

## Artículos

**Antonio León**  
Adjunto Servicio Urología

**Juan C. Vargas**  
Adjunto Servicio Urología

**Hernique Arnal**  
Residentes Postgrado de Urología

**Pedro Ojeda**  
Residentes Postgrado de Urología

**Robert Vázquez**  
Residentes Postgrado de Urología

**Carlos Rodríguez**  
Residentes Postgrado de Urología

**Angel Fariñas**  
Estudiante de Medicina. Escuela Luis Razetti

**Francisco Fariñas**  
Jefe Cátedra Clínica Urológica Escuela Luis Razetti

- [Introducción](#)
- [Diagnóstico](#)
- [Tratamiento](#)
- [Anatomía patológica](#)
- [Imágenes](#)

### Caso Clínico

## Hematoma Retroperitoneal Espontáneo

Fecha de recepción: 31/12/2000  
Fecha de aceptación: 31/12/2000

Paciente masculino de 65 años que consulta por presentar dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, concomitantemente, náuseas, vómitos y distensión abdominal, motivo por el cual se decide su ingreso en el Servicio de Cirugía IV del Hospital Universitario de Caracas 1/02/1999.

### Introducción

Los hematomas retroperitoneales espontáneos son una causa poco común de hemorragia masiva. En su etiología las causas más comunes son : ruptura renal y de tumores renales, ruptura espontánea de arterias y venas retroperitoneales y ruptura de glándulas y tumores suprarrenales, las cuales pueden estar asociadas o no al uso de anticoagulantes y traumatismos mínimos, como desencadenantes.

La presentación clínica habitual está representada por la siguiente triada : dolor lumbar agudo, descompensación hemodinámica, tumor lumbar; enunciada por Lenk en años anteriores.

Los métodos paraclínicos que facilitan el diagnóstico son : la radiografía de abdomen simple en la cual podemos observar el borramiento de la silueta renal y de la sombra PSOAS, desviación de la columna lumbar y desplazamiento de las vísceras abdominales por el efecto de la masa del hematoma. El ultrasonido y la T.A.C. demuestran la presencia de grandes masas retroperitoneales con densidad similar a la de la sangre.

El tratamiento de esta patología en el paciente hemodinámicamente estable es la realización de una arteriografía con embolización selectiva del vaso sangrante y en el hemodinámicamente inestable la exploración quirúrgica con evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante.

### Caso

### Clínico

Paciente masculino de 65 años que consulta por presentar dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, concomitantemente, náuseas, vómitos y distensión abdominal, motivo por el cual se decide su ingreso en el Servicio de Cirugía IV .Hospital Universitario de Caracas el 1/2/99.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

- Accidente vascular cerebral en Mayo 97.
- Hábito alcohólico acentuado, hasta 1997.
- En tratamiento con los siguientes fármacos: warfarina, nimodipina, difenil hidantoína, loracepan.

#### EXAMEN FUNCIONAL

- Cambio de hábito intestinal, con estreñimiento y rectorragia, desde Nov. 98.
- Síntomas obstructivos urinarios bajos de 4 meses de evolución.
- Pérdida de la consciencia el 28/1/99 por probable lipotimia sugerida al interrogatorio, presentando posteriormente dolor en hipocondrio y flanco derecho irradiado a miembro inferior ipsilateral.

#### EXAMEN FISICO



Frecuencia cardíaca 90 p.m. , frecuencia respiratoria 18 p.m., T.A.110/70 mmhg., consciente, palidez cutáneo mucosa, cardiopulmonar normal.  
Abdomen globoso, presencia de gran hematoma que abarca desde la base del hemitórax derecho hasta la cresta iliaca ipsilateral, ruidos hidroaereos presentes, doloroso a la palpación en flanco y fosa iliaca derecha; masa de aprox. 20 x 25 cm., que ocupa hemiabdomen derecho, dura , fija y bordes bien definidos.  
Esfínter rectal tónico, próstata aumentada de tamaño, lóbulos alcanzable, surco medio borrado, consistencia blanda , móvil, superficie lisa, pared rectal lisa.

#### LABORATORIO

Hemoglobina 12,7 gr./dl., 11.000 blancos con 62% segmentados, tiempo de protrombina prolongado (2,5x), tiempo parcial de tromboplastina prolongado, creatinina 2,0.

### Diagnóstico

DIAGNOSTICO DE INGRESO :Tumor abdominal en fosa iliaca derecha.Tumor de colon.

El 2/2/99 presenta descenso de las cifras de hemoglobina a 7,2 gr./dl., no hay signos de melena , hematemesis, hematuria, rectorragia. Se transfunden 2 concentrados globulares.

El 3/2/99 presenta gran equimosis en flanco ,fosa lumbar y glúteo derecho , descendiende la hemoglobina a 5,4 gr./dl., y presenta descompensación hemodinámica.

Se administran cristaloides y hemoderivados, con recuperación hemodinámica; se practican Rayos X de Abdomen simple y T.A.C. abdominopélvico, los cuales reportan: Tumor retroperitoneal, que infiltra celda perirrenal derecha y músculo psoas ipsilateral, con efecto de masa sobre vísceras peritoneales.



T.A.C de abdomen, mostrando rechazo de las vísceras hacia el lado izquierdo



T.A.C de abdomen mostrando riñón derecho aumentado de volumen



T.A.C. de abdomen mostrnado infiltración del músculo psoas derecho

EL 4/2/99 presenta hematuria macroscópica, que cede en forma espontánea evaluado por el servicio de urología que en vista de los hallazgos al examen físico, del reporte tomográficos y del descenso en las cifras de hemoglobina.

### Tratamiento

Se práctica intervención quirúrgica de emergencia con los siguientes hallazgos:

- Gran hematoma retroperitoneal zona 2 derecha
- Gran tumor en polo inferior del riñón y hematoma en celda renal derecha.
- Vena lumbar derecha sangrando.

Se realizó laparotomía media , supra e infra umbilical, maniobra de Cattel derecha, control del pedículo vascular renal, nefrectomía , evacuación y drenaje de hematoma, ligadura de vena lumbar derecha.

Paciente evoluciona en forma satisfactoria y se decide alta el 12/2/99.

### Anatomía patológica

- Los hallazgos histológicos reportados por el Servicio de Anatomía Patológica fueron:
- Hematoma perirrenal cuyo tamaño fue 7x7x2 cms, e inflamación aguda del tejido adiposo.
- Riñón con quiste urinoso cuyo diámetro fue de 2 cms. y múltiples cicatrices corticales subcapsulares con inflamación inespecífica.

### Imágenes

