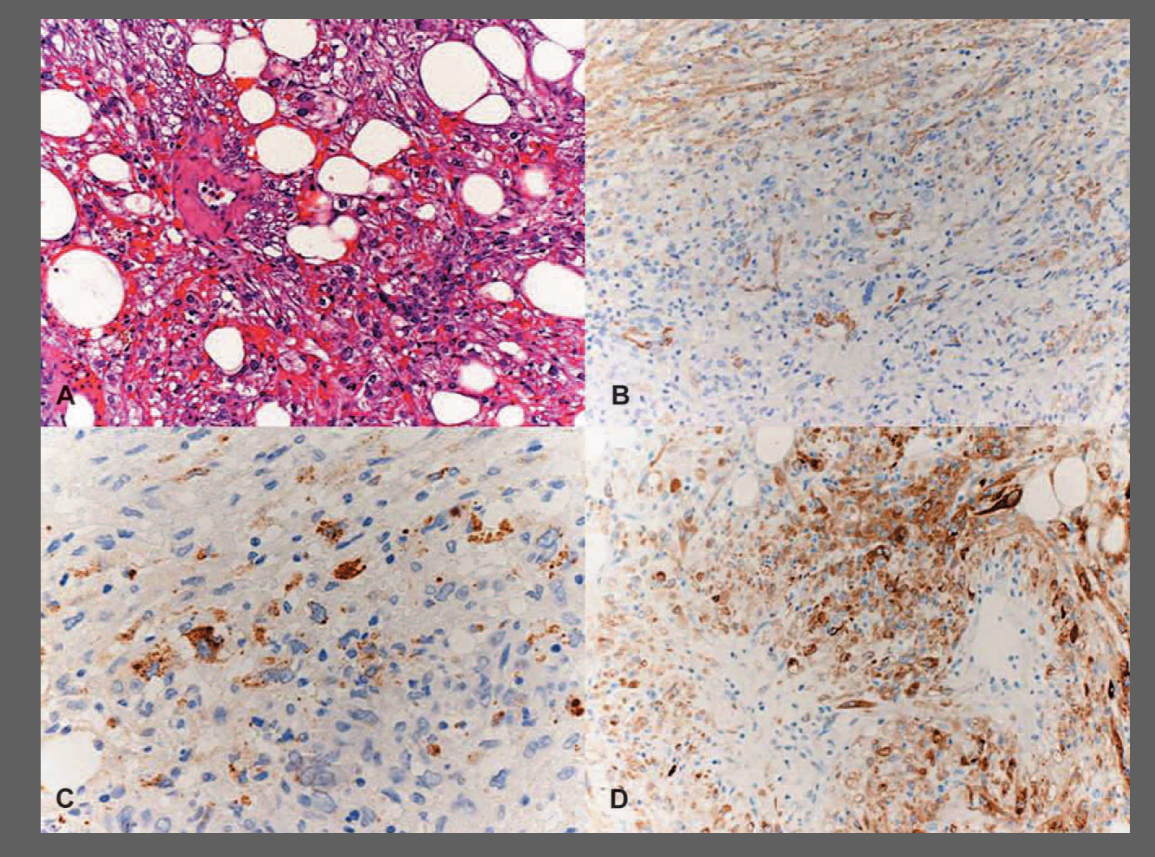
A la exploración física destacaba un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, flanco derecho y fosa ilíaca derecha, signo de Blumberg positivo, maniobra del psoas positiva. Sucusión renal izquierda negativa, derecha positiva. En la analítica de sangre destacaba. En la analítica de sangre destacaba Urea de 0.33, creatinina de 1.40, leucocitosis de 18.000 con neutrofilia del 87.90%, actividad de protrombina del 68%. Ecografía abdominal: masa en espacio suprarrenal derecho o polo superior de 6 cm de aspecto heterogéneo, sin líquido libre peritoneal.

Ante la progresión del cuadro de dolor abdominal, así como deterioro del estado general, se realiza TC tóraco-abdominal urgente, hallándose proceso expansivo renal derecho de 13x10 cm en sus 2/3 superiores, sólido, con hemorragia intratumoral y retroperitoneal (Sd de Wunderlich), así como formaciones gaseosas por sobreinfección y empiema diafragmático derecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wunderlich`s syndrome: causes, diagnosis and radiological management. Albi G, del Campo L, Tagarro D. Clinical Radiology 2002; 57: 840-845.
2. Beaumont-Caminos C, Jean-Louis C, Belzunegui-Otano T, Fernández-Esan B, Martínez-Jarauta J, García-Sanchotena JL. Wunderlich syndrome: an unusual cause of flank pain. The American journal of emergency medicine. 2010; 52(4): 366-8.
3. Oon SF, Murphy M, Connolly SS. Wunderlich syndrome as the first manifestation of renal cell carcinoma. Urol J. 2010;7:129-32.
4. Miguel Angel Arrabal-Polo, Miguel Arrabal-Martin, Francisco Palao-Yago, Antonio Jiménez-Pacheco, Olga Fernanda Garcia-Galvis, Armando Zuluaga-Gomez. Wunderlich Syndrome From a Malignant Epithelioid Angiomyolipoma. Urol J. 2009;6:50-3.
5. Zhang JQ, Fielding JR, Zou KH. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis. J Urol Apr 2002; 167 (4): 1593-6.

El cuadro clínico sugería neoplasia renal complicada con cuadro infeccioso, que fue tratado mediante nefrectomía derecho, no evidenciándose adenopatías. Mediante análisis anatomopatológico de pieza quirúrgica, se confirma diagnóstico de carcinoma de células renales, con extensa necrosis y hemorragia tumoral.



NOTA: Las imágenes que aparecen en el póster, no corresponden a nuestro paciente

DISCUSIÓN

La etiología más prevalente es la tumoral, suponiendo aproximadamente el 60% de los casos, seguida de patología vascular, inflamatoria y quística (1,2). Sin embargo, es una causa poco habitual de primera manifestación de carcinoma de células renales (3).

El método de imagen de elección en el diagnóstico es el TC(1). Cuando no pueda emplearse TC, la RMI podría ser la mejor alternativa(5). La angiografía es útil en el diagnóstico de patología vascular (5).

El manejo terapéutico inicial suele ser expectante, aunque puede requerirse la intervención quirúrgica urgente (nefrectomía o evacuación del hematoma) en casos de hemorragia masiva (2,3,4). Puede considerarse en determinados casos, la arteriografía renal con embolización, como una técnica importante para el control de la hemorragia aguda y evitar la cirugía (1,3). El tratamiento posterior depende de la patología que haya producido el cuadro clínico.