Localizador web
Artículo 89.395

Etiología y diagnóstico del hematoma retroperitoneal complicado, actitud e indicación quirúrgica

Gonzalo Suárez, Zoraida Valera, Miguel Ángel Gómez, Fernando Docobo y José María Álamo
Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Resumen

El hematoma retroperitoneal es una entidad poco frecuente cuya repercusión clínica varía en función de la velocidad y la cuantía de la hemorragia: desde asintomático, que suele diagnosticarse casualmente en pruebas de imágenes, hasta complicado, cuyo síntomas característicos son el dolor y el shock hipovolémico. Presentamos 3 casos clínicos de hematoma retroperitoneal complicado. Si bien la bibliografía describe múltiples causas, en nuestros pacientes el origen fue siempre tumoral: 1 mielolipoma suprarrenal, 1 adenocarcinoma renal y 1 metástasis suprarrenal de adenocarcinoma broncogénico. La tomografía computarizada fue la prueba de imagen utilizada, no sólo para definir la naturaleza del proceso (hematoma, absceso, tumor), sino también para valorar la compresión de estructuras adyacentes y la existencia de hemorragia activa. Aunque se intentó el tratamiento conservador mediante reposición de la volemia y corrección de la coagulación, en todos los casos fue necesaria intervención quirúrgica urgente, 2 por inestabilidad hemodinámica y 1 por compresión de la vena cava.

Palabras clave: *Hematoma. Retroperitoneo. Shock hipovolémico. Suprarrenal. Renal.*

ETIOLOGY AND DIAGNOSIS OF SEVERE RETROPERITONEAL HEMATOMA: THERAPEUTIC OPTIONS AND SURGICAL INDICATION

Retroperitoneal hematoma is a rare entity with clinical consequences that vary according to the speed and amount of bleeding. Thus, it may be asymptomatic, in which case it is usually diagnosed incidentally through imaging tests, or severe, in which case the most common symptoms are pain and hypovolemic shock. We report three cases of severe retroperitoneal hematoma. Although the literature on the subject describes a wide variety of causes, in all three patients the etiology was tumoral, consisting of one suprarenal myelolipoma, one renal adenocarcinoma and one suprarenal metastasis from bronchogenic adenocarcinoma. Computed tomography was the imaging test employed not only to determine the nature of the process (hematoma, abscess, tumor) but also to assess compression of adjacent structures and the occurrence of active bleeding. Conservative treatment consisting of volemic replacement and correction of coagulation was initially attempted. However, all three patients required emergency surgery due to hemodynamic instability in two patients and compression of the vena cava in the other.

Key words: *Hematoma. Retroperitoneum. Hypovolemic shock. Suprarenal. Renal.*

Introducción

El hematoma retroperitoneal (HR) es una afección poco frecuente cuyo diagnóstico ha aumentado en los últimos años como consecuencia del incremento de estudios radiológicos realizados y del mayor poder resolutivo de éstos[1]. Se produce como consecuencia de traumatismos, alteraciones de la coagulación, rotura de aneurismas aórticos, tumores benignos y malignos, etc.[2]. La repercusión clínica depende, fundamentalmente, de la velocidad y la cuantía de la hemorragia[3]. Presentamos 3 casos clínicos de HR que precisaron intervención quirúrgica urgente.

Correspondencia: Dr. G. Suárez.
Virgen de la Cinta, 21, edificio Presidente, portal B-2, 3.º C.
41011 Sevilla. España.
Correo electrónico: gasuarez@supercable.es

Manuscrito recibido el 1-2-2005 y aceptado 23-2-2005.

Caso 1

Varón de 69 años, con antecedentes de adenocarcinoma de próstata tratado con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas

(GnRH) y mielolipoma de la glándula suprarrenal derecha de 2,5 cm diagnosticado casualmente mediante tomografía coincidió computarizada (TC). Acudió a urgencias por febrícula y dolor abdominal de una semana de evolución hemorrágica; el inicio del cuadro coincidió con una caída accidental de la cama. Hemograma: 13.200 leucocitos, neutrofilia (72%) y hemoglobina de 11,0 g/dl. La ecografía abdominal evidenció una gran masa heterogénea de 15 cm de diámetro dependiente de la glándula suprarrenal derecha que comprimía la vena cava (fig. 1). La TC confirmó tal hallazgo e informó de un hematoma, con signos de hemorragia activa, de 15 cm de diámetro, que colapsaba la vena cava. El paciente se encontraba hemodinámicamente estable, pero ante el riesgo de hemorretroperitoneo, por el tamaño del hematoma y la hemorragia activa, así como la compresión completa de vena cava, se indicó laparotomía urgente en la que se realizó suprarrenalectomía derecha y exéresis del hematoma. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio anatomopatológico informó de mielolipoma suprarrenal derecho sangrante.

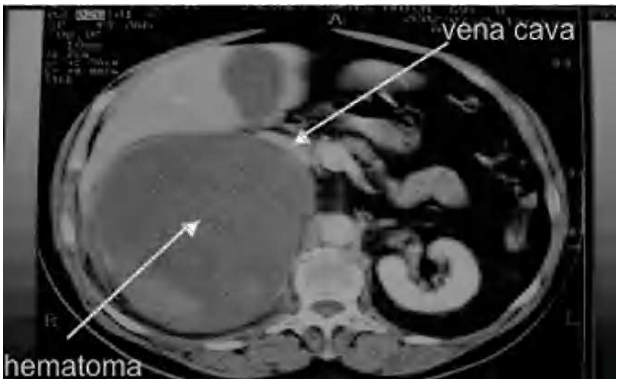

Fig. 1. Tomografía abdominal: hematoma retroperitoneal derecho que rechaza anteriormente la vena cava infrahepática.

Caso 2

Mujer de 59 años, ex fumadora de 15 cigarrillos/día como único antecedente. Acude a urgencias por hematuria y dolor en la fosa renal y el hipocóndrio derecho de 6 h de evolución. Presentaba una presión arterial de 90/50 mmHg y 94 lat/min. En el hemograma se evidenciaba una hemoglobina de 10,5 g/dl y leucocitosis de 13.000, con un 78% de neutrófilos. El análisis de orina mostraba nitritos positivos, leucocituria y 200 eritrocitos/ l. En la ecografía abdominal urgente se observó una tumoración de 15 14 cm, dependiente del riñón derecho. La TC realizada a continuación informó de una gran masa renal que ocupaba todo el hemiabdomen derecho con aspecto de hemorragia intratumoral y líquido libre intraabdominal (fig. 2). La paciente evolucionó a inestabilidad hemodinámica, por lo que se indicó intervención quirúrgica urgente, en la que se realizó una nefrectomía derecha y un drenaje de un gran hematoma en el hemiabdomen derecho. Tras un postoperatorio inmediato tórpido, durante el que requirió transfusión de hemoderivados, evolucionó satisfactoriamente. El estudio anatomopatológico concluyó que se trataba de un adenocarcinoma renal de células claras de 10 cm, con infiltración de la cápsula renal, en estadio GII, T_2.

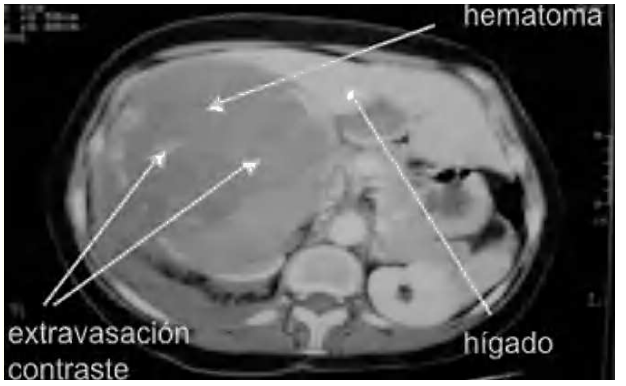

Fig. 2. Tomografía abdominal: gran hematoma retroperitoneal que ocupa todo el hemiabdomen derecho; la extravasación de contraste indica existencia de sangrado activo.

Caso 3

Varón de 64 años con antecedente de ex fumador de 1 paquete/día, cardiopatía isquémica y tuberculosis en la infancia, derivado de su centro de salud por dolor intenso y súbito en el hemiabdomen izquierdo, acompañado de náuseas y vómitos en posos de café. En la exploración, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso, pero sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente se aprecia leucocitosis de 27.800 leucocitos/ml, con neutrofilia del 83% y hemoglobina de 8,3 g/dl. La radiografía de tórax puso de manifiesto derrame pleural derecho; se solicitó ecografía abdominal que mostraba tumoración heterogénea en el hipocondrio izquierdo entre el bazo y el riñón, probablemente dependiente de la glándula suprarrenal. La TC confirmó la existencia de un hematoma retroperitoneal izquierdo, dependiente de glándula suprarrenal. A pesar del tratamiento médico, entró en shock hipovolémico, por lo que se indicó cirugía urgente. Como hallazgo operatorio cabe destacar un hemorretroperitoneo y un hematoma de la glándula suprarrenal izquierda de unos 10 cm. Se practicó una suprarrenalectomía izquierda. Los estudios anatomopatológico e inmunohistoquímico informaron de una lesión metastásica en la glándula suprarrenal izquierda, cuyo tumor primario pudiera corresponder a un adenocarcinoma bronquial, que se confirmó tras una pleuroscopia y un estudio citológico del derrame pleural. El paciente evolucionó favorablemente de la intervención quirúrgica urgente, pero falleció por fallo multiorgánico en el contexto de su enfermedad neoplásica en el día 50 postoperatorio.

Discusión

Etiologicamente, la hemorragia retroperitoneal puede clasificarse en espontánea, o secundaria a traumatismos externos y maniobras endourológicas o vasculares[2,3]. La primera se produce como consecuencia de una enfermedad local o sistémica. Entre las sistémicas, se encuentran las alteraciones de la coagulación y vasculitis[4], entre las que destacan la panarteritis nodosa, por rotura de aneurismas originados por el depósito de inmunocomplejos en las paredes de arterias de pequeño y mediano calibre[2]. Entre las causas locales, se distinguen las de origen renal, suprarrenal u otros órganos retroperitoneales, y la más frecuente es la rotura de aneurisma de aorta abdominal. Con respecto a las renales (síndrome de Wünderlich), el angiomiolipoma es la lesión con mayor porcentaje de sangrado (51%)[2,3], pero sin superar, en valores absolutos, al adenocarcinoma. Cabe mencionar, también, como causas menos habituales, la pielonefritis, las enfermedades vasculares renales e incluso el rechazo agudo o crónico de riñones trasplantados. El origen suprarrenal es menos habitual y se asocia a situaciones de estrés (sepsis, cirugía, grandes quemados…) y, muy infrecuentemente, a tratamientos prolongados con corticoides y corticotropina (ACTH)[3]. En estos casos, la hemorragia suele ser bilateral. Determinados tumores suprarrenales (feocromocitoma, adenoma, carcinoma, lesiones metastásicas y mielolipoma) también pueden

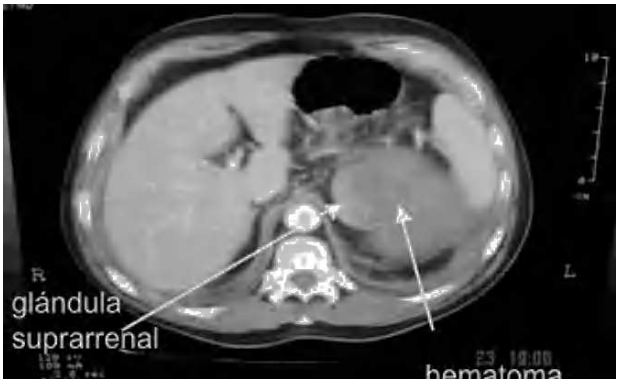

Fig. 3. Tomografía abdominal: hematoma retroperitoneal izquierdo que desplaza anteriormente el bazo.

ocasionar hemorragia retroperitoneal[5]. En nuestros 3 casos, la causa fue tumoral, 2 correspondieron a neoplasias primarias (adenocarcinoma renal y mielolipoma suprarrenal) y 1 a una metástasis de un adenocarcinoma de pulmón en la glándula suprarrenal.

En relación con la clínica del HR los síntomas y los signos más frecuentemente descritos son dolor lumboabdominal, masa palpable y anemia. Los 2 primeros y el shock hipovolémico constituyen la triada de Lenk, que se da, aproximadamente, en el 30% de los pacientes[2,3,5]. Los autolimitados y de pequeño tamaño suelen ser asintomáticos. El dolor fue el único síntoma presente en los 3 pacientes, mientras que el shock hipovolémico apareció en 2 de ellos. La ausencia de este síntoma en nuestro primer caso pudiera deberse a la contención del hematoma por la fascia de Gerota.

El diagnóstico del HR debe basarse en las pruebas de imagen. La ecografía es, sin duda, útil para el diagnóstico inicial por su inocuidad y su elevada sensibilidad. Sin embargo, resulta menos específica para definir la naturaleza del proceso. La arteriografía estaría indicada si sospechamos una panarteritis nodosa para objetivar los aneurismas[2]. La TC, hoy día, es la prueba de imagen *princeps* en el diagnóstico del HR, ya que determina mejor la naturaleza del proceso (hemorragia, tumor, absceso…), delimita con precisión la compresión de estructuras vecinas y, de realizarse con contraste por vía intravenosa, evidencia la existencia de hemorragia activa[6,7]. Aproximadamente, el 2% de las TC realizadas en politraumatizados muestran hematoma de origen adrenal[8]. La resonancia magnética no parece aportar ventajas sobre la TC, de forma que sólo suele realizarse cuando esta última no resulta concluyente[6,7].

El tratamiento del HR depende, en nuestro criterio, de 3 factores: estado hemodinámico, compresión de estructuras nobles y riesgo de hemorragia retroperitoneal masiva[7,8]. En nuestro primer caso, la indicación quirúrgica urgente se basó en el alto riesgo de hemoretroperitoneo (dado el tamaño del hematoma y la hemorragia activa evidenciada en la TC) y en la compresión de vena cava. Esta última complicación no se habría resuelto con la embolización angiográfica, por lo que fue desechada. En los 2 casos restantes la inestabillidad hemodinámica refractaria al tratamiento médico obligaron a indicar una laparotomía urgente. La compresión de estructuras vecinas por hematoma retroperitoneal es poco frecuente y es uno de los criterios de indicación quirúrgica[8,9]. En nuestro primer caso, la vena cava se encontraba desplazada anteriormente hasta el punto de colapsarla. En el segundo, el hematoma ocupaba todo el cuadrante superior derecho y rechazaba la totalidad del hígado al hemiabdomen izquierdo; el estómago y el yeyuno se encontraban también desplazados.

Como conclusión, el tratamiento, en ausencia de complicaciones, debe ser conservador, manteniendo actitud expectante. Ante inestabilidad hemodinámica, las primeras medidas deberán ir orientadas a la reposición de la volemia y la corrección de la coagulación[3,8]. En pacientes estables con signos radiológicos de sangrado activo, está indicada la embolización angiográfica[2]. La cirugía debe limitarse a pacientes hemodinámicamente inestables, con riesgo de hemorragia masiva y con compresión de estructuras nobles[2,8,9].

Bibliografía

1. Rodríguez JM, Parrilla P, Piñero A. Incidentaloma suprarrenal. En: Sitges Serra A, Sancho Insenser JJ, editores. Cirugía endocrina. Madrid: Aran; 1999. p. 161-4.
2. Machuca J, Julve E, Galacho A, Bech A, Pérez Rodríguez D, Quiñonero Díaz A. Spontaneous retroperitoneal hematoma: our experience. Actas Urol Esp. 1999;23:43-50.
3. Vendrell JR, Alcover J, Alcaraz A, Llopis J, Gutiérrez J, Barranco R. Hematoma suprarrenal espontáneo unilateral, una causa excepcional de hemorragia retroperitoneal. Actas Urol Esp. 1996;20:59-62.
4. Landron C, Paccalin M, Chameau AM, Bonnefoy M, Roblot Pbecq-Giraudon B. Adrenal haematoma in Henoch-Schonlein purpura. Rheumatology (Oxford). 2001;40:717.
5. Amano T, Takemae K, Niikura S, Kouno M, Amano M. Retroperitoneal hemorrhage due to spontaneous rupture of adrenal myelolipoma. Int J Urol. 1999;6:585-8.
6. Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Takahashi N, Roubidoux MA, Goldman SM. Imaging of nontraumatic hemorrhage of the adrenal gland. Radiographics. 1999;19:949-63.
7. Oto A, Ozgen B, Akhan O, Brsim A. Delayed postraumatic adrenal hematoma. Eur Radiol. 2000;10:903-5
8. Mcalinden MG, Mccrory DC, Diamond T. Post-traumatic adrenal haematoma with massive adrenal enlargement and compression of the vena cava. Br J Urol. 1994;73:463-4.
9. Hendrickson RJ, Katzman PJ, Queiroz R, Sitzmann JV, Koniaris LG. Management of massive retroperitoneal hemorrhage from an adrenal tumor. Endocr J. 2001;48:691-6.