



Hematoma Retroperitoneal Espontáneo

Antonio León ¹.

Juan C. Vargas ².

Hernrique Arnal ³.

Pedro Ojeda ⁴.

Robert Vázquez ⁵.

Carlos Rodríguez ⁶.

Angel Fariñas ⁷.

Francisco Fariñas ⁸.

¹Adjunto Servicio Urología

²Adjunto Servicio Urología

³Residentes Postgrado de Urología

⁴Residentes Postgrado de Urología

⁵Residentes Postgrado de Urología

⁶Residentes Postgrado de Urología

⁷Estudiante de Medicina. Escuela Luis Razetti

⁸Jefe Cátedra Clínica Urológica Escuela Luis Razetti

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica
Digital.

RESUMEN

Paciente masculino de 65 años que consulta por presentar dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, concomitantemente, náuseas, vómitos y distención abdominal, motivo por el cual se decide su ingreso en el Servicio de Cirugía IV del Hospital Universitario de Caracas 1/02/1999.

INTRODUCCIÓN

Los hematomas retroperitoneales espontáneos son una causa poco común de hemorragia masiva. En su etiología las causas más comunes son : ruptura renal y de tumores renales, ruptura

espontánea de arterias y venas retroperitoneales y ruptura de glándulas y tumores suprarrenales, las cuales pueden estar asociadas o no al uso de anticoagulantes y traumatismos mínimos, como desencadenantes.

La presentación clínica habitual está representada por la siguiente triada : dolor lumbar agudo, descompensación hemodinámica, tumor lumbar; enunciada por Lenk en años anteriores.

Los métodos paraclínicos que facilitan el diagnóstico son : la radiografía de abdomen simple en la cual podemos observar el borramiento de la silueta renal y de la sombra PSOAS, desviación de la columna lumbar y desplazamiento de las vísceras abdominales por el efecto de la masa del hematoma. El ultrasonido y la T.A.C. demuestran la presencia de grandes masas retroperitoneales con densidad similar a la de la sangre.

El tratamiento de esta patología en el paciente hemodinámicamente estable es la realización de una arteriografía con embolización selectiva del vaso sangrante y en el hemodinámicamente inestable la exploración quirúrgica con evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante.

Caso Clínico _____

Paciente masculino de 65 años que consulta por presentar dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, concomitantemente, náuseas , vómitos y distensión abdominal,motivo por el cual se decide su ingreso en el Servicio de Cirugía IV ,Hospital Universitario de Caracas el 1/2/99.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Accidente vascular cerebral en Mayo 97.
- Hábito alcohólico acentuado, hasta 1997.
- En tratamiento con los siguientes fármacos: warfarina, nimodipina, difenil hidantoína, loracepan.

EXAMEN FUNCIONAL

- Cambio de hábito intestinal, con estreñimiento y rectorragia, desde Nov. 98.
- Síntomas obstructivos urinarios bajos de 4 meses de evolución.
- Pérdida de la conciencia el 28/1/99 por probable lipotimia sugerida al interrogatorio, presentando posteriormente dolor en hipocondrio y flanco derecho irradiado a miembro inferior ipsilateral.

EXAMEN FISICO



Frecuencia cardíaca 90 p.m. , frecuencia respiratoria 18 p.m., T.A.110/70 mmhg., consciente, palidez cutáneo mucosa, cardiopulmonar normal.

Abdomen globoso, presencia de gran hematoma que abarca desde la base del hemitórax derecho hasta la cresta ilíaca ipsilateral, ruidos hidroaereos presentes, doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca derecha; masa de aprox. 20 x 25 cm., que ocupa hemiabdomen derecho, dura , fija y bordes bien definidos.

Esfínter rectal tónico, próstata aumentada de tamaño, lóbulos alcanzable, surco medio borrado, consistencia blanda , móvil, superficie lisa, pared rectal lisa.

LABORATORIO

Hemoglobina 12,7 gr./dl., 11.000 blancos con 62% segmentados, tiempo de protrombina prolongado (2,5x), tiempo parcial de tromboplastina prolongado, creatinina 2,0.

DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO DE INGRESO :Tumor abdominal en fosa ilíaca derecha.Tumor de colon.

El 2/2/99 presenta descenso de las cifras de hemoglobina a 7,2 gr./dl., no hay signos de melena , hematemesis, hematuria, rectorragia. Se transfunden 2 concentrados globulares.

El 3/2/99 presenta gran equimosis en flanco ,fosa lumbar y glúteo derecho , desciende la hemoglobina a 5,4 gr./dl., y presenta descompensación hemodinámica.

Se administran cristaloides y hemoderivados, con recuperación hemodinámica; se pratican Rayos X de Abdomen simple y T.A.C. abdominopélvico, los cuales reportan: Tumor retroperitoneal, que infiltra celda perirrenal derecha y músculo psoas ipsilateral, con efecto de masa sobre vísceras peritoneales.



T.A.C de abdomen, mostrando rechazo de las vísceras hacia el lado izquierdo



T.A.C de abdomen mostrando riñón derecho aumentado de volumen



T.A.C. de abdomen mostrando infiltración del músculo psoas derecho

EL 4/2/99 presenta hematuria macroscópica, que cede en forma espontánea evaluado por el servicio de urología que en vista de los hallazgos al examen físico, del reporte tomográficos y del descenso en las cifras de hemoglobina.

TRATAMIENTO

Se práctica intervención quirúrgica de emergencia con los siguientes hallazgos:

- Gran hematoma retroperitoneal zona 2 derecha
- Gran tumor en polo inferior del riñón y hematoma en celda renal derecha.
- Vena lumbar derecha sangrando.

Se realizó laparotomía media, supra e infra umbilical, maniobra de Cattel derecha, control del pedículo vascular renal, nefrectomía, evacuación y drenaje de hematoma, ligadura de vena lumbar derecha.

Paciente evoluciona en forma satisfactoria y se decide alta el 12/2/99.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Los hallazgos histológicos reportados por el Servicio de Anatomía Patológica fueron:
- Hematoma perirrenal cuyo tamaño fue 7x7x2 cms, e inflamación aguda del tejido adiposo.
- Riñón con quiste urinoso cuyo diámetro fue de 2 cms. y múltiples cicatrices corticales subcapsulares con inflamación inespecífica.

IMÁGENES





Vitae Academia Biomédica Digital | Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela
Junio-Agosto 1999 N° 1 DOI:10.70024 / ISSN 1317-987X