Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):61

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/175 - Crisis Hipertensiva y Dolor Abdominal

A.L. Díaz Alvarado[a], L.E. Ojeda Carmona[b], I. Galán López[c], A.J. Albarracín Contreras[d], C. Fernández Galache[e], P. Fombellida Gutiérrez[f], I. Abascal Sañudo[g], A. García-Lago Sierra[h], F. Francisco González[i] y M. Gutiérrez Parra[g]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria; [h]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales de Buelna. Cantabria. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; [i]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. [d]Médico Residente de 2° año Medicina de Familia y Comunitaria; [g]Médico Residente de 1er año Medicina de Familia y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. [f]FEA Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años de edad, con antecedentes de HTA mal controlada en tratamiento con losartan/Hctz, diltiazem, bisoprolol, torasemida, DM 2, dislipemia, estenosis del canal lumbar. Quien refiere presentar dolor lumbar izquierdo de inicio súbito de fuerte intensidad, de 2 horas de evolución, acompañado de vómitos de contenido de alimentos biliosos, previamente había estado asintomático, por lo cual acude al Centro de Salud y es tratado como un cólico nefrítico, pero debido a la persistencia del dolor y cifras de tensión arterial elevadas es remitido a Urgencias, donde se inicia analgesia y debido a la no mejoría se solicita un TAC abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Al llegar a Urgencias: TA 220/108 mmHg, FC: 68x Sat 96% pálido, sudoroso, facies álgica, relleno capilar < 2 segundos, deshidratado, eupneico. Cabeza y cuello: carótidas rítmicas, no soplos, no ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, globuloso, doloroso difuso, puño percusión izquierda dolorosa, ruidos hidroaéreos ausentes, Blumberg negativo, Murphy negativo, no masas no megalias. Hematimetría: Leuco 15,20. Gran 78%. Linf 14,70%. Gluc 219. Creat 1,08. Urea 57. TAC abdomen: se observa colección hiperdensa perirrenal izquierda de 11 × 3,5 cm que se acompaña de borramiento de la grasa y ligero engrosamiento de la fascia perirrenal. No líquido libre en cavidad, con hematoma confinado a la celda renal izquierda. Eco Doppler renal: riñón izquierdo con longitud normal pero presenta parénquima comprimido por hematoma subcapsular que se extiende a lo largo de la convexidad renal con un grosor máximo de 3-4 cm, índice de resistencia en las ramas intraparenquimatosas de 0,68 en el riñón derecho y 0,71 en el riñón izquierdo. Se decide traslado a UCI, donde evoluciono hemodinámicamente estable, con normalización progresiva de la leucocitosis, y es trasladado a planta de Urología y Nefrología para control de la presión arterial.

Juicio clínico: Hematoma perirrenal espontáneo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, diverticulitis aguda, pancreatitis, colecistitis aguda, flemón perinefrítico, perforación gastroduodenal, vólvulo intestinal.

Comentario final: El hematoma renal espontaneo, también llamado Síndrome de Wunderlich, es una afección poco frecuente de atención urgente y de vital importancia para la vida del paciente. La etiología es diversa, tiene como causas frecuentes las neoplasias y alteraciones vasculares. La forma de presentación puede ser con dolor, hematuria y en algunos casos con alteraciones hemodinámicas. La TAC es el estudio diagnóstico de elección y la angiografía además de diagnostica puede ser terapéutica. El objetivo del tratamiento en esta patología es la liberación de la compresión y la normalización de la tensión arterial. Si está hemodinámicamente estable, debe intentarse el manejo conservador del hematoma y control de la tensión arterial con IECAs como primera opción. Si la hipertensión persiste, el deterioro de la función renal es manifiesto o se tratase de un extenso hematoma, la evacuación quirúrgica es considerada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade PJD, et al. Síndrome de Wunderlich. Rev Mex Urol. 2005;65:357-62.

2. Fernández Pello S, Mosquera J, Fernández I, et al. Riñón de Page: hematoma subcapsular renal e hipertensión arterial. Casos Clínicos. Arch Esp Urol. 2013;66:593-6.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.