

Síndrome de Wunderlich

Wunderlich syndrome.

Javier Escuadra-Gallegos,¹ Héctor Hernández-Remess,² Bernabé Heredia-Torres,³ Javier Hernández-Quiroz⁴

Resumen

ANTECEDENTES: La hemorragia renal espontánea subcapsular o perirrenal de causa no traumática es una afección poco frecuente. El origen de este padecimiento es variado, más de 50% corresponde a enfermedad tumoral, el adenocarcinoma es la causa más frecuente, seguido del angiomiolipoma.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 51 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus 2 que inició su cuadro clínico con dolor punzante en la fosa renal derecha de intensidad progresiva, irradiado al hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, vómito de contenido alimentario en varias ocasiones, deterioro general y disnea progresiva. Tenía dolor en la fosa renal y el hipocondrio derechos sin datos de irritación peritoneal; la tomografía axial computada simple y contrastada evidenció una lesión mixta de 13 x 10 cm, sobre el polo superior derecho, por lo que se decidió realizar exploración retroperitoneal con nefrectomía radical, con estudio patológico de la muestra.

CONCLUSIONES: El síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea puede deberse a causas variadas, el origen neoplásico es lo más frecuente; es un padecimiento poco común en nuestro medio y en México hay pocos casos reportados.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Wunderlich; angiomiolipoma.

Abstract

BACKGROUND: Spontaneous subcapsular or perirenal renal hemorrhage of nontraumatic etiology is a rare condition. The origin of this entity is varied, more than 50% corresponds to a tumor disease, adenocarcinoma is the most frequent cause, followed by angiomyolipoma.

CLINICAL CASE: A 51-year-old male patient with a history of type 2 diabetes who began his clinical picture with stabbing pain in the right renal fossa of progressive intensity, irradiated to the right hypochondrium, accompanied by nausea, vomiting of food content on several occasions, general problems and progressive dyspnea. Upon physical examination with pain in the renal fossa and right hypochondrium without data of peritoneal irritation. A simple and contrasted CT reported a mixed lesion of 13 x 10 cm on the upper right pole, so it was decided to perform the retroperitoneal examination with radical nephrectomy, the sample was sent to pathological study.

CONCLUSIONS: Wunderlich syndrome or spontaneous renal hemorrhage may be due to varied causes; neoplastic origin is the most frequent; it is a rare disease in our environment and in Mexico there are few cases reported.

KEYWORDS: Wunderlich syndrome; Angiomyolipoma.

¹ Médico residente de Urología, Hospital Regional de Zona núm. 46, IMSS, Lázaro Cárdenas, Guadalajara, Jalisco, México.

² Médico residente de Urología, Hospital General de Occidente Zoquiapan, SSA, Zapopan, Jalisco, México.

³ Médico interno de pregrado, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

⁴ Médico interno de pregrado, Universidad Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán, México. Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, México.

Recibido: 1 de marzo 2020

Aceptado: 23 de junio 2020

Correspondencia

Bernabé Heredia Torres
be-heredia@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Escuadra-Gallegos J, Hernández-Remess H, Heredia-Torres B, Hernández-Quiroz J. Síndrome de Wunderlich. Med Int Méx. 2020; 36 (5): 735-739. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i5.4010>

ANTECEDENTES

La hemorragia renal espontánea subcapsular o perirrenal de origen no traumático es una afección poco frecuente pero importante, porque causa una colección brusca hemática en la celda renal. El hemoperitoneo es excepcional, quedando la hemorragia autolimitada por la resistencia del tejido perirrenal.¹

El cuadro clínico se distingue por dolor de aparición súbita en el flanco, masa palpable y signos y síntomas de choque hipovolémico. Fue descrito por primera vez por Bonet en 1700 y posteriormente, en 1856, Wunderlich realizó la primera descripción clínica, denominándolo apoplejía espontánea de la cápsula renal.²

Coenen, en 1910, presentó una serie de 13 casos utilizando por primera vez la denominación de síndrome de Wunderlich.³

La causa de este padecimiento es variada, corresponde más de 50% a enfermedad tumoral, el adenocarcinoma es la causa más frecuente, seguido del angiomiolipoma. Otras causas menos frecuentes son: hidronefrosis, discrasias sanguíneas, tratamiento con anticoagulantes, enfermedades sistémicas o rotura de quistes renales.⁴

El diagnóstico es difícil, se basa en la clínica y exploraciones complementarias, como ultrasonido, tomografía axial computada y arteriografía. El tratamiento en principio es conservador, dependiendo de la situación clínica del paciente, para establecer el diagnóstico etiológico preoperatorio que permita la elaboración de una estrategia terapéutica orientada.⁵ En ocasiones se hace necesaria la intervención quirúrgica urgente, con nefrectomía asociada con morbilidad y mortalidad altas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 51 años de edad, casado, chofer de taxi, con escolaridad primaria y nivel socioeconómico bajo, que acudió al Hospital General de Morelia Dr. Miguel Silva. No tenía antecedentes heredo-familiares de interés clínico, con hemotórax derecho traumático hacía 15 años por accidente automovilístico sin secuelas. Padecía diabetes tipo 2 desde hacía aproximadamente 6 meses sin tratamiento médico ni dietético. Tabaquismo de 1.5 cajetillas por día desde hacía 15 años. Etilismo ocasional desde hacía 10 años. No tenía padecimientos alérgicos ni consumía drogas ilegales.

El paciente ingresó al Hospital General de Morelia, Michoacán, el 13 diciembre de 2019 por padecer un cuadro clínico de tres días de evolución con:

Dolor punzante en la fosa renal derecha de intensidad progresiva, irradiado al hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómito de contenido alimentario en varias ocasiones, deterioro general y disnea progresiva.

A su ingreso a urgencias se observó: presión arterial: 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca: 100 x min, frecuencia respiratoria: 26 x min, temperatura: 36°C, oximetría: 90% al ambiente, llenado capilar distal: 2 segundos; glucometría: 165 mg.

El paciente estaba consciente, orientado, con buena coloración tegumentaria, bien hidratado, sin insuficiencia cardiorrespiratoria. Tenía dolor en la fosa renal y el hipocondrio derechos sin datos de irritación peritoneal.

El resto de la exploración física no mostró agregados.

Los estudios paraclínicos de ingreso evidenciaron: HB: 15.4 g, HTO: 45.8%, leucocitos: 15.9, plaquetas: 320 mil, linfocitos: 14.3%, neutrófilos: 78.9%, bandas: 2%, grupo sanguíneo y RH: O-, TP: 12.5 seg, INR: 0.94, TPT: 27.5 seg, amilasa: 63.2 normal, lipasa 19.2 normal, DHL: 547, glucosa: 137 mg, urea: 23.5, creatinina: 0.96, BUN: 11, ácido úrico: 7.35, NA: 143, K: 3.6, CA: 9.9, TFG: 91 mL/min.

La tomografía de abdomen simple y contrastada mostró: riñón derecho con zonas hipodensas + líquido en espacio perirrenal + aumento de la densidad (-134 a 20 UH) de la grasa perirrenal derecha, muy heterogénea + lesión mixta de 13 x 10 cm, sobre el polo superior derecho que comprimía de manera importante y desplazaba la glándula hepática (**Figura 1**).

La vesícula biliar estaba distendida, pared de 2 mm, sin litos ni colecciones perivesiculares.

Plan de abordaje quirúrgico

La exploración retroperitoneal por lumbotomía derecha identificó la unidad renal desplazada hacia la parte inferior por una tumoración dependiente de polo superior de 15 x 10 cm con zonas hemorrágicas, áreas de necrosis y adherencias firmes al hígado y el peritoneo, se decidió realizar nefrectomía radical (**Figura 2**).

DISCUSIÓN

El cuadro clínico descrito como síndrome de Wunderlich se manifiesta como consecuencia de la formación de una colección hemática en la celda renal provocada por una causa no traumática. La forma de manifestación varía en función de la cuantía de la hemorragia. Solo en 20% de los casos se manifiesta en toda su expresión, denominada tríada de Lenk, que consiste en dolor intenso de aparición súbita en el flanco, masa palpable y signos y síntomas de choque hipovolémico.⁶

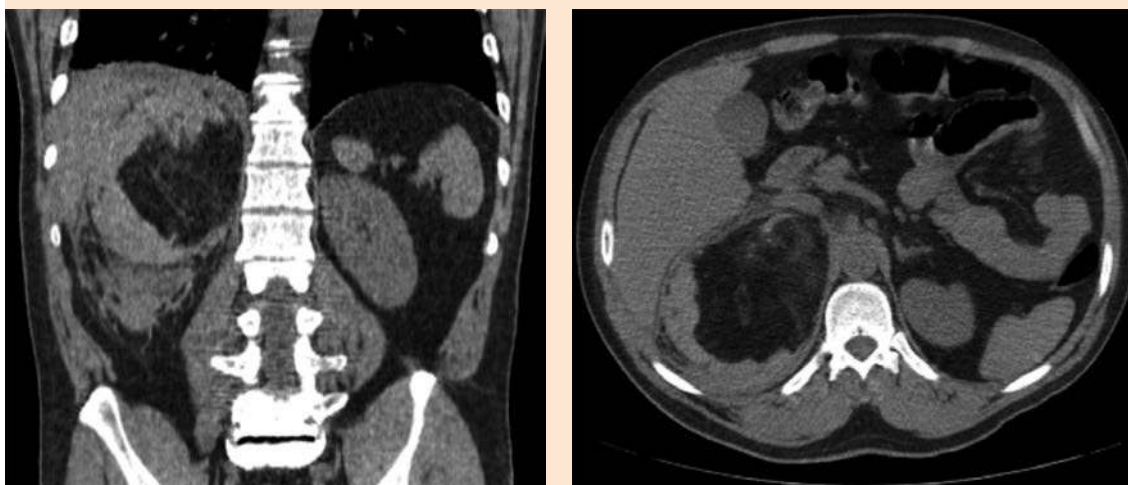


Figura 1. Tomografía simple abdomino-pélvica con imagen heterogénea en la fosa renal derecha.

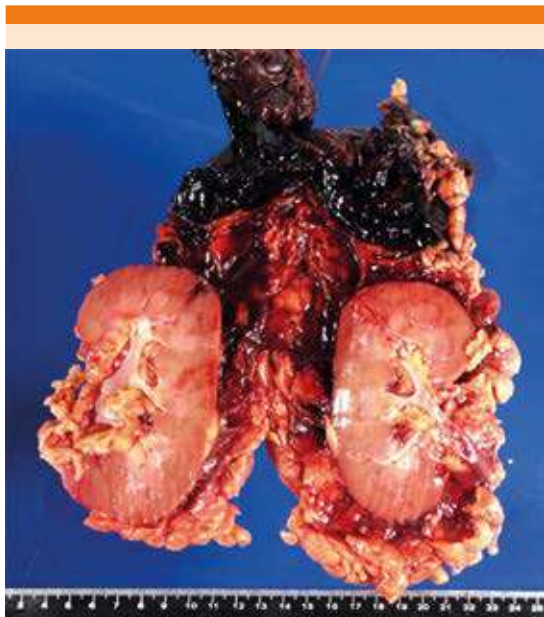


Figura 2. Imagen macroscópica que muestra solución de continuidad en la unidad renal derecha y hemorragia retroperitoneal.

La causa de este síndrome es variada, en más de la mitad de las ocasiones se debe a enfermedad neoplásica. La excelente revisión bibliográfica de Cinman⁷ encontró en 63% una causa tumoral (30% de tumores malignos y 33% de tumores benignos), en 25% de los casos se asoció con enfermedad vascular, la más frecuente fue la periarteritis nudosa y en 12% con enfermedad infecciosa.

De la causa tumoral, para algunos autores la más frecuente es el angiomiolipoma⁴ y para otros los tumores malignos,^{5,8} como el adenocarcinoma renal. Nuestro paciente se trató de un caso benigno.

Las coagulopatías y las enfermedades vasculares son las que siguen en frecuencia. Otras causas más raras de hemorragia renal espontánea son: nefritis, hidronefrosis, enfermedades poli-

quísticas, litiasis y afección de las estructuras perirrenales (glándulas suprarrenales).⁵

La tomografía computada es la exploración complementaria de elección⁹ porque informa del grado de afectación de la celda renal, la afectación de estructuras adyacentes y, en la mayor parte de los casos, permite establecer un diagnóstico etiológico de presunción.

En nuestro paciente, la tomografía computada fue el estudio paraclínico fundamental para el diagnóstico.

La tomografía computada también es el estudio de exploración más utilizado para el seguimiento de los pacientes en los que se decide una actitud terapéutica conservadora. La arteriografía renal se utiliza cuando la sospecha etiológica es vascular, como malformaciones arteriovenosas, aneurismas de la arteria renal y periarteritis nudosa. En ocasiones, la arteriografía puede ser terapéutica para realizar embolizaciones en lesiones de origen vascular y en pacientes con lesiones benignas con contraindicación quirúrgica.

El tratamiento del síndrome de Wunderlich debe comenzar por la evaluación del estado hemodinámico del paciente y, en caso de inestabilidad no recuperable, estaría indicada la cirugía urgente.

En la mayoría de las ocasiones se consigue estabilidad del paciente suficiente para establecer el diagnóstico etiológico mediante exploraciones complementarias.

Algunos autores¹⁰ proponen la nefrectomía radical, previa comprobación de la integridad anatomofuncional del riñón contralateral, una vez descartada la causa traumática, vasculitis o coagulopatía, con base en la alta incidencia de afección tumoral maligna como causa de la hemorragia renal espontánea y la posibilidad de

la existencia de adenocarcinomas periféricos de pequeño tamaño que escapan al diagnóstico de las exploraciones complementarias.

En caso de contraindicación quirúrgica, o ante la estabilidad hemodinámica del paciente, debe tenerse una actitud conservadora, con monitoreo mediante tomografía computada abdominal seriada, para realizar un estudio adecuado de la causa de la hemorragia previo a una cirugía electiva resolutive, si ésta es necesaria, con morbilidad y mortalidad aceptables.¹¹

CONCLUSIONES

El síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea puede obedecer a causas variadas, el origen neoplásico es lo más frecuente. La tomografía computada es el método diagnóstico y de seguimiento de elección.

El tratamiento debe ser en principio conservador, pero en ocasiones, como en nuestro paciente, se requiere cirugía urgente con excelente resultado tomando en cuenta que el día de la cirugía en nuestro hospital no se contaba con todos los recursos humanos ni técnicos y accidentalmente hubo daño a la vena cava que se corrigió sin problema alguno.

REFERENCIAS

1. Rey RJ, Lopez GS, Domínguez FF, Alonso RA, Rodríguez IB, Ojea CA. Síndrome de Wunderlich: importancia del diagnóstico por imagen. *Actas Urol Esp* 2009; 33 (8): 917-919.
2. <https://www.historiadelamedicina.org/pdfs/wunderlich.pdf>
3. Biello AE, Campodonico A, Molina R. Síndrome perirrenal espontáneo (síndrome de Wunderlich). *Rev Urol* 1962; 17.
4. Chan KW, Chan KL. Spontaneous rupture of renal tumours presenting as surgical emergency. *Br J Urol* 1993; 71: 253-255. doi: 10.1111/j.1464-410x.1993.tb15937.x
5. López P, Hita E, Asensio L, Rigabert M, Hita G, Pérez M. Síndrome de Wunderlich. Revisión diagnóstica y terapéutica. A propósito de siete observaciones. *Actas Urol Esp* 1995; 19 (10): 772-776.
6. Alonso A, Domínguez F, Verez M, Rodríguez B, Benavente J, Barros JM, et al. Síndrome de Wunderlich por metástasis de sarcoma gástrico en riñón. Aportación de un caso. *Actas Urol Esp* 1996; 20 (4): 395-398.
7. Cinman AC, Farrer J, Kaufmann JJ. Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65-year-old man. *J Urol* 1985; 133 (5): 829-832. doi: 10.1016/s0022-5347(17)49243-3
8. McDougal WS, Kursh ED, Persky L. Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hematoma. *J Urol* 1975; 114 (2): 181-184. doi: 10.1016/s0022-5347(17)66981-7
9. Belville JS, Morgentaler A, Loughlin KR, Tumei SS. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT, US, and angiography. *Radiology* 1989; 172 (3): 733-738. doi: 10.1148/radiology.172.3.2672096
10. Kendall AR, Senay BA, Coll ME. Spontaneous subcapsular renal hematoma: diagnosis and management. *J Urol* 1988; 139 (2): 246-249. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)42376-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)42376-7)
11. Wein LR, Kavoussi AW. Partin & Craig A. Peters, et al. *Campbell-Walsh Urology*. 11th ed. Elsevier, 2016; 1306-1309.