

HEMATOMA PERIRRENAL ESPONTÁNEO EN UN RECIÉN NACIDO

Por los Doctores C. RIMOLO y H. A. PAGLIERE (1)

Aunque hay observaciones anteriores de Bouet, Webel, Rayer, Wunderlich en 1856 describió como apoplejía espontánea de la cápsula del riñón la enfermedad que, a propuesta de Coenen, lleva su nombre. Posteriormente aparecen observaciones que la relacionan a distintas afecciones. Polkey y Vynaleck, en 1933, reúnen 200 casos, si bien es cierto que incluyen los hematomas parciales subcapsulares del riñón. En nuestro país hay observaciones de Zeno, Cid y Ercole, Casanovas Gutiérrez, Goñi Moreno, Turco y Uriburu, Grimaldi, Waldorp y Fernández Luna, Rubí Grimaldi y Mackintosh, Iacovone, Nesprías y Martini. En la bibliografía nacional que hemos consultado no hemos encontrado ningún caso en un recién nacido. La Historia Clínica de la observación que relatamos es la siguiente:

CUADRO CLÍNICO (Historia Clínica Nº 44.716).

Niño nacido el 24-IV-63 con un peso de 3.480 kg.; de un embarazo de nueve meses. Parto muy prolongado por inercia uterina. Se trataba del sexto hijo. Duró 16½ horas, terminando con una extracción con vacío-extractor. Presentó un moderado grado de anoxia del Recién Nacido aspirándosele las vías aéreas superiores obteniéndose abundante cantidad de meconio.

La historia clínica informa: regular vitalidad, cianosis peribucal y palmoplantar. No hay convulsiones ni quejidos; abundantes secreciones en vías aéreas superiores. Reflejos de maduración presentes en su totalidad, succiona bien y regula bien la temperatura. Cabeza con regular modelado, no hay cefalohematoma, fontanela anterior normotensa, conjuntivitis bilateral. En tórax encontramos el único signo que nos llamó la atención: tiraje sub-costal 50 respiraciones por minuto con ritmo regular auscultándose una disminución de entrada de aire en la base pulmonar derecha. No había ruidos agregados, salvo algunos estertores húmedos gruesos. Área cardíaca dentro de límites normales; 130 latidos por minuto de frecuencia, ritmo regular, tonos fuertes y bien timbrados. Abdomen globuloso, hígado a dos centímetros del reborde costal, no se palpaba el bazo.

Se medicó con penicilina (50.000 U cada seis horas). Colirio y oxígeno condicional. El día 26-IV-63 por la mañana encontramos al niño con sub-ictericia y 38 grados de temperatura rectal. Buen estado general, succionaba bien. Atribuimos su febrícula al síndrome de fiebre transitoria del recién nacido. Nos seguía llamando la atención una disminución de entrada de aire en la base antedicha. Se continuó con antibióticos y se continuó dando líquidos por boca. Ese mismo día, a las 17 horas, fue llamado el médico residente con urgencia porque el niño presentó bruscamente intensa palidez con cianosis peribucal. Marcado tiraje supraesternal e infracostal, aleteo nasal, caída del mentón y quejido respiratorio. Murmullo vesicular conservado; hipotonía generalizada, reflejo de Moro ausente, reflejo de presión palmar, enderezamiento y marcha ausentes; reflejo de succión conservado. Temperatura rectal: 38,5. Intensa taquicardia. Fue medicado con analépticos; nikitamida, oxígeno y calor. Su estado se agrava rápidamente y fallece a las 18.30 horas, cuando contaba con dos días de vida.

En el recién nacido han sido descriptos hematomas perirrenales con escasa



frecuencia, circunstancia fácil de comprender si se tiene en cuenta que la mayor parte de las causas que lo provocan depende de afecciones contraídas en el curso de la vida. Sin embargo, Glenn supone que es mucho más común de lo sospechado, ya que la autopsia de los recién nacidos fallecidos de las más diversas causas permite descubrir casi siempre alguna forma de hemorragia suprarrenal, desde las microscópicas hasta los hematomas masivos.

En el niño también puede depender de un proceso trombótico iniciado en la vena renal o, como ocurre más frecuentemente en el adulto, según Nelson, por una trombosis progresiva de la vena cava. Se han referido casos asociados a deshidratación e infecciones. En las dos observaciones de Nelson uno obedecía a trombosis de la vena renal y el otro a hemorragia de la suprarrenal. Es notable que ambos curaron con la intervención, así como los dos casos de Glenn, debidos a hemorragia de la glándula suprarrenal, cuya causa, según este último autor, no aparece clara, aun cuando el parto laborioso o prolongado pueden ser factores a considerar.

La sintomatología no presenta, como es obvio, la profusión del adulto, pero debe tenerse en cuenta en un niño que al nacer, o en los días sucesivos, presenta una tumoración abdominal lateralizada, aun cuando lo corriente es que se sospeche un tumor de Wilms.

El derrame sanguíneo que constituye el hematoma perirrenal puede ocurrir por debajo de la cápsula propia del riñón, entre ésta y la fascia de Gerota, o aún extenderse por fuera de ésta. Los derrames que ocurren por dentro de la cápsula propia, y limitados a una zona del riñón, creemos que deberían excluirse,

ya que difícilmente pueden comprenderse en el síndrome tal como lo conocemos.

Excepcionalmente puede ser bilateral, y pocos son los casos relatados en que adquiere esta modalidad, ya por iniciarse en un lado y extenderse al opuesto, migración anatómicamente discutida o ya que por la causa que lo provoca se extiende a ambas fosas renales.

Se distinguen, según la intensidad y rapidez con que el cuadro se completa, formas agudas y crónicas, a las que Cibert agrega la forma subaguda. Otras formas clínicas se describen según la preponderancia de algunos de los síntomas que suelen configurar el cuadro clínico de esta afección. Cuando éste es típico aparece con la clásica tríada de Lenk. Dolor intenso, de rápido desarrollo en la región lumbar del lado afectado; los síntomas de una hemorragia y el abombamiento lumbar.

El shock no sólo está condicionado por la hemorragia sino también por la intensidad del dolor. Es comprensible que el abombamiento lumbar ocurra en último término, aún cuando sella el diagnóstico. La distensión abdominal, el meteorismo que Normand describe como cuarto síntoma, se presentan según Couvelaire del 10 al 20 % de los casos. Las equimosis lumbares o escrotales han sido señaladas por Cibert. Creemos que han de ser de aparición tardía cuando ya el diagnóstico debería haberse establecido. Mondor ha señalado la percepción manual de la crepitación sanguínea al palpar la zona lumbar, signo que indudablemente requiere una experiencia semiológica poco habitual.

La frecuente concurrencia de síntomas abdominales, condicionados por el peritonismo provocado por el contacto del hematoma, y aún a veces la infiltración de los mesos, hace que los errores de diagnóstico sean frecuentes, tanto más cuanto el cuadro clínico lleva con frecuencia a los enfermos a los servicios de urgencia.

Cuando el diagnóstico es correcto, lo que rara vez ocurre, es porque el médico que lo establece ha tenido oportunidad de observar previamente otro caso. Los errores más frecuentes ocurren con la pancreatitis, colecistitis aguda, apendicitis, perforación gastroduodenal, vólvulo intestinal, embarazo extrauterino, etc.

Nos extenderíamos demasiado si pretendiéramos hacer el diagnóstico diferencial con la multitud de procesos con que ha sido confundido el síndrome de Wunderlich. Creemos sin embargo útil recordar los signos que el examen radiológico puede revelar; la mayoría de ellos, si no todos, han sido descriptos en el absceso perinefrítico, y es comprensible que así sea si se tiene presente la similitud anatómica de ambos procesos, particularmente con los hematomas perirrenales circunscriptos. Los signos más frecuentemente hallados son: 1º) La fijación renal posible de comprobar en la urografía o en la pielografía ascendente en posición vertical y horizontal, o cuando la condición del paciente no permite verticalizarlo, en inspiración y expiración forzadas, con dos disparos sobre la misma placa. Este signo de la fijación renal ha sido descripto por Mathé en 1925. 2º) Borramiento del borde del psoas, del contorno renal y de las costillas y apófisis transversas, signo descripto por Alexander en 1912, y uno de los más constantes y valiosos, si bien se encuentra en muchos procesos intra-peritoneales o retroperitoneales con los que suele inicialmente confundirse el hematoma perirrenal. Por el contrario, la visualización nítida del contorno renal es de gran valor para descartar el proceso que nos ocupa. 3º) Los hematomas circunscriptos pueden provocar desplazamientos del riñón y/o del uréter según su localización. 4º) Contractura del psoas e incurvación de la columna verte-

bral, que tiende a inmovilizarse en posición antálgica. 5º) Desplazamiento del colon y de la curvatura mayor del estómago. 6º) Desplazamiento y fijación del diafragma, sobre el que Pancost llamó la atención en los abscesos perinefríticos en 1920. Cuando no existe la posibilidad del examen radiológico hay que limitarse al cuadro clínico cuyos elementos fundamentales ya esbozamos.

No hay que olvidar la posibilidad de formas que evolucionan sin la tríada sintomatológica clásica; a este respecto creemos de gran interés la ictericia que presentaba nuestro enfermito, aun cuando la circunstancia de presentarse en un recién nacido le quita el valor que puede tener en un adulto.

EVOLUCION

El pronóstico de los grandes hematomas no intervenidos es pésimo, al punto que la mortalidad en estos casos llega al 100 %. Es seguro sin embargo que en estas cifras media la circunstancia de los diagnósticos aclarados con la autopsia, ya que otros evolucionarán hacia la fibrosis o transformación quística o supurativa.

TRATAMIENTO

La intervención quirúrgica es obligada y la nefrectomía la consecuencia habitual, aun cuando la frecuencia de la periarteritis nudosa como causa del síndrome obliga a la cautela antes de efectuarla. En cualquier circunstancia, si no se ha podido comprobar radiológicamente la existencia del otro riñón funcionando, aun con abordaje lumbar debe abrirse el peritoneo y proceder a la palpación del riñón opuesto. Lesieur, que en un principio guiándose por la estadística del Polkey y Vynaleck aconsejaba la intervención sistemática, actualmente prefiere la expectación armada para proceder activamente sólo con la agravación de la sintomatología.

BIBLIOGRAFIA

- Aschner, P. W. et Klinger, M. E.*: Subcapsular renal hemorrhage causing anuria of single kidney. *J. Urol.*, 65, 777-780, 1951.
- Bernier, J. J.; Potet, F.; Richir, C.*: Un cas d'anurie par hematome perirenal dû a la rupture d'un aneurysme aortique. *J. Urol. Med. Chir.*, 64, 606-611, 1958.
- Bilesio, A. E.; Campadonico, A.; Molina, R.*: Hematoma perirenal espontáneo (síndrome de Wunderlich), *Rev. Urol. Rosario*, 2, 17, 1962.
- Carreño, O.*: Ruptura patológica del riñón. *Rev. Argent. Urol.*, 25, 252, 1956.
- Casanovas, L. O.*: Síndrome de Wunderlich. Ileus dinámico por quiste hemático retroperitoneal espontáneo. *Rev. Asoc. Med. Argent.*, 57, 1132-1135, 1943.
- Cid, J. M. y Ercole, R.*: Angiomas corticales del riñón y hematoma perirenal espontáneo. *Rev. Argent. Urol.*, 8, 5-18, 1939.
- Delom, Piganol et Herve*: *J. Urol. Med. Chir.*, 63, 528-535, 1957.
- Downs, R. A. and Hewett, A. L.*: Hypertension due to sub-capsular renal hematoma. *J. Urol.*, 88, 22-24, 1962.
- Elmer, F. R. and Wyngarden, C. B.*: Spontaneous perirenal hematoma (sub-capsular). *Amer. J. Surg.*, 43, 764-768, 1939.
- Glenn, J.*: Neonatal adrenal hemorrhage. *J. Urol.*, 87, 639-642, 1962.
- Goñi Moreno, I.*: Síndrome de ileus por quiste hemático retroperitoneal espontáneo. *Arch. Argent. Enf. Ap. Dig. Nutr.*, 13, 83-95, 1937.
- Guillemín, G.; Mousselon, J.; Barry, P. et Mayer, M.*: Rupture intra-peritonéale d'un hémato-me spontané perirénal. *Lyon Chir.*, 50, 105-108, 1955.
- Gutiérrez, A.*: Consideraciones sobre un caso de hematoma perirrenal espontáneo. *Rev. Cir.*, 7, 36-41, 1928.
- Greco, F.*: L'ematoma perirenale non traumatico. *Arch. Ital. Chir.*, 11, 1-37, 1925.

- Hines, L. E.*: Subperitoneal hemorrhage from vitamin C. deficiency simulating acute surgical abdominal conditions. *Surg. Gynec. Obstet.*, 85, 214-216, 1947.
- Iacovone, R. C.; Nesprias, J. M. y Martini, C.*: Enfermedad de Wunderlich o hematoma perirenal espontáneo. *Prensa Méd. Arg.*, 44, 2330-2333, 1957.
- Lcake, R. and Brentwayman, T.*: Retroperitoneal encysted hematomas. *J. Urol.*, 68, 69-73, 1952.
- Ling, G. S.*: Spontaneous bilateral perirenal hematoma. *J. Urol.*, 69, 13-17-1953.
- Lesieur, P.*: Sur le traitement des hematomes péreinaux non traumatiques. *Presse Med.*, 59-75, 1569-1570, 1951.
- Mackenzie, D. W.*: Perirenal hematoma primary with polycythemia. *J. Urol.*, 23, 535-543, 1930.
- Mackenzie, A. R.*: Spontaneous subcapsular renal hematoma; Report of case misdiagnosed as acute appendicitis. *J. Urol.*, 84, 243-245, 1960.
- Mandelbaum, I. and Raigan, L. R.*: Spontaneous hemorrhagic rupture of kidney associated with periarteritis nodosa. *Surgery*, 45, 787-795, 1959.
- Mathieu, J. - Mousseton, J. et Rigondet, G.*: Volumineux hématome enkysté de la surrénale droite. *Lyon Chir.*, 53, 784-787, 1957.
- Mirizzi, P. L.*: Diagnóstico de los tumores abdominales. *El Atenco*, Tomo II, 1942, Bs. Aires.
- Moreau, R.*: Les hematomes perirenaux. *J. Urol. Med. Chir.*, 60, 367-372, 1954.
- Nelson, T. Y.*: Renal infarctation and perirenal hemorrhage. *Med. J. Austr.*, 1, 148-150, 1959.
- Ostrum, B. J. and Soder, S. D.*: Periarteritis nodosa complicated by spontaneous perinephric hematoma: Roentgenographic finding in three cases and a review of the literature. *Amer. J. Roentgenol.*, 84, 849-860, 1960.
- Pavlovsky, A. J.*: Abdomen agudo quirúrgico. López y Etchegoyen, Tomo II, 4ª edición, Buenos Aires, 1947.
- Polkey, H. J. and Vynalek, W. J.*: Spontaneous nontraumatic perirenal and renal hematomas. An experimental and clinical study. *Arch. Surg. Chicago*, 26, 196-218, 1933.
- Ross, H. B.*: Retroperitoneal hemorrhage from a ruptured hypernephroma. *Brit. J. Surg.*, 50, 266-267, 1962.
- Turco, N. B. y Uriburu, J. V.*: Hematoma perirenal espontáneo en una anomalía renal necrectomía. *Prensa Méd. Arg.*, 27, 695-699, 1940.
- Wunderlich, C. A.*: Handbuch der Pathologie und Therapie. Stuttgart, pág. 402, Tomo III, 1856.
- Zeno, A.*: El hematoma perirenal espontáneo. *Rev. Méd. Rosario*, pág. 127-132, 1924.
- Zoedler, D.*: Blutungen in das Nierenlager nicht traumatischer Genese. *Z. Urol.*, 51, 110-126, 1958.
- Zoedler, D.*: Beitrag zur Kasuistik des nicht traumatisch bedingten sub-kapsulären Nierenhämatoms. *Z. Urol.*, 51, 233-236, 1958.

DISCUSION

Dr. Hereñú: Quisiera saber si se pudo determinar la causa del problema en este caso, porque estamos acostumbrados a ver estas cosas cuando hay alguna patología previa ostensible en el riñón. El síndrome de Wunderlich es patológico; en este caso no existe causa.

Si bien la conducta no debe ser expectante, entiendo que no puede afirmarse que el cien por ciento de los casos sea mortal si no son operados estos pacientes.

Mi experiencia personal no es grande, pero recuerdo un caso que se operó equivocadamente con diagnóstico de pancreatitis y en el acto operatorio se halló un gran hematoma retroperitoneal; no se le hizo nada y meses después, el paciente se recuperó. El doctor Ercole, de Rosario, le hizo el diagnóstico de tumor de riñón.

Dr. Pagliere, H.: En este caso, no se ha establecido la etiología del hematoma perirrenal porque no contamos todavía con los cortes histológicos. En los niños, sin embargo, debiera descartarse cualquier afección renal. En la gran mayoría de los casos, obedece a una lesión de las glándulas suprarrenales.

Con respecto a la necesidad de intervenir quirúrgicamente a estos enfermos para evitar una mortalidad grande, esa conducta se basa en el trabajo de Polkey que analizó 178 hematomas perirrenales en 1933 y llegó a la conclusión que en los pacientes no operados la mortalidad era del cien por ciento.