

PRESENTACIÓN DE CASOS

Hospital Clínicoquirúrgico "Arnaldo Milián Castro" Servicio de Medicina Interna
Villa Clara

ROTURA RENAL BILATERAL ESPONTÁNEA EN LA POLIARTERITIS NODOSA*

Dr. Gerardo Álvarez Álvarez,¹ Dr. Lázaro Jacomino Santana,² Dr. Lázaro Leiva García,² Dr. Luis Martín García,³ Dr. Félix Becerra Cabanes,⁴ Dr. Alejandro Ruiz Méndez⁵ y Dr. Boris L. García Rodríguez⁶

RESUMEN

Se presentó un enfermo con poliarteritis nodosa cuyo diagnóstico se sustentó en aspectos clínicos, histológicos y arteriográficos. Se observó, evolutivamente, una inusual y repetida complicación: rotura renal espontánea con hematoma retroperitoneal, inicialmente en el riñón derecho y 8 d después, en el izquierdo. Quedó anéfrico y se sostuvo durante 3 meses con tratamiento hemodialítico hasta su fallecimiento. Se trató de una verdadera rareza dentro de las complicaciones de la poliarteritis nodosa y la presentación bilateral constituyó un hecho excepcional. Se hallaron muy escasos reportes en la literatura médica mundial.

DeCS. POLIARTERITIS NODOSA/complicaciones; POLIARTERITIS NODOSA/quimioterapia; NEFRECTOMIA/métodos; ROTURA ESPONTANEA/complicaciones.

La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis sistémica de pequeñas y medianas arterias musculares, carente de síntomas o signos patognomónicos, aunque con posibilidad potencial de afectación de todos los órganos parenquimatosos.^{1,2} Describimos un paciente con fiebre de origen desconocido y ulterior diagnóstico de PAN, que presentó, como complicación, un hematoma retroperitoneal espontáneo y bi-

lateral por rotura renal. Se trata del primer caso reportado en el país.

REPORTE DEL CASO

Era un agricultor de 38 años de edad, gran fumador y donante de sangre, regularmente. Fue un hom-

* Este artículo fue aceptado para publicar, inicialmente, en la Rev Cub Med 2002;41(1).

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Psicología Médica. Profesor Auxiliar.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna.

³ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

⁴ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

⁵ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente.

⁶ Especialista de I Grado en Nefrología.

bre saludable hasta un mes antes de su ingreso, en que presentó dolor en la rodilla izquierda y ambos tobillos que le imposibilitaban la marcha, no relacionado con trauma y acompañado de fiebre continua que tomó un curso prolongado y oscuro. Le fue aplicado un ciclo de penicilina por la posibilidad de leptospirosis.

Al ser admitido en este hospital, se registró pérdida de peso corporal importante (50 lib en 3 meses), aspecto séptico, persistencia de la fiebre de más de 4 sem y hepatomegalia, lisa y dolorosa, de 2 cm.

- Hb 110 g/L leucocitosis ligera, VSG 105 mm/h.
- Lámina periférica: hipocromía, anisocitosis, neutrofilia ligera con plaquetas normales. Hierro sérico 15,5.
- Reticulocitos 5×10^{-3} . Prueba de Coombs directa e indirecta, negativas. Siete hemocultivos y 4 cultivos de orina, negativos. Test de Brucela y de leptospira, negativos; 2 coprocultivos, negativos; glucemia y creatinina sérica, normales.
- TGP 30,9 unidades; 2 Ag HBs, positivos y 2 anti-HVC, negativos. Radiografía de tórax, normal.
- Dos ultrasonidos abdominorrenales, sin alteraciones, solo aumento del grosor de la pared de la vesícula biliar.
- Electrocardiograma y ecocardiograma, normales.
- Fondo de ojo sin alteraciones.
- Laparoscopia: Bazo aumentado de tamaño, vesícula con paredes engrosadas, el resto fue normal. Se realizó punción hepática para estudio histológico.
- Drenaje biliar no tolerado por el paciente.

Se inicia serie con fosfocina por presunta sepsis biliar y a los 2 d, aparece dolor intenso en cuadrante superior derecho del abdomen asociado a hipotensión arterial importante. Es valorado por cirugía y se le realiza paracentesis abdominal con lo cual se obtiene sangre. Es llevado urgentemente al quirófano, en el acto quirúrgico se comprueba gran hematoma retroperitoneal por rotura renal y se sospecha la existencia de riñón tumoral, se realiza nefrectomía derecha.

Al tercer día del posoperatorio le comienza dolor intenso en miembros inferiores con sensación que-
mante biplantar y disminución de la reflectividad

rotuliana. *A posteriori* se presenta dolor espontáneo y a la palpación de ambos testículos. Se diagnostica poliarteritis nodosa y se inicia tratamiento con prednisona 1 mg/kg y ciclofosfamida 0,5 mg/kg.

Experimenta una aparente mejoría clínica y al octavo día se instala dolor súbito e intenso en flanco izquierdo acompañado de estado de *shock*. Es llevado al salón de operaciones: se encuentra hematoma retroperitoneal por sangrado masivo y espontáneo del riñón izquierdo que requiere practicar nefrectomía. Al riñón extraído se le practica una arteriografía renal extracorpórea y se demuestra la presencia de múltiples microaneurismas en la circulación renal.

Se mantuvo con tratamiento hemodialítico en la unidad de nefrología, hasta 3 meses posteriores en que fallece.

RESULTADO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

RIÑÓN DERECHO

Pieza correspondiente al riñón derecho que mide 12 x 7 x 5 cm. Posee una cápsula muy delgada que se desprende con dificultad, debajo de la cual encontramos material hemático y una superficie lisa y lobulada, de color amarillento, con muchas zonas de color pardo oscuro. Al efectuar un corte se encuentra una corteza de aproximadamente 8 mm, con buena relación córtico-medular, en el parénquima renal se observan múltiples lesiones hemorrágicas, la mayor de ellas de 1,5 cm con solución de continuidad, localizadas tanto en médula como en corteza, que impresiona tener una pared que los delimita. Existen también trombosis y zonas irregulares, la mayor de ellas de 6 mm, de color amarillento con otras zonas jaspeadas de color pardo. Hay aumento de la grasa peripelélica.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

Se encuentran múltiples dilataciones aneurismáticas de los vasos arteriales de calibre mediano y fino del riñón, los cuales forman pequeños hematomas, uno de los cuales comunicó y penetró la

cápsula renal y originó la hemorragia retroperitoneal. Estos aneurismas guardan relación con un proceso inflamatorio destructivo de la pared de los vasos arteriales, que es segmentario y donde se destaca la necrosis fibrinoide de la capa interna vascular. Existe oclusión trombótica e infartos segmentarios del parenquima renal, así como lesiones trombocapilares en algunos glomérulos.

Se concluyó el caso como una poliarteritis nodosa clásica o macroscópica en la fase aguda.

DISCUSIÓN

La hemorragia retroperitoneal más común resulta de la rotura de aneurismas aórticos abdominales y en la mayoría de los otros casos, por tumores renales, especialmente carcinoma de células renales y el angioliipoma.³ Las vasculitis constituyen la causa más frecuente de sangrado retroperitoneal no tumoral en pacientes no anticoagulados.^{4,5}

La poliarteritis nodosa, descrita en 1886 por *Kussmaul* y *Maier*, se caracteriza por un cuadro clínico inespecífico. En nuestro paciente predominó un cuadro febril que reunió los criterios para considerarlo fiebre de origen desconocido^{6,7} y artromialgias al inicio, a lo que se añade progresivamente

polineuropatía y afección testicular. La presentación de hematoma retroperitoneal por sangrado espontáneo del riñón derecho motivó que se efectuara la nefrectomía. A *posteriori*, con terapia inmunosupresora enérgica y con evolución clínica favorable se instala un cuadro abdominal agudo con *shock* hipovolémico, originado por la rotura renal izquierda espontánea que obliga a la nefrectomía, el paciente queda anéfrico y con tratamiento dialítico de sostén.

El sangrado renal secundario a PAN es raro,^{4,8,9} pero es más excepcional el sangrado bilateral renal por esa causa.

La primera descripción de hematoma perirrenal por PAN fue realizada por *Schmidt*.^{10,11} Hasta 1992 habían sido reportados 60 casos y se había señalado la rareza de tal complicación y la excepción del sangrado o rotura bilateral.

Turquía es un país con relativa incidencia elevada de PAN,¹⁰ que al margen de otras consideraciones genéticas y virológicas se vincula con un elevado número de portadores del virus B de la hepatitis.

Nuestro paciente presentaba antigenemia de superficie del VBH positiva.

Por la inusual evolución y complicación de este paciente, su reporte cobra valor al no encontrar en la literatura médica nacional revisada ningún informe previo al respecto.

SUMMARY

A patient with polyarteritis nodosa whose diagnosis was based on clinical, histological and arteriographic aspects was presented. It was observed, evolutively, an unusual and repeated complication: spontaneous renal rupture with retroperitoneal hematoma, at first in the right kidney and 8 days later, in the left. He lost his kidneys and he was under hemodialytic treatment during 3 months until he died. It was really rare within the complications of polyarteritis nodosa and the bilateral presentation was an exceptional event. Just a few reports were found in world medical literature.

Subject headings: POLYARTERITIS NODOSA/complications; POLYARTERITIS NODOSA/ drug therapy; NEPHRECTOMY/methods; RUPTURE, SPONTANEOUS/complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Latorre Ruez E, Latorre Villalonga J. Vasculitis. En: Microcirculación y acrosíndromes. Barcelona: Edika-Med; 1990.
2. Barnes Verdain H. Polyarteritis nodosa. En: Manual of clinical problems in internal medicine. Washington: Editorial Spiral, 1990:144.
3. Nguyen Hiep T. Acute retroperitoneal hemorrhage due to transitional cell carcinoma of the renal pelvis. J Urol 1995;153(1):140.
4. Lledo García E, Moncada Iribaren I, Verdu Tartajo F, Sánchez-Carreras Aladren F, Escribano Patiño G, Martín Martínez JC, et al. Vasculitis necrotizante de exclusiva localización vesical: presentación de un caso. Actas Urol Esp 1994;18(1):47.

5. Kaskarelis IS, Zarifi M, Dantis P, Vrachiolitis G. Bilateral ureteral involvement polyarteritis nodosa. *Scan J Urol Nephrol* 1995;29(3):323-6.
6. Peterdorf RG, Besson PB, Fever of unexplained origin report of 100 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1961;40(1):30.
7. Case 18-1987 of de Massachusetts General Hospital (polyarteritis nodosa). *N Engl J Med* 1987;316:1139-47.
8. Singh S, Singh G, Kumari S. Polyarteritis nodosa presenting as perirenal hemorrhage. *Urol Int* 1995;55(2):105-7.
9. Siebels M, Nöldge G, Sanwald R. Panarteritis nodosa with kidney and spleen rupture: Diagnostic and therapeutic. *Inmun Infekt* 1995;23(2):60-1.
10. Özküzoglu C, Özküzoglu E, Tosun E, Perirenal haematoma as the presenting feature of polyarteritis nodosa: Is it more common in Turkey? *Nephrol Dial Transplant* 1997;12(2):582-4.
11. Rosenwasser LJ. Polyarteritis nodosa group. En: *Textbook of Medicine*. Philadelphia: Saunders Company, 1996;Vol 2:1492-5.

Recibido: 29 de noviembre de 1999. Aprobado: 15 de marzo de 2000.

Dr. *Gerardo Álvarez Álvarez*. Hospital Clínicoquirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Calle Hospital Nuevo entre Doble Vía y Circunvalación, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.