

Sociedad Argentina de Urología

6ª Sesión científica ordinaria — 27 de setiembre de 1962

Presidente:..... Dr. Antonio Granara Costa

Secretario:..... Dr. Alberto J. Claret

SINDROME DE WUNDERLICH

Por el Dr. RAUL URREJOLA

Hemorragia espontánea perirrenal o Síndrome de Wunderlich, se denomina a un derrame hemático que ocupa anatómicamente la zona que rodea al riñón. Es un proceso de escasa frecuencia que la mayoría de las veces es de evolución aguda y de difícil diagnóstico, hecho corroborado por las distintas publicaciones y cuya terapéutica puede ser quirúrgica y de urgencia.

El caso de esta comunicación es el siguiente:

E. B. B.: Argentino, 54 años, soltero.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión, varicocele y fiebre urliana antes de la pubertad.

Apendicectomía a los 22 años. A los 45 años, a raíz de un proceso intestinal, cuyos datos no se alcanzan a precisar y que evolucionan sin inconvenientes en pocos días, se evidencia el aumento de las cifras tensionales que varían entre 165 y 185 la máxima y 110-120 la mínima.

Además había discreta hipertrofia del ventrículo izquierdo. El examen de fondo de ojo era negativo.

Fumador habitual desde los 15 años y salvo en las comidas no es bebedor.

Enfermedad actual: Estando en reposo en cama siente un fuerte dolor lumbar izquierdo que irradia hacia la ingle. El dolor se prolonga durante varias horas. Es revisado por un colega el cual orienta su diagnóstico hacia un proceso renal. Dada la intensa sintomatología, resuelve su internación inmediata.

El examen del paciente revela: Empastamiento lumbar izquierdo, dolor intenso, distensión abdominal, hipotensión (110-80), palidez discreta.

El hematocrito es de 37 y el recuento globular es de 3.500 glóbulos rojos y 8.000 glóbulos blancos. El pulso de 105-115. Al ingresar el paciente, bajó a 95, después de varias horas de reposo.

Se piensa en la posibilidad de tratarse de un Síndrome de Wunderlich, es decir, una hemorragia retroperitoneal lumbar izquierda. La ausencia de temperatura y de fenómenos peritoneales, nos permite esperar administrando calmantes una transfusión de sangre de 500 cc., reposo absoluto y dieta líquida. Se agrega suero glucosado y fisiológico isotónico para hidratar al paciente, ya que un discreto estado nauseoso impide la ingesta.

A las 6 horas de internado, el paciente elimina gases y materias fecales, desapareciendo el estado nauseoso.

El vientre se hace depresible y el dolor lumbar se atenúa, aunque persiste una molesta sensación de peso en la región lumbar. La tensión arterial es de 145-90.

A las 48 horas se repite la transfusión de 500 cc. de sangre, encontrándose el paciente bien, prácticamente recuperado. Se insiste con reposo absoluto en cama, dieta liviana y se completa el estudio.

La úrea en sangre es de 0,52 %_m. A los 7 días de internado se le practica una radiografía simple que no aporta datos de interés y un urograma que revela una discreta eliminación de sustancia opaca del lado derecho, y una imagen perirrenal amplia que se sospecha, debido al derrame hemático en el lado izquierdo.

A los 10 días de la internación, cuando se creía superado el problema, a raíz de un pequeño esfuerzo, se reinstala el cuadro con las mismas características, pero con mayor intensidad, es decir, dolor lumbar izquierdo, tumoración lumbar, síntomas de hemorragia interna, hipotensión, palidez y discreta distensión abdominal. En estas condiciones se decide la lumbotomía, tratando de superar el estado de shock del paciente.

La transfusión, los sedantes y demás medidas de orden general, consiguen que desaparezca el estado de shock, efectuándose la lumbotomía y la nefrectomía, que resulta extremadamente laboriosa. Dada la necesidad de abreviar la duración del acto quirúrgico y las dificultades que emanan de la presencia de un hematoma en parte organizado, se resuelve hacer nefrectomía subcapsular, debridamiento posterior y ligadura del pedículo vascular y del pedículo excretor por separado. Drenaje y cierre por planos.

La evolución post-operatoria fue lenta y con algunos inconvenientes.

Anatomía patológica: El examen de la pieza no reveló alteraciones específicas. Una discreta esclerosis arterial y arteriolar, fibrosis difusa, esclerosis glomerular aislada, es decir, las lesiones propias de las hipertensiones arteriales de larga y lenta evolución.

La sintomatología descripta facilitó el diagnóstico, ya que el cuadro clínico era coincidente con el de todos los autores que han estudiado este problema. Pero es necesario dejar constancia de la absoluta ausencia de síntomas urológicos. Esto explica, y más cuando el proceso es del lado derecho, su posible confusión con otros procesos intraperitoneales.

DISCUSION

Dr. García: Quisiera preguntarle al doctor Urréjola si se pudo determinar el sitio de origen de la hemorragia.

Además, deseo expresarle que he tratado 4 casos de hemorragias perirrenales, pero en las que no hemos podido hallar la causa. Uno de ellos fue publicado hace muchos años: se trataba de un tumor de la vía excretora que había hecho una total destrucción de uno de los polos del riñón, con una hemorragia profusa y sintomatología aguda.

El segundo, un linfoma de la cápsula renal, con un voluminoso hematoma. El tercero, que es reciente y aún lo tenemos en tratamiento, es un tumor renal cortical de gran malignidad y anaplasia, y un patólogo de los más distinguidos en nuestro ambiente todavía no pudo precisar el origen de la hemorragia.

En todos los casos, hubo hemorragia profusa y una sintomatología agudísima, y fueron intervenidos dentro de los 4 ó 5 días de producido el síndrome. A raíz de la primera observación, en que tampoco conocíamos el diagnóstico, en los casos restantes se pudo determinar con antelación la repercusión circulatoria del cuadro por los síntomas de anemia brusca, etc.

El cuarto caso no lo intervenimos porque entró en la guardia del hospital. Se le practicó la autopsia y se encontró la ruptura de un aneurisma de la arteria renal.

En todos estos enfermos, la sintomatología fue semejante a la descripta por el doctor Urréjola: cuadro agudo, con colapso y aparición súbita de un tumor, y, conociendo la existencia del síndrome de Wunderlich, se pensó en el mismo. Conviene tener en cuenta este síndrome, de observación poco frecuente.

Dr. Otamendi: Quisiera preguntarle al doctor Urréjola si en estos casos conviene practicar una pielografía ascendente en un riñón que no funciona.

Dr. Schiappapietra: Me ha tocado actuar, no en un episodio agudo, pero sí en el estado alejado de un hematoma retroperitoneal renal.

Tanto en ese caso, como en otro, se trató de evitar la realización de una pielografía ascendente, porque en ellos generalmente se altera el estado funcional, de manera que constituye, diría, una contraindicación.

En uno de esos enfermos hice el diagnóstico con el deseo de hacer una biopsia de riñón y usando la aguja de Silverman encontré un hematoma. Ese enfermo había sido estudiado en otro servicio, donde se llegó a la conclusión de que era portador de un tumor renal.

Entiendo que debe completarse la semiología para ir a lo que termina de decir el doctor García: tratar de buscar la causa del hematoma.

Dr. García: Quiero aclarar que en los últimos dos casos que yo he operado se les practicó

pielografía ascendente, la que fue absolutamente negativa. Lo que sí hay un desplazamiento del riñón en conjunto, pero en ninguno de los casos permitió sospechar la existencia de un tumor.

La urografía excretora demostró excelente función.

Ambas exploraciones han servido solamente para comprobar los desplazamientos del riñón, lo que es muy importante para el diagnóstico de las hemorragias renales. Uno de esos enfermos tenía una obstrucción sanguínea en la región renal y lumbar.

Dr. Schiappapietra: Es, precisamente, un dato positivo para llegar al diagnóstico.

Dr. Urréjola: Coincido con el doctor García. Aquellos que han estudiado el problema y han practicado pielogramas, tanto ascendentes como descendentes, corroboran el hecho de que las lesiones radiográficas prácticamente son imperceptibles.

Este caso era un enfermo de la clínica privada, que son de difícil manejo, habiendo tenido la oportunidad de equivocarme cruelmente como me equivoqué hace muchos años, encontrándome con un hematoma perirrenal del lado derecho que me sorprendió y no sabía qué era; un colega, entonces, me dijo: "Cuando no sabe lo qué hacer, cierra y se va". Eso fue lo que hice. Se vio después un coágulo perirrenal derecho y hubo que practicarse una nefrectomía.

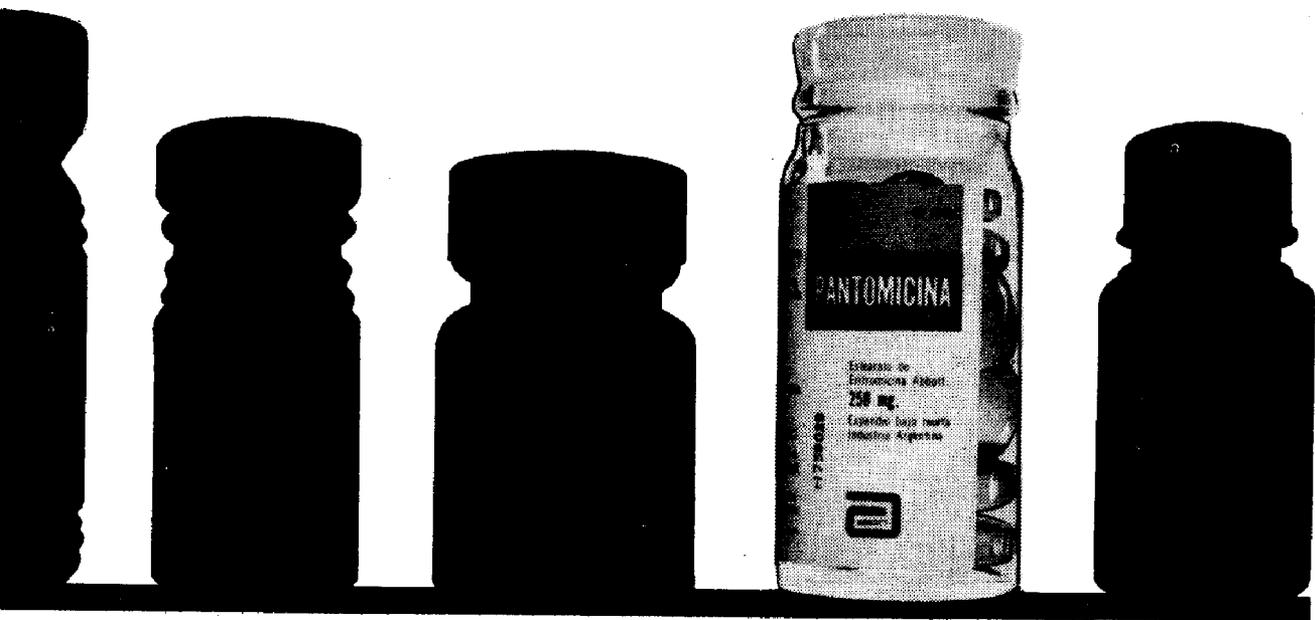
En este caso, la nefrectomía fue muy laboriosa porque había un gran hematoma y existía una hemorragia reciente. Practiqué una nefrectomía subcapsular y un desbridamiento posterior, fui a buscar el pedículo lo más cerca posible de los grandes vasos. Afortunadamente, todo anduvo bien; el postoperatorio fue tormentoso porque ese hematoma tuvo que irse eliminando y a los 3 ó 4 días se abrió la herida, se drenó y felizmente anduvo bien, pero tardó dos meses en cerrar y hasta debió realizarse un poco de radiumterapia.

Al doctor Otamendi le diré que se trataba de un hipertenso, con aparición súbita, síndrome de hemorragia interna y discreto meteorismo intestinal. La palpación era dificultosa porque un hematoma retroperitoneal da pocos elementos a la palpación; además, el sujeto estaba muy dolorido, pero como teníamos el control del hematocrito cuando estaba en 37 y con la transfusión la tensión se elevaba a 135 y el dolor disminuía con Buscapina, se pudo esperar. Cuando el sujeto salió de su estado de shock, se le practicó la nefrectomía subcapsular.

Los autores que se han ocupado del tema señalan que el pielograma ascendente no aporta ningún dato de interés en estos casos y para realizarlo en un paciente de la psicología de este hombre debe practicársele bajo anestesia general.

Para mí, el cuadro era de una nitidez extraordinaria porque recordaba lo que me había sucedido en una primera oportunidad.

Entre los antibióticos que Ud. puede prescribir para las enfermedades bacterianas...



**éste reúne
estos tres criterios
claves
en la práctica
diaria**

1. Indudable alto grado de actividad específica antibacteriana frente a la mayoría de las infecciones corrientes por cocos. 2. Record de seguridad tal que los efectos secundarios son virtualmente desconocidos. 3. Mínima resistencia bacteriana.

Los hechos específicos son: (1) La Pantomicina es significativamente más activa, *in vitro*, que los antibióticos de amplio espectro, frente al 80% del total de gérmenes patógenos comunes. (2) Tiene un record de seguridad inigualado en la terapéutica antibiótica. A diferencia del éster propionil (estolato de eritromicina) la Pantomicina* (estearato de eritromicina) no ha mostrado ser la causa de alteración hepática.¹ (3) Un estudio de 1000 cepas de estafilococo de hospital muestra que la eritromicina *in vitro*, es activa frente al 87% de las cepas probadas; el

más próximo a la eritromicina fue el cloranfenicol con 71%.²

PRESENTACION:

PANTOMICINA FILMTAB, tabletas de 250 mg. Estearato de Eritromicina Abbott, frascos de 8 y 16 tabletas Filmtab.

PANTOMICINA LIQUIDA, Suspensión Pediátrica

Estearato de Eritromicina Abbott, en frascos de 60 cm³.

PANTOMICINA INTRAMUSCULAR.

Solución Estéril de Etilsuccinato de Eritromicina Abbott, en cajas de 1 y 3 ampollas.

1. Gilbert, F. I., Jr., Cholestatic Hepatitis Caused by Esters of Erythromycin and Oleandomycin, J.A.M.A., 1082:1048, 8 de diciembre, 1962.

2. Koch, M. L., Resnick, A. y Mack, R., Incidence and Drug-Resistance of Four Phages Types of Hospital-Established Strains of Staphylococcus aureus, Antibiotics and Chemotherapy, 11:284, abril, 1961.

• MARCA REGISTRADA

C I C A S S. R. L.

Distribución y venta de Instrumental, accesorios
y todo lo relativo a Urología

★

Taller propio para service
y atención de Instrumental
de la especialidad

MONTEVIDEO 462

46 - 7508