

Resumen: Se presenta un caso de priapismo en un joven de veinte años, se hacen consideraciones anatómicas y fisiopatológicas. Se intenta un estudio flebográfico que si bien no aclara el cuadro etiológico, por defectos técnicos creemos que se debe insistir en este tipo de investigación para aclarar la dificultad en la evacuación de la sangre de los cuerpos cavernosos.

BIBLIOGRAFIA

- Gorodner José: Priapismo. Rev. Arg. Urol. Año XV, N° 1-12, dic. 1946.
 Mathis R. y Berri H.: Priapismo. Rev. Arg. Urol. Congreso Arg. de Urología. Mendoza, 1968.
 Hughes F. y col.: Urología práctica, 1970.

Instituto de Cirugía de Haedo
 Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol.-Nefrol.
 Tomo 40, 1971
 25-11-71
 Soc. Argentina de Urología

HEMATOMA RENAL SUBCAPSULAR

Dres. MARCO A. CASTRIA, JAIME ROCA, ISAAC ROTEMBERG y
 NELLY S. PIEGARI

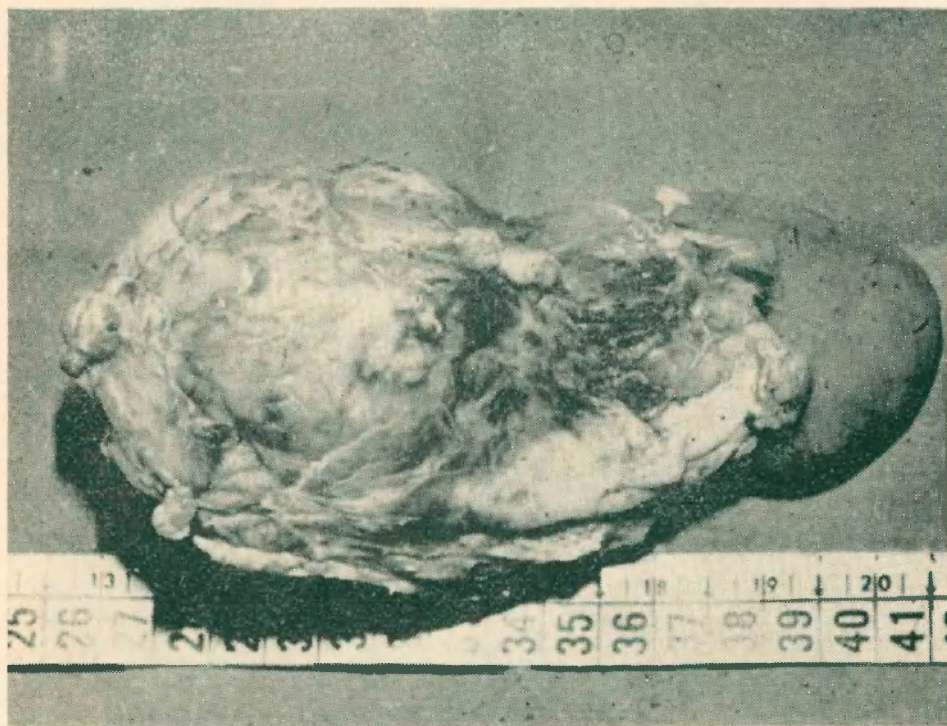
El hematoma perirrenal espontáneo o síndrome de Wunderlich es un cuadro nosológico caracterizado por colección hemática sub o extracapsular. Si bien es cierto que existen observaciones previas de Bonet en 1700 y posteriores de Webel y Bayer, la primera descripción de la enfermedad es atribuida a Wunderlich en 1856 quien la relata como apoplejia espontánea de la cápsula del riñón y que lleva su nombre por iniciativa de Coonen. En nuestro país hay publicaciones de Zeno, Cid y Ercole, Casanovas, Gutiérrez, Goñi Moreno, Turco y Uriburu, Walderp y Fernández Luna, Rubi-Grimaldi y Mackintosh, Nesprias y Martini, Fongi-Buzzi y Berra, Rímolo y Pagliere, Mocellini Iturralde, Millán y Rubi.

Los factores causales pueden agruparse en a) factores renales: pielonefritis, tumores, hidronefrosis, infarto renal, etc. b) factores extrarrenales aneurismas de la aorta o de la arteria renal, tumores retroperitoneales, procesos de las glándulas suprarrenales y c) factores generales: leucemia, hemofilia, arterioesclerosis, coagulopatías, etc.

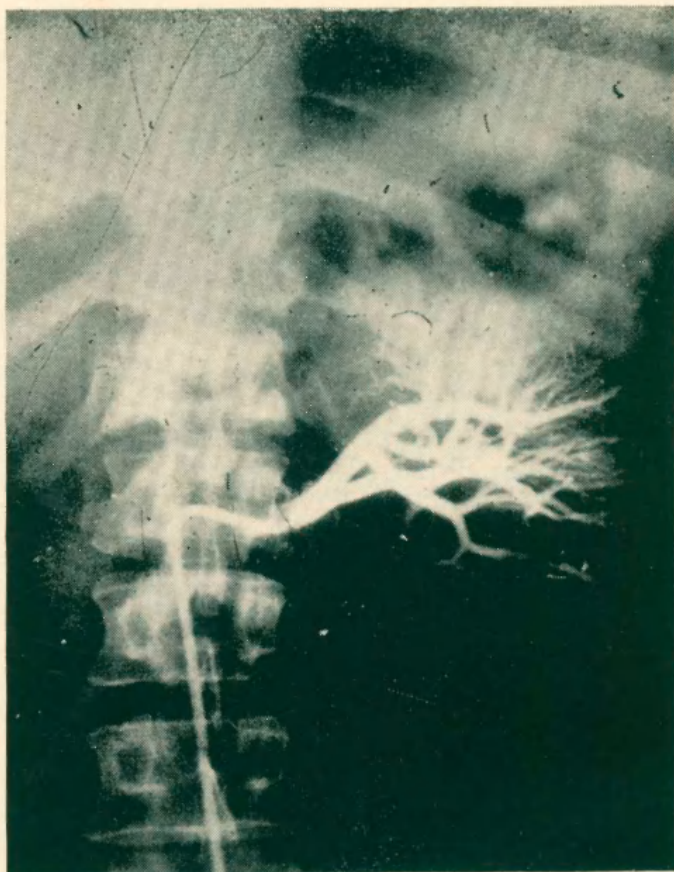
Si lo consideramos desde el punto de vista anátomo-patológico podemos dividirlos en a) hematoma subcapsular, en el que la colección hemática al desprender la cápsula renal determina el hematoma circunscripto y b) el derrame sanguíneo que condiciona el hematoma perirrenal se localiza por debajo de la cápsula propia del riñón entre ésta y la cápsula de Gerota o en ocasiones se expande por fuera de la misma adquiriendo proporciones variables de acuerdo a la intensidad de la hemorragia, lo que permite valorar el cuadro clínico teniendo en cuenta su curso evolutivo en formas agudas, subagudas o crónicas.

La fenomenología clínica está dada según Lenk por una tríada característica constituida por 1) dolor lumbar en puñalada y shock 2) tumefacción lumbar y 3) signos de hemorragia interna. Circunstancialmente puede existir irritación peritoneal, vómitos, meteorismo, etc.

El cuadro descrito por Lenk ofrece variantes y es así como puede iniciarse con síntomas atenuados respondiendo a una hemorragia lenta o de escaso volumen, por lo que el dolor violento, difuso, sin irradiación, hasta la sensación de peso y abombamiento de la fosa lumbar, estará condicionado por la magnitud del derrame sanguíneo.



Otros signos clínicos lo constituyen la contractura de los músculos de la región lumbar y la aparición tardía de equimosis como lo describiera Ci- bert y que en ocasiones se extienden hasta la región inguino-escrotal. Pero sin duda la semiotecnia nos brindará el signo clínico de más valor como lo relatara Mender, y es la percepción manual de la crepitación sanguínea al palpar la región lumbar, tumoración ya de crecimiento rápido, o de creci- miento lento.

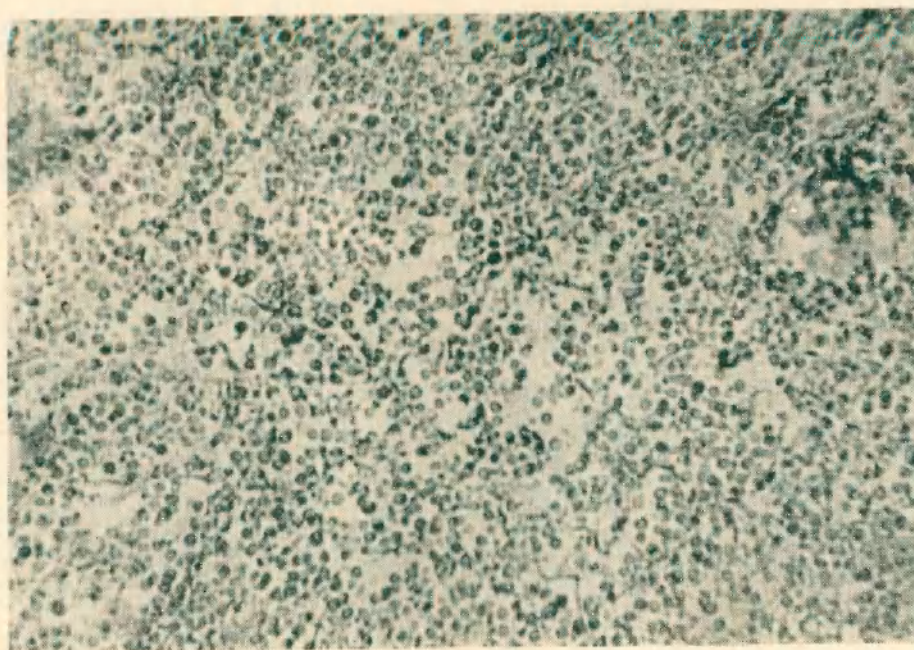
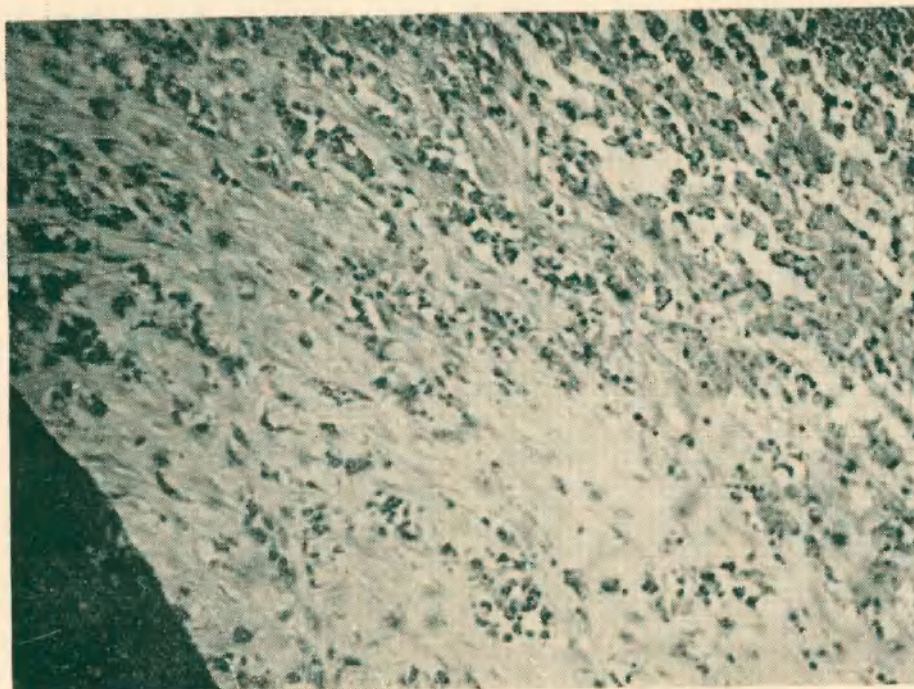


Como signos radiológicos se han descrito: 1) elevación del hemidia- fragma correspondiente, 2) sobre elevación y abertura del ángulo esplénico, 3) descenso del ángulo hepático y colon vecino, 4) desaparición de la sombra del psoas, del contorno renal, de las costillas y apófisis transversas correspondientes, signos descritos por Alexander en 1912, 5) incurvación de la columna vertebral por contractura del psoas, determinada por la posición antálgica que adopta el paciente, 6) el signo de Mathé consignado en 1925, dado por la fijación renal, posible de detectar en los exámenes contrastados cuando se evalúan la posición ortostática y la de decúbito o en inspiración o expiración forzada al efectuar el disparo en una misma placa.

El diagnóstico diferencial podrá establecerse con la apendicitis, perito- nitis, pancreatitis, colecistitis aguda, flemón perinefrítico, perforación gas- troduodenal, válvula intestinal, etc.

En cuanto al pronóstico los grandes hematomas perirrenales no inter- venidos arrojan una elevada mortalidad, que de acuerdo a Polkey y Wyne- lek asciende al 100 % de los casos. Cuando los caracteres del hematoma no

son alarmantes pueden evolucionar hacia la reacción fibroplástica, la transformación quística o el proceso supurativo. Interpretamos que el tratamiento quirúrgico es de elección y debe preconizarse toda vez que se sospeche el cuadro clínico descrito como síndrome de Wunderlich, si bien es cierta la dificultad diagnóstica que presenta.



C. R. S. de L. H. C. N° 231.464 - *instituto de Cirugia de Haedo.*

Edad: 51 años. Ocupación: Q. D.

Antecedentes heredo familiares. Padre fallecido por infarto de miocardio. Madre de 78 años, reumática. 6 hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales: Hipertensa Mx. 180 Mn. 110. En tratamiento por hipertiroidismo.

Enfermedad actual: Manifiesta la paciente que mientras caminaba sintió agudo dolor localizado en hipocondrio y flanco izquierdo cuya intensidad sólo se atenúa en decúbito dorsal razón por la cual se interna.

Estado actual: 26/6/71. Paciente en buen estado general, afebril. Abdomen blando, depresible, palpándose en flanco izquierdo tumoración que corresponde a polo inferior de riñón, que excursiona con la respiración. La misma tiene el tamaño aproximado de una naranja, de consistencia firme, discretamente dolorosa y de superficie aparentemente lisa.

Estudio radiológico: La urografía excretoria revela silueta renal y sistema excretor derecho de aspecto normal. En el riñón izquierdo existen alteraciones manifiestas del sistema excretor a nivel de polo inferior, determinadas por tumoración aparentemente redondeada.

En la arteriografía renal selectiva (Seldinger) se objetiva a nivel de polo inferior imagen redondeada, de densidad uniforme, de crecimiento expansivo, que compromete las últimas arborizaciones del sistema vascular por fenómenos de compresión. Es dable observar que en el contorno perimetral superior se visualizan formaciones vasculares de carácter atípico por su ubicación, dirección y calibre.

Excepto una eritrosedimentación discretamente elevada, el resto de los exámenes de laboratorio no arrojan valores dignos de mención.

Ante la presunción diagnóstica de quiste de polo inferior de riñón por su expresión clínica y sin descartar la posibilidad de tratarse de tumor renal por la interpretación arteriográfica de elementos vasculares atípicos, se procede a la intervención quirúrgica, realizándose lumbotomía clásica. Liberado el riñón de sus adherencias se constata a nivel de polo inferior formación de carácter macizo, pesada, cubierta de adherencias célula adiposas de difícil clivaje. Ante la sospecha de que presumiblemente se trate de una neoplasia se suspende su investigación, procediéndose a la nefrectomía.

La evolución post-operatoria es normal.

El informe histopatológico reza: "Hematoma organizado subcapsular ubicado en polo inferior del riñón, con fibrosis, granuloma gigante celular tipo cuerpo extraño, hemosiderina libre y en macrófagos.

La grasa perirrenal muestra necrosis y está adherida al hematoma. Parénquima renal sin alteraciones salvo en la zona donde está adherido el hematoma, en la que se observa discreta fibrosis intersticial y atrofia moderada y localizada del mismo por compresión del hematoma".

Resumen

Presentamos una paciente con Síndrome de Wunderlich, ateniéndonos a la inexistencia del factor traumático como agente causal.

El hematoma perirrenal espontáneo ha evolucionado en forma crónica como lo certifica el examen histopatológico realizado.

BIBLIOGRAFIA

1. Cibert J., Vachon A. y Cavailher H.: J. d'Urol., 50 (1-22): 65, 1942.
2. Cid J. M. y Ercole R.: Rev. Arg. Urol. Vol. VIII (1-2): 5, 1939.
3. Downs R. y Hewett A.: J. Urol. Vol. 88 (1): 116, 1962.
4. Grimaldi F.: Arch. Méd. Hosp. Ramos Mejia. 2: 189, 1933.
5. Leger L.: Enc. Méd. Chir., Rein, Fasc. 18.109 B, p. 1.
6. Rimolo C. y Pagliere H. A.
7. Rev. Arg. Urol. Vol. XXXII (4-5-6): 122, 1963.
8. Carreño Q.: Rev. Arg. Urol. 25: 252, 1956.
9. Goñi Moreno: Arch. Argent. Enf. Ap. Dig. Nutr. 13: 83-95, 1937.
10. Gutiérrez A.: Rev. Cir. 7: 36-41, 1928.
11. Fongí E., Buzzi A. y Berra J.: La Prensa Méd. Arg. 47: 453, 1960.