

---

# Hematoma retroperitoneal espontáneo como causa de dolor abdominal y shock hemorrágico

## Spontaneous retroperitoneal hematoma causing abdominal pain and hemorrhagic shock

Manuel Alonso Pérez - Santiago Caeiro Quinteiro - José Antonio Cachaldora del Río -  
Lina Cal Suárez - Juan Vidal Insua - Ramón Joaquín Segura Iglesias

---

**Servicio de Angiología y Cirugía Vascular**  
**(Jefe de Servicio: Dr. Ramón Joaquín**  
**Segura Iglesias)**  
**Hospital Juan Canalejo**  
**La Coruña (España)**

---

*nal pain and hemorrhagic shock due to spontaneous retroperitoneal bleeding, being not possible to find its cause. The objective is to analyse the etiology of this entity and to manage this kind of patients.*

**Key words:** Hemorrhagic shock; retroperitoneal hematoma.

### RESUMEN

El Hematoma retroperitoneal espontáneo constituye una rara causa de shock hemorrágico. Su etiología es muy variada, aunque con mayor frecuencia se encuentra a nivel del riñón (cáncer, tumores benignos, enfermedades vasculares e inflamatorias); sin embargo, no siempre resulta posible poner de manifiesto una lesión subyacente responsable del mismo.

Presentamos el Caso de una paciente remitida con dolor abdominal y shock hemorrágico por sangrado retroperitoneal espontáneo, sin poder evidenciar el origen del mismo, con el objeto de analizar las posibles etiologías de esta entidad y la actitud a seguir ante este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** Shock hemorrágico; hematoma retroperitoneal.

### SUMMARY

Spontaneous retroperitoneal hematoma is a rare cause of hemorrhagic shock. Its etiology can include a wide variety of underlying problems; but the most common is kidney pathology (cancer, benign tumors, vascular and inflammatory diseases); however, sometimes is not possible to find an abnormality responsible for the bleeding.

We report the Case of a woman who suffered from abdomi-

### Introducción

El sangrado retroperitoneal constituye un cuadro anatómico-clínico de etiología variada, más frecuentemente en relación con traumatismos de diversa índole y/o en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante. Sin embargo, la aparición espontánea de un hematoma retroperitoneal es una causa infrecuente de shock hemorrágico. El tratamiento correcto se basa en el diagnóstico etiológico del mismo; no siempre resulta fácil, precisando una combinación de información clínica y radiológica.

En esta publicación se presenta un Caso de sangrado retroperitoneal de origen no aclarado, con el objeto de discutir las posibles etiologías de esta entidad y la actitud a seguir ante este tipo de pacientes.

### Caso clínico

Paciente, mujer de 79 años que es remitida por shock y dolor abdominal. Aproximadamente 30 minutos antes, mientras caminaba, presentó de forma brusca dolor intenso en flanco izquierdo y mareo. Sin antecedentes personales de interés, excepto una insu-

ficiencia venosa crónica; no recibía medicación previamente.

Al ingreso la paciente está consciente y orientada, la exploración evidencia: obesidad, palidez cutáneo-mucosa, sudoración, temperatura 36 °C, tensión arterial sistólica 80 mmHg, auscultación cardíaca taquicárdica y rítmica; gran distensión abdominal con dolor a la palpación especialmente en hemiabdomen izquierdo; pulsos femorales presentes, resultando difícil su valoración a otros niveles; el miembro inferior izquierdo presenta cianosis intensa desde raíz de muslo, mayor frialdad respecto al contralateral con sensibilidad y motilidad en el pie conservada y ausencia de dolor. La analítica urgente al ingreso revelaba datos de sangrado correspondiente a una hemoglobina de 7,8 g/dl, tiempo de protrombina ligeramente alterado sobre el control (17,2/13 seg), bioquímica básica y analítica de orina anodinas. ECG sin alteraciones significativas. La TAC con contraste evidenció un extenso hematoma retroperitoneal izquierdo (Fig. 1A y 1B) no pudiendo concretar su origen; sin evidencia de otras alteraciones a nivel del sector aortoiliaco y una trombosis venosa profunda ilíaca izquierda. El examen arteriográfico (troncos digestivos, renales, aorta abdominal, sector ilíaco y femoral proximal) no mostró alteraciones.

Se procedió a la reposición de volumen y a la corrección de los trastornos de coagulación, con estabilización hemodinámica de la paciente. Al día siguiente se presenta edema importante en miembro inferior izquierdo (confirmándose con flebografía la trombosis venosa ex-

tensa del sector femoroiliaco) e insuficiencia respiratoria de inicio súbito acompañada de dolor pleurítico en hemitórax derecho, con aparición de cambios electrocardiográficos que indicaban sobrecarga cardíaca en las derivaciones precordiales derechas (inversión de la onda T) y mostrando la radiografía de tórax atelectasias basales y derrame pleural en hemitórax derecho; hallazgos altamente sugestivos de embolismo pulmonar; por lo que, ante la imposibilidad de realizar otros estudios que confirmasen el diagnóstico, le fue implantado un filtro en cava infrarenal; comenzando 24 horas más tarde (tras no evidencia de nuevo sangrado) tratamiento con heparina de bajo peso molecular; evolucionando posteriormente sin incidencias y no mostrando cambios una nueva TAC abdominal practicada 2 semanas más tarde.

Los estudios de la hemostasia, coagulación y fibrinólisis realizados fueron normales, descartándose la existencia de vasculitis o enfermedades del tejido conectivo (VSG, serología de hepatitis B, anticuerpos antinucleares y factor reumatoide, normales).

La paciente evoluciona de forma favorable bajo tratamiento antiagregante (al ser portadora de un filtro de cava y tras ser desestimada la anticoagulación sistémica sin haberse identificado el motivo del sangrado), presentando un edema moderado en el miembro inferior izquierdo que se controla con medidas de compresión. La última TAC tras el alta, transcurridos 4 meses, objetiva disminución tamaño del hematoma y permeabilidad del filtro de cava; sin evidenciar otra patología subyacente.

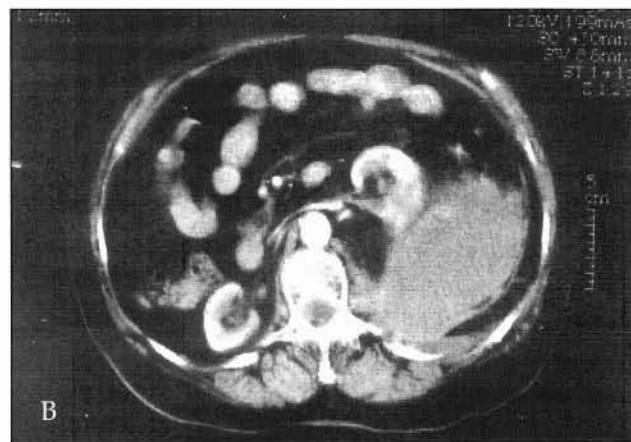
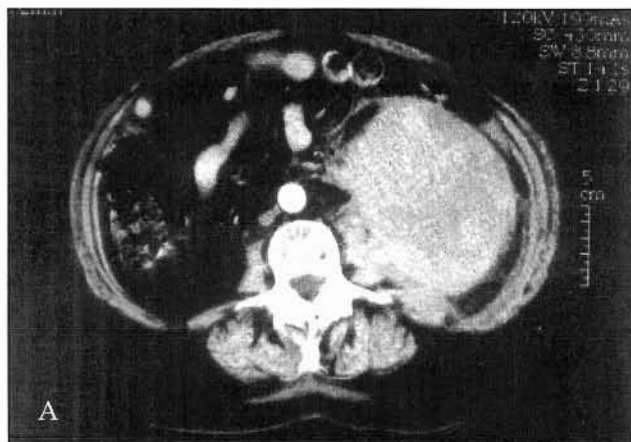


Fig. 1.: a) Gran hematoma retroperitoneal izquierdo con b) desplazamiento anterior del riñón, sin líquido libre intraabdominal.

## Discusión

El hematoma retroperitoneal espontáneo constituye una entidad relativamente rara de etiología muy variada, tal como queda resumido en la Tabla I. Si bien es cierto que cualquier órgano o estructura retroperitoneal podría ser la causa del mismo, con mayor frecuencia su origen se encuentra a nivel del riñón (1), siendo los tumores malignos, seguidos de los tumores benignos (angiomolipoma) y las enfermedades vasculares e inflamatorias la patología más comunmente encontrada (2).

### Causas más frecuentes del sangrado retroperitoneal espontáneo

#### A) Origen renal

- Trastornos de la hemostasia y la coagulación
- Tumores renales: Carcinoma de células renales, angiomolipomas, sarcomas, tumor de Wilms.
- Patología vascular: Malformaciones vasculares, fistulas arteriovenosas aneurismas primarios o secundarios, vasculitis (\*PAN), granulomatosis de Wegener).
- Arteriosclerosis
- Infarto renal
- Infecciones: pielonefritis, abscesos corticales, tuberculosis
- Rotura de quistes renales
- Litotricia

#### B) Origen extrarenal

- Trastornos de la hemostasia y coagulación
- Aneurisma aorto-iliaco
- Aneurisma y microaneurisma de arterias viscerales
- Rotura espontánea de vena iliaca
- Masas suprarrenales: metástasis, adenomas, quistes
- Sangrado muscular psoasiliaco espontáneo
- Embarazo ectópico

\* PAN: panarteritis nodosa

Tabla I

Los pacientes bajo tratamiento anticoagulante sufren ocasionalmente, como complicación del mismo, sangrado a nivel retroperitoneal; debiendo ser sospechado éste con el diagnóstico diferencial cuando se presenta con un cuadro de dolor abdominal. De igual modo, su aparición está descrita en trastornos hereditarios o adquiridos de la hemostasia y coagulación, como por ejemplo

desarrollo de anticuerpos contra factores de la coagulación que obligan a la realización de pruebas de laboratorio específicas para su detección (3). Esta diátesis hemorrágica puede coexistir con cualquiera de los procesos patológicos citados y precipitar así la aparición del sangrado.

Una vez investigadas y descartadas las posibles causas de sangrado retroperitoneal, un pequeño número se considera idiopático (4). En la serie más extensa de la literatura, abarcando 18 hematomas retroperitoneales espontáneos, solamente en un caso no fue posible identificar la patología responsable del sangrado (5). La paciente aquí presentada formaría parte de ese grupo, dado que tanto los estudios de laboratorio como radiológicos practicados no fueron suficientes para llegar a aclarar la etiología del mismo.

La forma de presentación clínica más frecuente es aguda, con dolor abdominal intenso que puede estar acompañado de signos de shock, tal como ha ocurrido en este caso; pero en ocasiones los síntomas se instauran de forma lenta semejando la clínica de un tumor abdominal, como una masa, o comprometiendo estructuras vecinas.

El diagnóstico de una colección hemática retroperitoneal se realiza fácilmente mediante las técnicas de imagen actuales (Ecografía y TAC); sin embargo, como ya hemos mencionado, no siempre es posible llevar a cabo el diagnóstico etiológico, resultando imprescindible la elaboración de una minuciosa historia clínica (antecedentes de traumatismo reciente, toma de anticoagulantes, enfermedades hematológicas, inflamatorias y del tejido conectivo). En aquellos casos de etiología incierta deben investigarse específicamente los trastornos del sistema de coagulación, la velocidad de sedimentación globular, la presencia de anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y la positividad del HBsAg, que está presente hasta en un 30 % de los pacientes con panarteritis nodosa; no habiendo sido identificada ninguna de dichas alteraciones en esta paciente.

La TAC con contraste es la prueba más rentable ante la sospecha de un sangrado retroperitoneal; ya que además de delimitar la extensión del hematoma y detectar patología concomitante puede identificar el lugar de sangrado (6). En nuestro caso, el riñón no parece ser el origen del mismo, al resultar desplazado por el hematoma, sin estar englobado en él (Fig. 1B). La sensibilidad de la arteriografía para determinar el origen del sangrado es baja (detecta sangrado activo cuando es

superior a 1 cc/minuto; por otro lado, durante la hipotensión la formación de un coágulo puede ser suficiente para detener el sangrado, recurriendo cuando aquella se normalice). Sin embargo, podría evidenciar una enfermedad vascular asociada (panarteritis nodosa), malformaciones vasculares o aneurismas y permitir, en algunos casos, iniciar el tratamiento mediante la embolización. Está indicada la arteriografía, fundamentalmente cuando los hallazgos de la TAC son poco aclaratorios (7). En nuestro caso ambos estudios resultaron no concluyentes a la hora de identificar el lugar de sangrado, a pesar de haberse practicado una nueva TAC dos semanas más tarde.

El manejo del paciente con un hematoma retroperitoneal espontáneo va a depender de la causa que lo motivó. En aquellos casos con inestabilidad hemodinámica las primeras medidas del tratamiento irán encaminadas hacia la reposición hemática y de volumen y a corregir la coagulopatía. Si se consigue estabilidad tensional y tras haber descartado fuentes de sangrado activo, tal como ocurrió en este caso, la actitud expectante será la más recomendada (es posible que en tales circunstancias la intervención quirúrgica urgente no identifique la causa del sangrado, con riesgo añadido de recidiva del mismo, así como de infección del espacio retroperitoneal). Cuando resulta posible identificar una lesión responsable de la hemorragia y ésta persiste, estará indicada la intervención mediante embolización o cirugía abierta, que en el caso de sangrado renal habitualmente conlleva a una nefrectomía.

La evacuación percutánea de un hematoma que origine neuropatía comprensiva puede ser una alternativa razonable o el primer paso del tratamiento a seguir (8).

En nuestra paciente, tras un tratamiento conservador, no ha sido posible identificar la causa del sangrado, siendo en estos casos altamente recomendable el seguimiento periódico del paciente mediante TAC, debido a la frecuente asociación del hematoma retroperitoneal espontáneo con tumores de pequeño tamaño (5).

Como comentario final podemos decir que: La etiología del sangrado retroperitoneal espontáneo es variada, frecuentemente tiene un origen renal. La TAC con

contraste es la prueba de imagen más rentable tratando de buscar la patología responsable de la hemorragia, lo que determinará el manejo subsiguiente del enfermo. Cuando la causa es desconocida, el paciente debe ser seguido periódicamente mediante TAC.

## BIBLIOGRAFIA

1. RAPP, N.; AUDIBERT, G.; GERBAUND, P. F.; GROSIDIER, G.; LAXENAIRE, M. C.: Hématome rétroperitonéal spontané: cause rare de choc hémorragique. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.*, 1994; 13:853-856.
2. FRANCO, A.; MIRÓ, C.; VILLACASTÍN, B. P.; ROBLEDO, A. G.: Hematoma retroperitoneal: estudio con tomografía computadorizada. *Revista Clínica Española*, 1993; 192:46-48.
3. TOSETTO, A.; RODEGHIERO, F.; GATTO, E.; MANOTI, C.; POLI, T.: An acquired hemorrhagic disorder of fibrin crosslinking due to IgG antibodies to FXIII, successfully treated with FXIII replacement and cyclophosphamide. *Am. J. Hematol.*, 1995; 48:34-39.
4. BOSNIAK, M. A.: Spontaneous subcapsular and perirenal hematoma. *Radiology*, 1989; 172:601-602.
5. BELVILLE, J. S.; MORGENTHAU, A.; LOUGHLIN, K. R.; TUMEH, S. S.: Spontaneous peripheral and subcapsular renal hemorrhage: Evaluation with CT, US and angiography. *Radiology*, 1989; 172:733-737.
6. JEFFREY, R. B.; CARDOZA, J. D.; OLCOTT, E. W.: Detection of active intraabdominal arterial hemorrhage: value of dynamic contrast-enhanced CT. *AJR Am. J. Roentgenol.*, 1991; 156:725-729.
7. AYADI, K.; MHIRI, C.; BEN-HMIDA, M.; LADEB, M. F.; JLIDI, R.; GANNOUNI, A.: Cas du mois. *J. Radiol.*, 1994; 75:401-402.
8. MERRICK, H. W.; ZEISS, J.; WOLDENBERG, L. S.: Percutaneous decompression for femoral neuropathy secondary to heparin-induced retroperitoneal hematoma: Case report and review of the literature. *Am. Surg.*, 1991; 57:706-711.