

debe ser nuestra primera opción cuando nos enfrentemos a una PD.

Recientemente, el PU presenta un interés creciente en distintas enfermedades<sup>4-6</sup>. Sin embargo, la PCC-PU y la PD no son cirugías habituales debido a las dificultades técnicas. Dichas dificultades pueden ser salvables gracias al desarrollo del instrumental, junto con una experiencia amplia en cirugía laparoscópica. Por otro lado, para poder realizar con garantías esta técnica, debemos seleccionar adecuadamente a los pacientes. Las lesiones mayores de 5 cm deben ser valoradas, dado que, probablemente, sea necesario ampliar la incisión para poder extraer la pieza quirúrgica<sup>7</sup>.

Creemos que la PCC-PU es una técnica prometedora, que podrá ser realizada con garantías de seguridad y eficacia en los próximos años, siempre que los pacientes sean adecuadamente seleccionados y remitidos a centros de alto rendimiento en cirugía laparoscópica avanzada y con experiencia en PU.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sui CJ, Li B, Yang JM, Wang SJ, Zhou YM. Laparoscopic versus open distal pancreatectomy: A meta-analysis. *Asian J Surg.* 2012;35:1-8.
2. Rosales-Velderrain A, Stauffer JA, Bowers SP, Asbun HJ. Current status of laparoscopic distal pancreatectomy. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2012;58:239-52.
3. Pericleous S, Middleton N, McKay SC, Bowers KA, Hutchins RR. Systematic review and meta-analysis of case-matched studies comparing open and laparoscopic distal pancreatectomy is it a safe procedure? *Pancreas.* 2012;41:993-1000.
4. Huang CK, Lo CH, Houg JY, Chen YS, Lee PH. Surgical results of single-incision transumbilical laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8:201-7.
5. Saber AA, Elgamal MH, Itawi EDA, Rao AJ. Single incision laparoscopic sleeve gastrectomy (SILS): A novel technique. *Obes Surg.* 2008;18:1338-42.
6. Cuesta MA, Berends F, Veenhof AA. The «invisible cholecystectomy»: A transumbilical laparoscopic operation without a scar. *Surg Endosc.* 2008;22:1211-3.
7. Misawa T, Ito R, Futagawa Y, Fujiwara Y, Kitamura H, Tsutsui N, et al. Single-incision laparoscopic distal pancreatectomy with or without splenic preservation: How we do it. *Asian J Endosc Surg.* 2012;5:195-9.
8. Chang SK, Lomanto D, Mayasari M. Single-port laparoscopic spleen preserving distal pancreatectomy. *Minim Invasive Surg.* doi:10.1155/2012/197429.
9. Kuroki T, Adachi T, Okomoto T, Kanematsu T. Single incision distal pancreatectomy. *Hepatogastroenterology.* 2011;58:1022-4.
10. Nigri GR, Rosman AS, Petrucci N, Fancellu A, Pisano M, Zorcolo L, et al. Metaanalysis of trials comparing minimally invasive and open distal pancreatectomies. *Surg Endosc.* 2011;25:1642-52.

Salvador Morales-Conde\*, Mercedes Rubio-Manzanares, Isaías Alarcón, Antonio Barranco y María Socas

Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [smoralesc@gmail.com](mailto:smoralesc@gmail.com)  
(S. Morales-Conde).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.019>

## Hematoma retroperitoneal espontáneo y embarazo.

### Caso clínico

### Spontaneous retroperitoneal hematoma and pregnancy.

#### Case report

Se trata de paciente de 30 años, 3 gestas, 2 cesáreas, quien acude a la Urgencias por presentar embarazo de 30 semanas y dolor de fuerte intensidad, de aparición súbita y de carácter punzante en cuadrante inferior izquierdo de 12 h de evolución. Los familiares negaron antecedentes de traumatismos abdominales en los días previos. La paciente reportó la presencia de diaforesis desde el inicio del dolor, negando la presencia de náuseas, vómitos, fiebre, disnea o dolor torácico. Al interrogatorio, la paciente negó antecedentes de hipertensión arterial, hematuria o cualquier desorden médico importante. Hasta el día de la hospitalización, el embarazo había transcurrido sin complicaciones. Las 2 cesáreas fueron 7 y 5 años antes de la hospitalización.

La paciente estaba en malas condiciones, no se encontró actividad cardíaca fetal. Estaba taquicárdica e hipotensa y el abdomen estaba distendido pero no había evidencia de hipertensión uterina. El diagnóstico inicial fue de rotura uterina y se decidió realizar cesárea con una incisión mediana abdominal; se encontró gran cantidad de sangre libre en cavidad abdominal y se obtuvo un mortinato. Al romper las membranas, el líquido amniótico estaba claro. En la exploración del útero y los anexos no se observaron anomalías macroscópicas. Sin embargo, se observó un extenso hematoma retroperitoneal (HRE) que se extendía a través de la línea media y hacia la pelvis. Se decidió abrir el espacio retroperitoneal, observándose que la arteria renal izquierda tenía una pequeña

lesión de 3 mm en el área del hilio renal de origen desconocido que sangraba profusamente. No se detectó coagulopatía. Se realizó la nefrectomía debido a las condiciones inestables de la paciente. La paciente recibió un total de 26 unidades de sangre y hemoderivados durante el trans- y el postoperatorio inmediato. Posteriormente fue transferida a la Unidad de Cuidados Intensivos donde murió 2 días después de la cirugía.

El examen histopatológico del riñón y sus vasos evidenció un peso de 165 g con vasos largos sin evidencia de aterosclerosis ni neoplasias. La arteria renal mostraba una apertura de aproximadamente 5 mm de diámetro. El examen microscópico de la arteria renal demostró un exudado inflamatorio denso a través de la pared en varios puntos, los cuales pudieron ser los puntos de debilitamiento gradual que llevaron a la rotura y formación del HRE. Los cortes de la arteria renal lejanos al sitio de rotura mostraron engrosamiento de la íntima.

El HRE es una enfermedad rara, que se define como el hematoma en el espacio retroperitoneal que ocurre sin historia reciente de trauma, tratamiento anticoagulante o enfermedad vascular<sup>1,2</sup>. La paciente de este caso cumple con los requisitos enunciados de ausencia de trauma abdominal reciente, tratamiento anticoagulante o enfermedad vascular y, al igual que la mayoría de los casos, presentaba importante dolor abdominal acompañado de anemia<sup>1</sup>. El origen de este cuadro es incierto<sup>2,3</sup>. Se ha encontrado que existen varios factores asociados como la hipertensión arterial, la arteriosclerosis, las malformaciones arteriales y las alteraciones de la coagulación<sup>1,4</sup>. En la embarazada de este caso no se encontró evidencia cierta de ninguno de ellos.

El diagnóstico de HRE puede ser extremadamente difícil de hacer debido a la falta de signos o síntomas patognomónicos. Los síntomas de presentación pueden incluir hematuria microscópica (30%), hipertensión y dolor en el flanco o abdominal<sup>1</sup>. En la mayoría de los casos, el dolor es inespecífico y difícil de localizar. La falta de síntomas, la presencia de dolor en ausencia de signos peritoneales, leucocitos y otros hallazgos de abdomen agudo quirúrgico pueden llevar a un diagnóstico erróneo y, en algunos casos, con resultados catastróficos. Muchas veces el diagnóstico de una urgencia vascular abdominal no se hace hasta que el paciente se vuelve hemodinámicamente inestable, haciendo el diagnóstico de choque hipovolémico más aparente. En el contexto del embarazo, el principal diagnóstico diferencial que se plantea es *abruptio placentae*<sup>2,5</sup>.

Dentro de los diagnósticos diferenciales del HRE están los tumores y las masas quísticas del retroperitoneo. Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, representan entre el 0,3 y el 0,8% de todas las neoplasias<sup>6,7</sup>. Entre los tumores, el liposarcoma es el tumor maligno retroperitoneal más frecuente. Otros tumores a considerar son fibrohistiocitoma, schwannoma y paragangliomas<sup>8,9</sup>. Las lesiones quísticas del retroperitoneo pueden ser neoplásicas o no neoplásicas. Las neoplásicas incluyen una variedad amplia de lesiones donde están linfangioma quístico, cistoadenoma mucinoso y teratoma quístico, entre otras. Las no neoplásicas incluyen pseudoquistes de páncreas, linfocèle y urinoma.

Existen 3 opciones terapéuticas cuando se diagnostica una lesión de los vasos renales: ligadura, nefrectomía y reparación

del vaso. Sin embargo, las lesiones vasculares renales se asocian a una alta tasa de pérdida renal y una gran mortalidad<sup>6</sup>. El manejo del HRE depende de la presentación clínica. Se indica la cirugía de urgencia si se observan signos de una importante pérdida de sangre o una complicación secundaria, tal como una obstrucción o una isquemia intestinal. El procedimiento incluye la disección y evacuación del hematoma y la búsqueda de un punto sangrante<sup>2</sup>. En este caso, la embolización hemostática del vaso fue descartada debido a que se consideraba la posibilidad de que la sintomatología fuera secundaria a desprendimiento prematuro de placenta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Klass B, Forshaw MJ, Gossage JA, Sabharwal T, Mason RC. Spontaneous haemoperitoneum caused by inferior pancreaticoduodenal artery aneurysm rupture: Case report. *Int J Clin Pract*. 2007;61:1047-9.
2. Chao M, Xu H, Yang G, Yang B. Spontaneous hematoma in the root of the small bowel mesentery: Imaging findings. *Chin Med J (Engl)*. 2003;116:954-6.
3. Garwood ER, Kumar AS, Hirvela E. Spontaneous hemoperitoneum from a ruptured mesenteric branch arterial aneurysm: Report of a case. *Surg Today*. 2009;39:721-4.
4. Parker SG, Thompson JN. Spontaneous mesenteric haematoma; diagnosis and management. *BMJ Case Rep*. 2012;2012.
5. González Rosales R, Cerón Saldaña MA, Ayala Leal I, Cerda López JA. Uterine vessels spontaneous rupture during pregnancy: Case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76:221-3.
6. Elliott SP, Olweny EO, McAninch JW. Renal arterial injuries: A single center analysis of management strategies and outcomes. *J Urol*. 2007;178:2451-5.
7. Cheng S, Chen Y, Xu L, Zhang Z, Ding GQ. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma adjacent to the kidney: Report of two cases and review. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2012;33:334-6.
8. Shahaji C, Amit P, Prashant P, Sachin T. Giant retroperitoneal liposarcoma: A case report. *Case Rep Oncol Med*. 2012;2012:869409.
9. Meng ZH, Yang YS, Cheng KL, Chen GQ, Wang LP, Li W. A huge malignant peripheral nerve sheath tumor with hepatic metastasis arising from retroperitoneal ganglioneuroma. *Oncol Lett*. 2013;5:123-6.

María Labarca-Acosta, Duly Torres-Cepeda y Eduardo Reyna-Villasmil\*

Servicio de Obstetricia, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com) (E. Reyna-Villasmil).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.018>