



www.elsevier.es/cirugia

P-489 - HEMATOMA RETROPERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA DE REGIÓN INGUINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lendínez Romero, Inmaculada; Hernández García, María Dolores; Cabrero Fernández, María José; Allegue Alonso, Ana; Sarabia Valverde, Natalia; Calcerrada Alises, Enrique; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de adulto con una tumoración en región inguinal causada por un hematoma retroperitoneal espontaneo, que ofrece un diagnóstico diferencial inusual de una hernia inguinal estrangulada.

Caso clínico: Varón de 46 años intervenido de forma urgente en HUSC por una tumoración inguinal izquierda incarcerada, dolorosa e irreductible tras un sobreesfuerzo por vómitos. Entre sus antecedentes destacaba insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, pancreatitis aguda recidivante, EPOC, fumador, hipertensión arterial y dislipemia, tratamiento con triflusal. Analítica: creatinina 5,8 mg/dl, 12.000 leucocitos/mm³, 77% neutrófilos. Durante la intervención se evidenció hernia inguinal indirecta de contenido graso y hematoma independiente del cordón espermático, procedente de la cavidad abdominal, con sensación de ocupación de FII. Se resecó parcialmente el hematoma y se realizó hernioplastia inguinal según técnica de Rutkow-Robbins. TAC y ecografía confirmaron a posteriori hematoma en FII de 9 × 11 × 18 cm y hematoma retroperitoneal de 8 × 4,7 × 7 cm que desplazaba riñón izquierdo, no señal doppler en su interior. Se decidió actitud expectante en reanimación con monitorización 48 horas y hemodiálisis. 24 horas después comenzó con dolor agudo en hemiabdomen izquierdo, íleo paralítico, oliguria, anemización de 11,3 a 7,4 g/dl, actividad de protrombina 60%, PCR 191 mg/ml, 11.900 leucocitos/mm³. Se trasfundió y se realizó una arteriografía por sospecha de sangrado activo. Arteriografía: extravasación de contraste a la altura L4-L5 izquierda en zona de hematoma, procedente de arteria glútea superior y consiguiente embolización. El paciente se mantuvo estable, constantes mantenidas, afebril y mejoría sintomática. Se trasladó a planta continuando con su programa de hemodiálisis, sin anemización y posterior alta al 9º día.

Discusión: La presencia de tumoración en área inguinal no siempre es debida a patología herniaria, y debe tenerse en cuenta otras posibles causas, como la hemorragia retroperitoneal. La etiología del hematoma retroperitoneal espontaneo es variada, destacando la rotura de aneurismas, tratamiento anticoagulantes, discrasia sanguínea primarias o secundarias a patologías con la enfermedad renal crónica, y neoplasias renales (síndrome de Wunderlich). Los hematomas localizados en la zona pélvica suelen producirse por lesión ósea o vascular (10% por vasos iliacos). La proximidad y comunicación de esta zona con el canal inguinal hace que sangrados en la región pélvica se manifiesten como tumoración inguinal, semejando hernia inguinal incarcerada. El dolor intenso agudo en flanco, signos de shock hipovolémico y masa lumbar palpable (triada de Lenk presente sólo en el 20% de los casos) pueden ser tardíos. El signo de Fox (equimosis del ligamento inguinal debido a la salida de sangre del retroperitoneo y su acumulación en el canal inguinal) es un signo indirecto de rara aparición que refleja una posible hemorragia retroperitoneal. La TAC es la exploración complementaria de elección. El manejo terapéutico dependerá del estado hemodinámico del

paciente. En pacientes inestables es necesario medidas de soporte y cirugía urgente. En pacientes estables se intentará el diagnóstico etiológico, empleando la arteriografía tanto con fines diagnósticos como terapéuticos en caso de sangrado activo de origen vascular. En ausencia de complicaciones, el tratamiento de elección debe ser conservador manteniendo una actitud expectante. En ocasiones, esta postura no es posible, y requiere cirugía o maniobras de radiología intervencionista.