

Trabajo del Servicio de Urología, del Departamento de Medicina y del Servicio de Anatomía Patológica, del Hospital Central de las FF.AA. Presentado en la Sociedad de Urología del Uruguay, el 16 - XII - 76.

HEMATOMA PERIRRENAL ESPONTANEO

El hematoma perirrenal espontáneo o no traumático es una afección rara, siendo la experiencia personal de cada urólogo, en general, reducida. Ello explica que este diagnóstico se realice a menudo sólo en el acto operatorio, puesto que se va a la intervención quirúrgica pensando en otra afección más frecuente; a veces mismo, luego de la operación en que se comprueba el hematoma, persisten dudas sobre su causa etiológica o esta permanece desconocida.

Una gran parte de los casos son operados por cirujanos generales como "cuadros agudos de abdomen", y pueden originarse situaciones difíciles, al plantearse una nefrectomía, ignorándose el estado del riñón opuesto.

VARIEDADES ANATOMO-TOPOGRAFICAS.

De acuerdo a los casos descritos en la literatura, podemos considerar tres tipos, teniendo en cuenta su extensión y topografía:

1.— Forma localizada o tumoral. Afecta sólo un sector limitado del espacio perirrenal.

* Equiparado a Mayor. Jefe del Servicio de Urología del Hospital Central de las FF.AA. Prof. Agreg. de la Facultad de Medicina.

** Alférez (SM.M), Urólogo del Hospital Central de las FF.AA.

*** Alférez (SM.M) Médico del Dpto. de Medicina del Hospital Central de las FF.AA.

**** Equiparado a Capitán. Médico Anátomo-Patólogo del Hospital Central de las FF.AA.

HEMATOMA PERIRRENAL ESPONTANEO

*Dres. Fabián Mendy *, Rubí Pereira **, Germán Gaye ***, e Isaac Rivero *****

nal, apareciendo como una masa que deforma a la palpación o radiológicamente el contorno renal; no tiene por lo común, repercusión hematológica importante. Pereyra y col. (11) han referido en nuestro medio dos casos de este tipo, operados como tumoraciones renales (quiste o neoplasma), en los cuales la intervención reveló su real naturaleza (hematoma seudotumoral), pero sin precisar su etiología.

2.— Hematoma perirrenal difuso. Se extiende a todo el espacio perirrenal de un lado, distendiéndolo, y quedando limitado por la vaina fibrosa, que es resistente. Está en la forma clásica, descrita por Wunderlich (15) en 1856, y a ella corresponde el caso que referiremos.

3.— Hemorragia difusa peri y pararenal y aún intraperitoneal. Esta forma, que es la más rara, se presenta clínicamente como cuadro agudo grave, frecuentemente mortal, con infiltración masiva retroperitoneal mediana y lateral y extensión a los mesos vecinos.

Se diagnostica, en general, como ruptura de un aneurisma aórtico, aunque puede ser dado por la ruptura del tronco de una de las arterias renales, en general afecto de aneurisma.

ETIOLOGIA

El conocimiento de las causas del hematoma espontáneo perirrenal se ha ido adquiriendo lentamente.

Marion (7), en 1928, reconoce que, en muchos casos, la etiología nos escapa, por lo que el término de "espontáneo", aunque no corresponde a la realidad, ha hallado justificación.

En la actualidad, con el progreso del conocimiento clínico y radiológico y la multiplicación de los trabajos que se ocupan de este tema, es cada vez menor el número de casos cuya etiología queda oscura o desconocida.

Las causas más frecuentes se vinculan con el riñón (tumores varios, en especial hipernefroma y hamartoma) (4) (9) (10), y sus vasos (aneurismas) (2) (5) (6) (8) (12) (13), pero se han descrito también casos debidos a afecciones suprarrenales (tumores) y hemáticas (discrasias sanguíneas, uso de anti-coagulantes) (3).

Couvelaire (1) anota que, si bien esta afección es a menudo una sorpresa operatoria, es posible sospecharla o aún, en algunos casos, afirmarla.

FORMAS DE PRESENTACION CLINICA :

Siguiendo a Couvelaire (1) podemos diferenciar tres formas:

a) Puede iniciarse como un sufrimiento lumbar bronco e interno, que se califica de "cólico nefrítico", acompañado ocasionalmente de hematuria.

b) En otros casos, por la importancia de los signos abdominales anteriores, provocados por distensión del peritoneo parietal prerenal, se diagnostica como una urgencia abdominal (peritonitis, oclusión, afección aguda vesicular, pancreática o apendicular) y se opera como tal. La intervención muestra la indemnidad de las vísceras peritoneales y el gran hematoma retroperitoneal.

c) Hay casos que llegan tardíamente al urólogo con los signos físicos de una gruesa masa lumbar, hematuria más o menos importante, fiebre, anemia y gran repercusión general, por lo que se piensa en neoplasma renal. La hematuria puede ser de tal entidad que requiera repetidas transfusiones.

En aquellos casos en que observe esta sintomatología y existan antecedentes de dolores lumbares y hematuria datando de muchos años, sin comprobación de litiasis, no debe olvidarse la posibilidad de un aneurisma de la arteria renal fisurado en la pelvis renal y el espacio perirrenal.

SIGNOS RADIOLOGICOS

La radiografía simple muestra la sombra del hematoma, que vela el borde externo del psoas y opacifica la fosa lumbar. A menudo estos signos están ocultos por la distensión cólica, secundaria a la irritación del peritoneo parietal posterior levantado por el hematoma. El hallazgo de una sombra calcificada, circular, de contorno incompleto, en la proyección del hilio renal del lado afectado, debe hacer pensar en la posibilidad de un aneurisma sacular calcificado y roto, como causa posible de un hematoma perirrenal.

La urografía puede mostrar la causa de la hemorragia (tumor), como también la magnitud del hematoma perirrenal, que se expresa por la importancia de los desplazamientos y deformaciones extrínsecas que aquel imprime a las cavidades renales. Cuando la hemorragia hacia la vía excretora es muy intensa, como se ve en los aneurismas que se abren a la vez hacia la pelvis y el espacio perirrenal, pueden aparecer imágenes de falta de relleno en cálices, pelvis y aún en vejiga.

Se debe ser cauto en la interpretación de estas imágenes (seudotumorales) que pueden desorientar el diagnóstico etiológico.

La angiografía renal es un examen útil en los casos que no requieren intervención urgente, pudiendo aclarar en forma categórica la causa del hematoma: tumor renal o suprarrenal, aneurisma de la arteria renal.

CASO CLINICO

Mujer de 53 años que comienza bruscamente con dolor lumbar derecho, calificado como "cólico nefrítico", acompañado de vómitos y, poco después, de hematuria total ésta fué intensa y persistente, obligando a practicar repetidas transfusiones. Luego de una semana, al no mejorar, se decide su envío desde el interior a este Hospital.

Antecedente: desde hace 25 años sufre de dolores lumbares, diagnosticados como cólicos nefríticos, acompañados siempre de hematuria; estos cuadros dolorosos se presentan sin motivo aparente y separados por largos intervalos libres de sufrimiento, que duraron a veces varios años. Nunca notó

expulsión de cálculos o arenillas, ni hay elementos de hidatidosis.

El examen clínico a su ingreso (17/11/76) muestra marcada anemia con hematocrito de 29% y taquicardia de 100 por minuto; está apirética. La palpación abdominal evidencia dolor en fosa lumbar, hipocostrio y flanco derechos con signos de Guyon y Surraco positivos. Se percibe cierta resistencia en flanco derecho; atrás, el espacio costo-iliaco es muy estrecho, lo que dificulta las maniobras semiológicas, pero se tiene la impresión de palpar una masa dolorosa, de límites imprecisos, voluminosa, retroperitoneal.

La citoscopia muestra una vejiga llena de coágulos, que se evacuan; hay hematuria renal derecha, viniendo descargas frecuentes de sangre oscura por el orificio ureteral correspondiente. No hay lesiones vesicales intrínsecas.

La radiografía simple de aparato urinario (fig. 1) muestra opacidad de la fosa lumbar, con borramiento del espacio nefro-psoas derecho, y una sobra de densidad cálcica,

circular, que, por su topografía (11o. espacio intercostal) se pensó fuera un cálculo vesicular espontáneamente visible. La superposición de gases intestinales impide apreciar los contornos renales de ambos lados.

La urografía de excreción (fig. 2), de

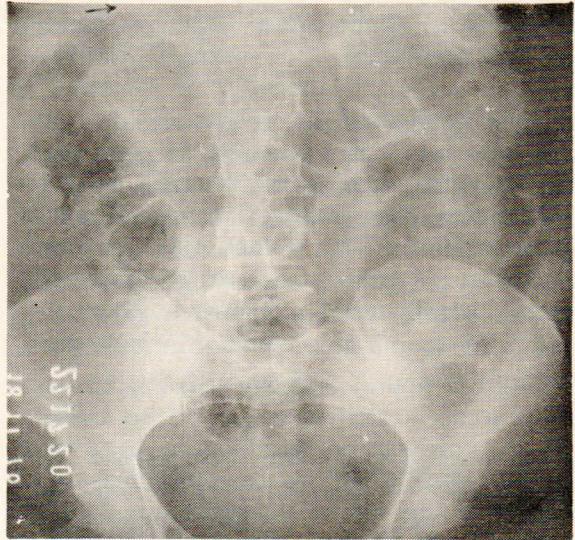


FIG. 1. Radiografía simple de aparato urinario

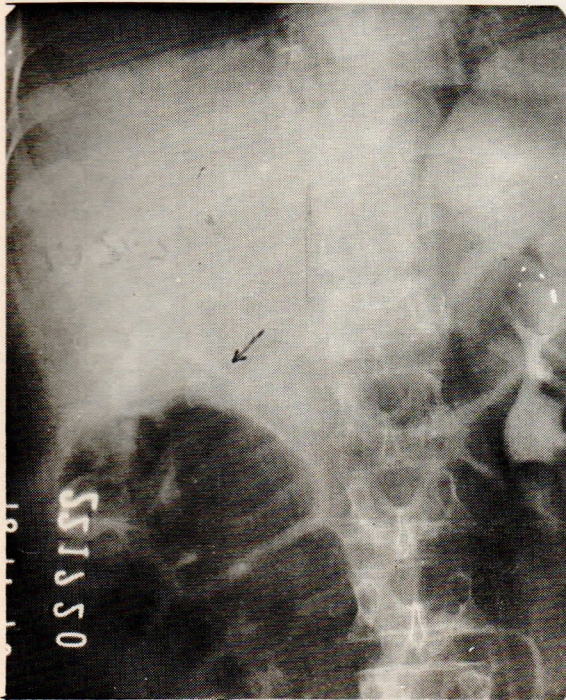


FIG. 2. Urografía de excreción

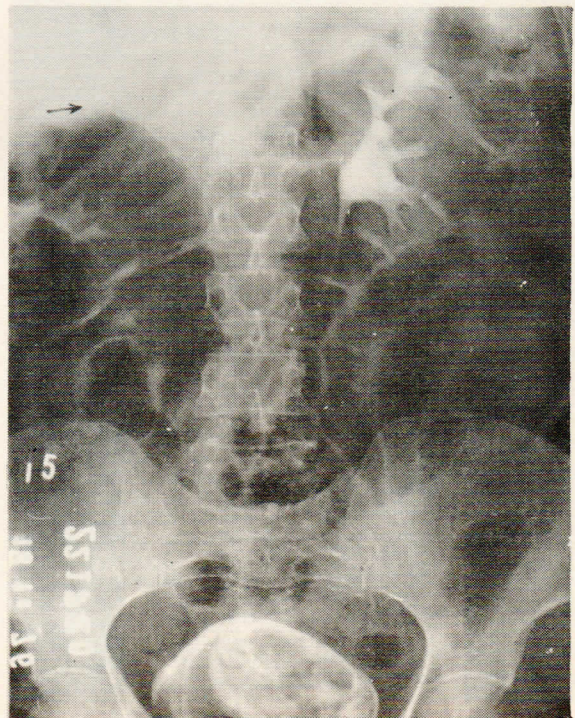


FIG. 2. Urografía de excreción

haber sido bien interpretada, nos hubiera dado la clave del diagnóstico.

Se objetiva un riñón izquierdo normal en morfología y función. Del lado derecho, en cambio, la eliminación es escasa y retardada, estando las cavidades desplazadas en forma notoria hacia arriba y afuera (riñón horizontalizado). El interior de la pelvis y los cálices, que están dilatados, muestra contraste en toda su periferia, existiendo, en cambio una imagen lacunar central, que puede corresponder a un tumor de cavidades, litiasis a material cretáceo, o coágulos. Esta última eventualidad es muy factible, teniendo en cuenta, la intensidad y larga duración de la hematuria y el aspecto urográfico de la vejiga, rellena de coágulos (sabemos que son tales, dado que la citoscopía no evidenció tumor vesical).

En la figura, la flecha señala la posición de la sombra calcificada que, por su topografía en la proyección del hilio y la pelvis renal, como también por las características de su contorno (de mayor densidad que la parte central y de trazado incompleto) debieron

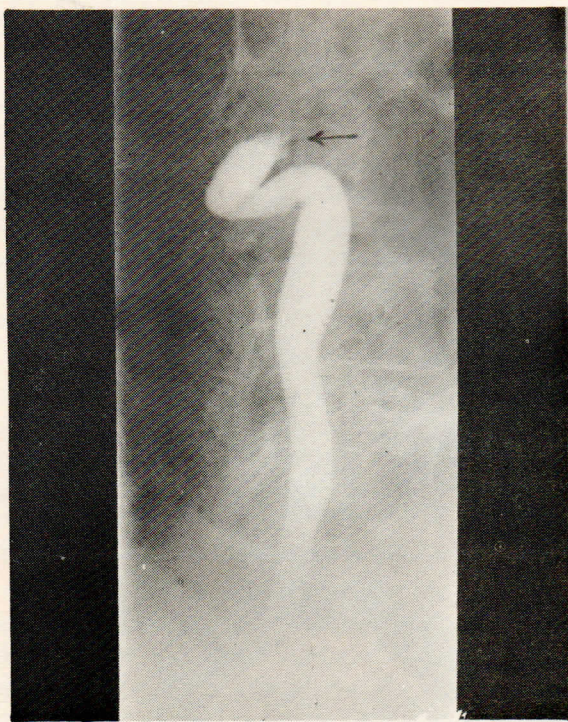


FIG. 3 Urétero - pielografía retrógrada

hacer pensar en un aneurisma calcificado de la arteria renal.

Frente a la duda diagnóstica se decide realizar estudio contrastado retrógrado de las cavidades renales y el uréter, luego de mejorar el precario estado general con repetidas transfusiones.

La urétero-pielografía retrógrada (fig. 3) muestra que la progresión del medio de contraste queda detenida en forma brusca y total a nivel del borde inferior de la tercera vértebra lumbar, es decir en un punto muy alejado de las cavidades renales, existiendo una doble acodadura que nos hizo pensar en un obstáculo de orden tumoral o por coágulos antiguos que bloqueasen la vía excretora.

La intervención quirúrgica (Dres., Mendy, Pereira y Blufstein), realizada el 26/11/76, mediante lumbotomía derecha con resección de la 11a. costilla, evidenció un gran hematoma perirrenal, antiguo, muy adherido a los músculos de la pared lumbar (diafragma, cuadrado lumbar y psoas). Liberadas las adherencias pararenales y abierta la hoja posterior

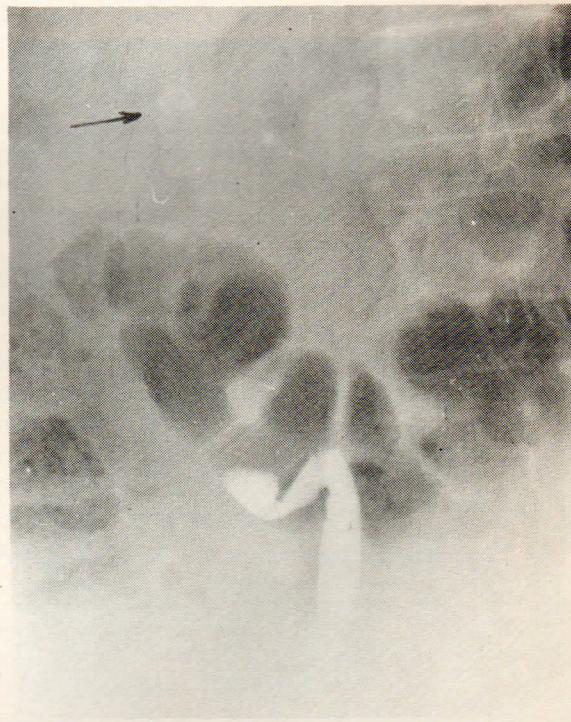


FIG. 3. Urétero - pielografía retrógrada

de la vaina perirrenal, se comprueba que el hematoma, constituido por un conglomerado firme de gruesos coágulos negruzcos, forma una gran masa que rodea a un riñón aparentemente normal, no tumoral; la pelvis renal transparente el color negruzco de la sangre que la rellena; el uréter, algo dilatado, no evidencia tumor.

El hematoma presenta su mayor espesor en los sectores posterior e inferior del espacio perirrenal; en cambio, por delante, es escasa la infiltración hemorrágica.

La causa del hematoma no parece claramente, por lo que se decide practicar nefrectomía. Al liberar el pedículo se palpa, en su sector posterior, una formación dura, que se pensó fuera un cálculo piélico, responsable de la obstrucción ureteral, el déficit de la función renal y la hematuria; no explica en cambio, el hematoma perirrenal. Terminado el acto operatorio, seccionamos el parénquima renal y sus cavidades en la forma anatómica habitual, no hallando ninguna lesión que explicase el cuadro; tampoco se verificó la existencia de cálculo en la pelvis; los cálices ni el uréter.

Procedimos entonces a examinar el pedículo vascular renal, apareciendo en este momento claramente la causa originaria de todo el cuadro: la dureza, que pensamos fuera un cálculo; era un aneurisma calcificado, situado en la cara posterior del tronco de la arteria renal y adherido a la pelvis renal. Su apertura, por un lado en la atmósfera célula-adiposa perirrenal y, por otro, en la cara anterior de la pelvis renal, explicaba las hematurias tan intensas y el gran hematoma perirrenal.

La evolución postoperatoria ocurrió sin incidentes.

CONSIDERACIONES

La rareza de esta afección y las características especiales del caso que presentamos, explican que el diagnóstico fuera hecho posteriormente al acto operatorio, mediante el exámen de la pieza extirpada.

Ello no debe extrañar, dado que coincide con la experiencia casi unánime de quienes han vivido casos parecidos; no sólo se equivo-

ca el diagnóstico nosológico, sino también, y sobre todo, el etiológico.

En nuestro caso, en especial, el error era más factible si se tiene en cuenta que la causa de la mayor parte de los hematomas espontáneos perirrenales corresponde a tumores renales, sobre todo nefroepitelioma y angiomiolipoma, como anotan Miller y Kaufman (9) y Patel y col. (10).

La ruptura de un aneurisma de la arteria renal produciendo un cuadro grave, en que se asocia la hemorragia canalicular urinaria a un gran hematoma perirrenal, es tan raro que Poutasse (13) que ha intervenido cerca de 100 aneurismas renales, se refiere sólo a un caso personal de estas rupturas aneurimáticas (12).

Glass y Uson (2) citan varios casos similares.

Respecto a los hechos anatómicos que se destacan en este caso, nos referiremos especialmente a dos:

a) El gran predominio del hematoma en el sector posterior de la logia renal puede explicarse por la situación también posterior dentro del pedículo vascular, del aneurisma fisurado.

b) La obstrucción ureteral comprobada en la urétero-pielografía retrógrada se explica por la gran presión que ejercía el hematoma en su sector inferior, sin propagarse dentro de la vaina peri-ureteral, pero acodándola en forma abrupta. Este acodamiento era tal que permitía el pasaje de la sangre desde la pelvis renal fisurada hacia la vejiga, pero no la progresión del contraste en dirección opuesta.

RESUMEN

Se presenta un caso de hematoma espontáneo perirrenal, afección muy rara y que sólo por excepción es diagnosticada en forma correcta antes del acto operatorio.

Se describen sus variedades anatómopográficas, su etiología, sus formas de presentación clínica y sus caracteres radiológicos.

El caso presentado corresponde a la ruptura de un aneurisma sacular calcificado del tronco de la arteria renal, fisurado simulta-

neamente hacia el espacio perirrenal y la pelvis renal.

El diagnóstico nosológico fué efectuado en el acto quirúrgico; la etiología, en cambio, sólo se conoció al examinar el espécimen operatorio.

El conocimiento de las causas variadas que pueden producir esta afección, y de sus características clínicas y radiológicas, a menudo de difícil interpretación, podrían permitir el diagnóstico correcto antes del acto operatorio; ello sólo por excepción ha sido logrado hasta el presente.

RESUME

On présente un cas d'hématome périre-nal spontané, affection très rare et dont le diagnostique préopératoire à été fait seulement par exception jusqu'à présent.

On décrit ses variétés anatomico-topographiques, son etiologie et ses caractères cliniques et radiologiques.

La malade opérée était atteinte d'un aneurysme calcifié du tronc de l'artere rénale, fissuré à la fois dans le bassin et l'espace périre-nal.

Le diagnostique nosologique (hématome) fût réalisé à l'opération; par contre, sa cause déterminante (rupture d'aneurysme) n'a été connue que tardivement, au moment de l'examen anatomico-pathologique.

Il est possible que la connaissance plus parfaite de cette affection et de ses causes puisse permettre à l'avenir un diagnostique plus précoce et exact.

SUMMARY

A case of spontaneous perirenal hematoma, a very unusual disease, is presented.

Anatomic, etiologic, clinical and radiologic aspects are reported.

The present case was originated by the rupture of a calcified renal artery, aneurysm, open to the perirenal fat and into the renal pelvis.

The nosologic diagnosis (hematoma) was made operatively, but its real etiologic nature (rupture of renal artery aneurysm) only appeared

when examining the excised kidney and pedicle.

It is possible that the awareness of this clinical entity and its various causes would afford a correct preoperative diagnosis; to, the present time has been only made by exception.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Couvelaire, R. et Patel, J.: Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale. Tomo VI. Masson et Cie. París, 1947.
- 2.- Glass, P., and Uson, A.: Aneurysms of the renal artery; a study of 20 cases. J. Urol., 98:285, 1967.
- 3.- Kaufman, S., and Mc Lellan, P.: Urinary tract complications of anticoagulation therapy: Pseudotumour of the kidney. Brit. J. Radiol., 41: 180, 1968.
- 4.- Kiser, D., Mc Gannon, P., and Sinclair, A.: Massive, retroperitoneal hemorrhage from spontaneous rupture of hematoma of the kidney in pregnancy. Amer. J. Obst. Gyn., 88:545, 1964.
- 5.- Lazarus, J., and Marks, M.: Aneurysm of the renal artery. True and false, with special reference to preoperative diagnosis. J. Urol., 52:199, 1944.
- 6.- Levine, B.: Aneurysm of the renal artery. J. Urol., 54: 17, 1945.
- 7.- Marion, G.: Traité d'Urologie. Masson et Cie. París 1928.
- 8.- Mathé, Ch.: Aneurysm of the renal artery. Report of five cases, one treated by resection of aneurysmal sac without sacrificing the kidney. J. Urol., 60: 543, 1958.
- 9.- Miller, J. and Kaufman, J.: Spontaneous rupture of the kidney by tumor. Brit. J. Urol., 35: 137, 1963.
- 10.- Patel, J. Cromier, J., et Artur, E.: L'angiomyolipome rénal, cause possible d'hématome périnephrétique très fréquemment dit "Spontané". Mém. de l'Acad. de Chirurgie, 91:769, 1965.
- 11.- Pereyra, J., Piñeiro, J., y Viola, J.: Hematoma perirrenal espontáneo. Inédito. Trabajo presentado en la Soc. de Urug. de Urol. y Nefrología, 8/5/1971.
- 12.- Poutasse, E.: Renal artery aneurysm: Their natural history and surgery. J. Urol., 95:297, 1966.
- 13.- Poutasse, E.: Renal artery aneurysm. Trans. of the Amer. Assoc. of Genito-Urinary Surgeons, 66: 181, 1974.
- 14.- Torrenti, H.: Hematoma perirrenal espontáneo (2 casos). Rev. Argen. Urol., 38: 229, 1969.
- 15.- Wunderluch. citado por Couvalaire, R. y Patel, J. (1)