

**ENFERMERÍA  
NEFROLÓGICA**

Enfermería Nefrológica

ISSN: 22542884

[seden@seden.org](mailto:seden@seden.org)

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica  
España

Galiano Roa, Raquel F.; Olmedo Bravo de Mansilla, Joaquín; Roperio Liñán, Elisa  
Hemorragia retroperitoneal espontánea durante sesión de hemodiálisis  
Enfermería Nefrológica, vol. 16, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 56-59  
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833149010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

[redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Hemorragia retroperitoneal espontánea durante sesión de hemodiálisis

Raquel F. Galiano Roa, Joaquín Olmedo Bravo de Mansilla, Elisa Ropero Liñán

Enfermeros/a. Diaverum Servicios Renales. Torremolinos

## Introducción

La hemorragia retroperitoneal espontánea (Hre) engloba a toda extravasación de sangre al espacio retroperitoneal sin que exista traumatismo externo, manipulación endourológica o endovascular previa. Tiene múltiples etiologías, destacando la rotura de un aneurisma de aorta abdominal como causa más frecuente en adultos<sup>(1)</sup>. Se ha observado mayor frecuencia de hemorragias en pacientes con terapia de anticoagulación y en pacientes sometidos a hemodiálisis por largo tiempo (posiblemente por la anticoagulación que conlleva su tratamiento intradialítico)<sup>(2)</sup>, como es el caso que a continuación expondremos. Es una patología infrecuente, en la que a pesar de llegar al diagnóstico de una manera relativamente sencilla con estudios imagen, el poder determinar la etiología representa un reto y es motivo de múltiples estudios y procedimientos invasivos, algunas veces sin poder llegar a esclarecer la causa<sup>(3)</sup>.

La hemorragia retroperitoneal de origen renal fue observada por primera vez en 1700 por Bonet, siendo Wunderlich quien la define como "apoplejía espontánea de la cápsula renal" en 1856. Con posterioridad, Coenene en 1910 la designa con el término de "síndrome de Wunderlich"<sup>(4)</sup>.

La clínica fundamental está marcada por la llamada triada de Lenk: dolor lumboabdominal de comienzo brusco, masa palpable y shock hipovolémico. Siendo concretamente el dolor lumbar o abdominal el síntoma

predominante. Los parámetros analíticos más relevantes son el descenso de la hemoglobina y hematocrito y la leucocitosis<sup>(1,5)</sup>.

Como ya mencionamos anteriormente, a pesar de su fácil diagnóstico, la poca especificidad inicial de su clínica nos puede llevar a confundir con alguna otra patología común y de poca relevancia durante la sesión de hemodiálisis, pudiendo pasar desapercibida en sus primeras manifestaciones, (como ocurrió en el caso clínico que expondremos a continuación), lo que se traduce en una patología de elevada morbi-mortalidad, al tratarse de situaciones clínicas graves<sup>(6)</sup>. De ahí la importancia de saber identificar su clínica correctamente para tomar todas las medidas que lleven a una detección precoz de la misma.

Las pruebas radiológicas actuales deben ser el mecanismo fundamental para el diagnóstico de esta patología, no sólo detectando el hematoma retroperitoneal sino aportando un diagnóstico etiológico que permita evitar exploraciones quirúrgicas innecesarias. En la actualidad el tac se ha convertido en la prueba de imagen de elección en el diagnóstico de la HRE, siendo capaz en gran medida de determinar el origen y etiología del sangrado<sup>(1,7)</sup>.

A continuación describimos el caso clínico de un paciente que presenta hematoma retroperitoneal izquierdo espontáneo durante la sesión de hemodiálisis.

## Caso clínico

Paciente de 66 años diagnosticada en 1998 de IRC secundaria a nefropatía mesangial IgA, iniciando tratamiento renal sustitutivo con diálisis peritoneal en Junio de 2000 hasta Junio de 2001, fecha en la que comienza en hemodiálisis. Entre sus antecedentes se destacan: HTA; histerectomía por mioma en 1989; colecistecto-

Correspondencia:  
Raquel F. Galiano Roa.  
Diaverum. Centro Diálisis Torremolinos.  
C/ De la Cruz nº58  
29620, Málaga  
E-mail: joaquin.diaverum@hotmail.com

mía laparoscópica en Enero de 2007; hernia de hiato; intervenida de quiste mamario en 1990; tiroidectomía por bocio multinodular en 1995; episodio de hemólisis en marzo de 2011; Herpes Zoster en hemitórax izquierdo en Mayo de 2001; rotura de pseudoaneurisma trombosoado en arteria axilar derecha en diciembre de 2011; alergia a Nolotil® y Aciclovir®.

En Julio de 2002 se le realiza trasplante renal de cadáver, pero en abril de 2008 vuelve a diálisis por recidiva de enfermedad primaria junto con nefropatía crónica del injerto. En febrero de 2009 se procede a la embolización del injerto renal como consecuencia de intolerancia inmunológica ante el órgano transplantado, siendo ésta no efectiva, por lo que se lleva a cabo la trasplantectomía en abril del mismo año.

El día 1 de febrero de 2012 acude al centro de hemodiálisis para realizar su segunda sesión semanal. Antes de conexión al monitor de hemodiálisis se realiza la toma de constantes vitales, encontrándose éstas dentro de los parámetros normales.

Inicialmente transcurre la sesión con normalidad. Paciente con fístula radio-cefálica derecha. Punciones con agujas del calibre 15. Flujo de bomba de 400ml/min con presión arterial de -199mmHg y presión venosa de 150mmHg. Se programa ultrafiltración total de 3.6 kg. Mantiene tensiones arteriales altas durante las dos primeras horas de sesión: 1ª de 184/105 mmHg y 2ª de 173/97 mmHg. Transcurridas dos horas de tratamiento se queja de dolor en zona abdominal izquierda, se le comunica al médico, quien tras valorar a la paciente y ante la inespecificidad de los síntomas determina que se le administre 1 gramo de paracetamol IV, percibiendo la paciente una ligera mejoría. Pasados 30 minutos se realiza una nueva valoración de la paciente, la cual presenta tensiones arteriales elevadas (184/101 mmHg y 173/101mmHg, pulso de 64 ppm ), con aumento brusco del dolor e irradiación a zona lumbo-abdominal izquierda. Tras ello, siguiendo instrucciones del equipo médico, se finaliza sesión de hemodiálisis antes del tiempo estipulado y se dispone el traslado de la paciente a su hospital de referencia mediante servicio de urgencias del 061.

La valoración inicial de los signos y síntomas que presentaba la paciente a su llegada al hospital parecían reflejar indicios de hemorragia retroperitoneal izquierda. Se le realiza una analítica sanguínea que muestra un hematocrito de 25.0%, hemoglobina de 8.4 g/dl, hematíes de  $2.4 \times 10^{12}/L$ . Tras ello se procede a la es-

tabilización de la paciente. Seguidamente se realizó un TAC abdomino-pelvico de donde se obtiene la siguiente imagen (**figura 1**).



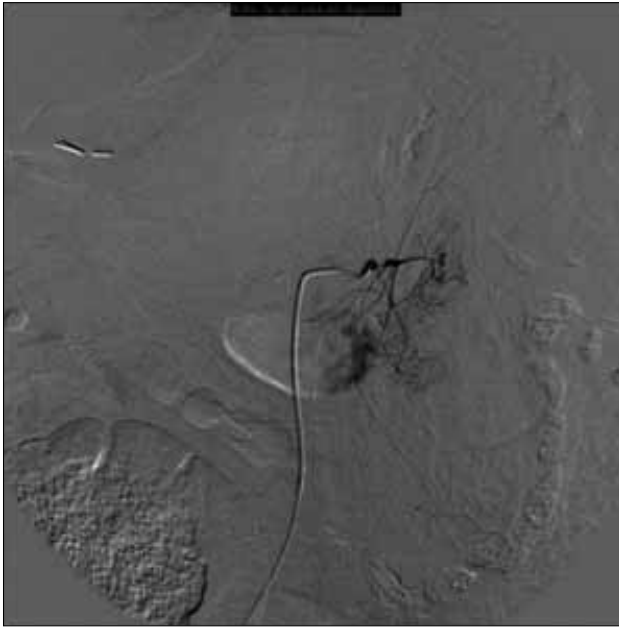
**Figura 1.** Hematoma retroperitoneal izquierdo

En ella se puede observar un hematoma perirrenal izquierdo y a su vez un hematoma retroperitoneal izquierdo.

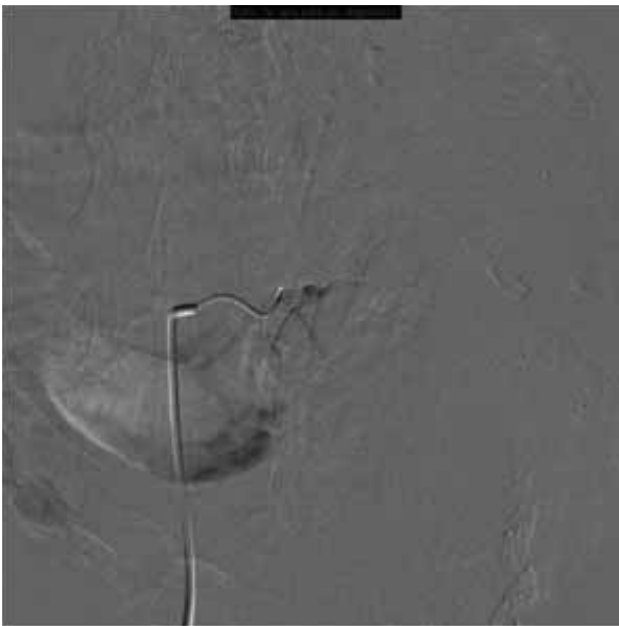
Tras los datos que revelaron el TAC se llevo a cabo la realización de una arteriografía selectiva de la arteria renal izquierda donde se observa que hay fuga de contraste (**figura2**). Procediéndose a la embolización del vaso sangrante.

Tras ello se realiza arteriografía de control donde se observa que la embolización ha sido efectiva ya que no se obtiene imagen de sangrado (**figura 3**).

Concluido todo ello la paciente permaneció en la observación del servicio de urgencias donde recibió transfusión de 4 concentrados de hematíes. Al día siguiente fue trasladada a planta donde permaneció ingresada para recibir los cuidados procedentes. En este caso consistentes básicamente en toma regular de constantes vitales, analgesia (abundante durante los primeros días de ingreso como consecuencia del amplio hematoma re-



**Figura 2.** Fuga de contraste arteria renal izquierda



**Figura 3.** Arteriografía de control. No se aprecia fuga de contraste

sultante de la hre) y analíticas sanguíneas. Durante su permanencia en planta la paciente manifestó cialgia bilateral progresiva, acompañada de pérdida de fuerza en miembros inferiores y parestesias en silla de montar. Así como sensibilidad alterada a la defecación. Se realizó resonancia magnética de columna lumbosacra con contraste intravenoso para descartar afección nerviosa secundaria a la presión ejercida por el hematoma presente. La resonancia magnética reveló discopatía degenerativa con desecación anular generalizada; protusión

discal posterior que ocupa el espacio epidural posterior en L3-L4; protusión discal asimétrica en L4-L5 y protusión anular posterior en L5-S1. Como resultado de estos hallazgos la paciente está siendo valorada a día de hoy por el servicio de neurocirugía.

Tras dos semanas de ingreso y presentando la paciente analítica sanguínea con valores normalizados, buena evolución del hematoma, así como una clara estabilización y mejoría, es dada de alta y derivada a control ambulatorio el 21 de febrero de 2012, regresando a su centro de diálisis el 22 de febrero de 2012.

## Conclusión

En el caso clínico expuesto hemos querido resaltar principalmente cómo la poca especificidad de la hemorragia retroperitoneal espontánea (HRE) durante la sesión de hemodiálisis puede inducirnos inicialmente a error en el diagnóstico. En este caso, a lo largo de su tratamiento dialítico, la paciente únicamente manifestó dolor lumbar y abdominal, produciéndose una ligera mejoría tras la analgesia administrada, sin llegarse a producir shock hipovolémico. Con ello queremos remarcar la importancia de mantenernos alerta ante la aparición de los signos y síntomas descritos, teniendo presente que a pesar de darse en muy escasas ocasiones, pudiera tratarse de una HRE, cuadro que presenta una alta mortalidad si no es tratado con urgencia.

Recibido: 10 Enero 2013  
Revisado: 31 Enero 2013  
Modificado: 2 Febrero 2013  
Aceptado: 10 Febrero 2013

## Bibliografía

1. Pode D, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. J Urol. 1992; 1147(2):311-318.
2. González C, Penado S, Llata L, Valero C, Riancho JA. The clinical spectrum of retroperitoneal hematoma in anticoagulated patients. Medicine 2003; 82: 257-262.

3. RG Casey, CG Murphy, DP Hickey, TA Creagh. Wunderlich's syndrome, an unusual cause of the acute abdomen. *Eur J Radiol* 2006, Vol 57: 91-93.
4. Peña Porta JM, Pernaute Lavilla R. Síndrome de Wunderlich en paciente en hemodiálisis con enfermedad quística renal adquirida. Aportación de un nuevo caso. *Actas Urol Esp.* 1999;23(1): 76-78.
5. Ratcliffe PJ, Dunnill MS, Oliver DO. Clinical importance of acquired cystic disease of the kidney in patients undergoing diálisis. 1983. *Br. Med J.*; 287: 1855-1858.
6. Ivascu FA, Janczyk RJ, Bair HA, Bendick PJ, Howells GA. Spontaneous retroperitoneal Hemorrhage. *Am J Surg.* 2005; 189(3): 345-347.
7. Machuca Santacruz J, Julve Villalta E, Galacho Bech A, Pérez Rodríguez D, Quiñonero Díaz A, Alonso Borrego JM. Hematoma retroperitoneal espontáneo: nuestra experiencia. *Actas Urol Esp.* 1992;189(3):345-347.