

## Hematoma renal subcapsular espontáneo secundario al empleo de antiagregantes plaquetarios

### Spontaneous renal sub-capsular hematoma after the use of antiplatelet

MSc. Tomás Lázaro Rodríguez Collar, Dr. Basily Valdés Estévez, Dr. Joan Laffita Zamora, Dr. Evelio Bueno Sánchez, MSc. Jorge Luis Germán Meliz

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Paciente masculino de 65 años de edad, con antecedentes de habersele colocado *stent* coronario y tratamiento antiagregante plaquetario con Aspirina® y Clopidogrel®. A los 21 días comenzó a presentar dolor en el flanco y la fosa ilíaca derechos, náuseas y vómitos. En el examen físico inicial se detectó dolor y aumento de volumen en las zonas referidas y los signos vitales normales. El ultrasonido abdominal reveló colección perirrenal derecha bien delimitada y riñones de tamaño y ecoestructura normal. La tomografía axial computarizada evidenció la presencia de una imagen renal subcapsular derecha, con densidades de líquido, con compresión extrínseca de un riñón estructuralmente normal. Al día siguiente del ingreso comenzó a presentar fiebre de 38 °C. Se suspendió el tratamiento antiagregante plaquetario y a los 7 días se realizó lumbotomía y drenaje del hematoma; se obtuvo alrededor de 400 mL de sangre carmelitosa. El paciente evolucionó satisfactoriamente. Se concluye que el hematoma renal subcapsular espontáneo es una complicación inusual del uso de antiagregantes plaquetarios que necesita manejo multidisciplinario. La tomografía axial computarizada es indispensable para el diagnóstico imagenológico de certeza. La compresión renal por su gran tamaño, así como el dolor y la aparición de fiebre, justifican su drenaje quirúrgico.

**Palabras clave:** riñón, abdomen agudo, hemorragia retroperitoneal espontánea, hematoma renal subcapsular, complicación por antiagregantes plaquetarios.

## ABSTRACT

A case of a 65 year-old male patient with a history of having received a coronary stent and antiplatelet therapy with Aspirin® and Clopidogrel® is presented here. He complained of pain in the right flank and iliac fossa nausea and vomiting 21 days after the procedure. At initial physical examination, normal vital signs but pain and increased volume in the aforementioned areas were detected. Abdominal ultrasound revealed well defined right perirenal collection and normal size kidneys and echotexture. Computed tomography showed the presence of a right subcapsular renal image with liquid density and extrinsic compression of a structurally normal kidney. The day after admission the patient ran a fever of 38 °C. Antiplatelet therapy was discontinued and lumbotomy and drainage of the hematoma was performed 7 days latter; about 400 mL of brownish blood was obtained. The patient progressed satisfactorily. It is concluded that spontaneous subcapsular renal hematoma is a rare complication of antiplatelet requiring multidisciplinary management. Computed tomography imaging is required for diagnosis. The renal compression due to its large size as well as pain and fever, justify their surgical drainage.

**Key words:** kidney, acute abdomen, spontaneous retroperitoneal hemorrhage, renal subcapsular hematoma, complications from antiplatelet agents.

---

## INTRODUCCIÓN

El uso de medicamentos anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios (AP) se ha incrementado en pacientes con riesgo de fenómenos tromboembólicos, principalmente en los que se les implantan prótesis endocoronarias o *stent*. La principal complicación de este procedimiento es la reestenosis, cuya incidencia se ha logrado reducir con el advenimiento de los *stent* farmacoactivos. Aún así, este tipo de aditamento necesita de doble terapia con AP: Aspirina®; y Clopidogrel®; durante 6 meses a 1 año.<sup>1</sup>

Las hemorragias constituyen el efecto adverso más frecuente, producido por la utilización de los anticoagulantes y los AP.<sup>2-4</sup> La hematuria es la complicación urológica más común, derivada del empleo de estos grupos farmacológicos.<sup>5</sup>

En este trabajo se presenta un caso de hematoma subcapsular renal espontáneo, secundario al uso de antiagregantes plaquetarios, en el cual se hace énfasis en los aspectos del diagnóstico y tratamiento.

## CASO CLÍNICO

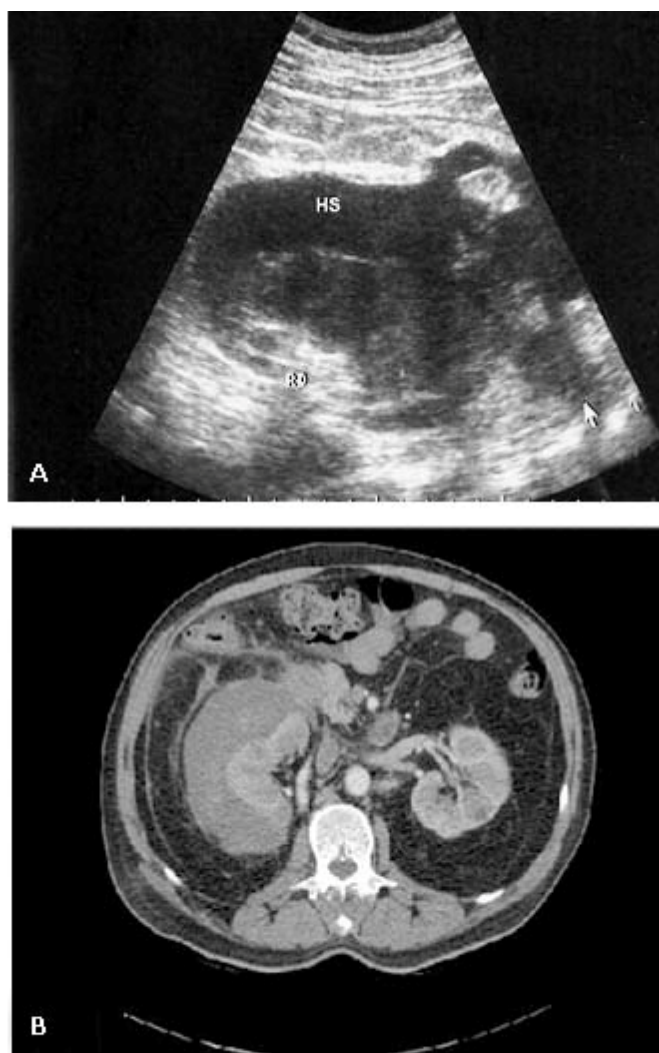
Paciente masculino de 65 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Asistió al cuerpo de guardia por presentar dolor en el flanco y la fosa ilíaca derechos, náuseas y vómitos de un día de evolución. En el examen físico inicial manifestaba dolor a la palpación, en las zonas antes referidas, sin contractura ni signos de reacción peritoneal. Presentaba aumento de volumen en casi todo el

---

flanco derecho, fijo y de consistencia firme. Los signos vitales eran normales. Por todo lo anterior se decidió su ingreso hospitalario.

En el interrogatorio se conoció que hacía 21 días se le había colocado un *stent* coronario no medicado, por haber presentado cuadro de agudización de su enfermedad coronaria. Con motivo de esta instrumentación arterial endoluminal se le puso tratamiento oral con dos AP: Aspirina® y Clopidogrel®. Negó haber recibido traumatismos después que se le insertó el *stent* coronario. Los resultados de la analítica sanguínea, el coagulograma y el examen general de orina realizados de urgencia, estaban dentro de parámetros normales.

En el ultrasonido (US) abdominal se observó una colección perirrenal derecha bien delimitada, con riñones de tamaño y eco estructura normal; el resto de los órganos abdominales sin alteraciones ecográficas (Fig. 1) (A). En la tomografía axial computadorizada (TAC) renal contrastada, se confirmaron los hallazgos descritos en la ecografía y se evidenció la asimetría en la incorporación del contraste yodado, en detrimento del riñón derecho. Se ratificó la ausencia de lesiones tumorales en ambas unidades renales, así como en los demás órganos visualizados del abdomen (Fig. 1) (B).



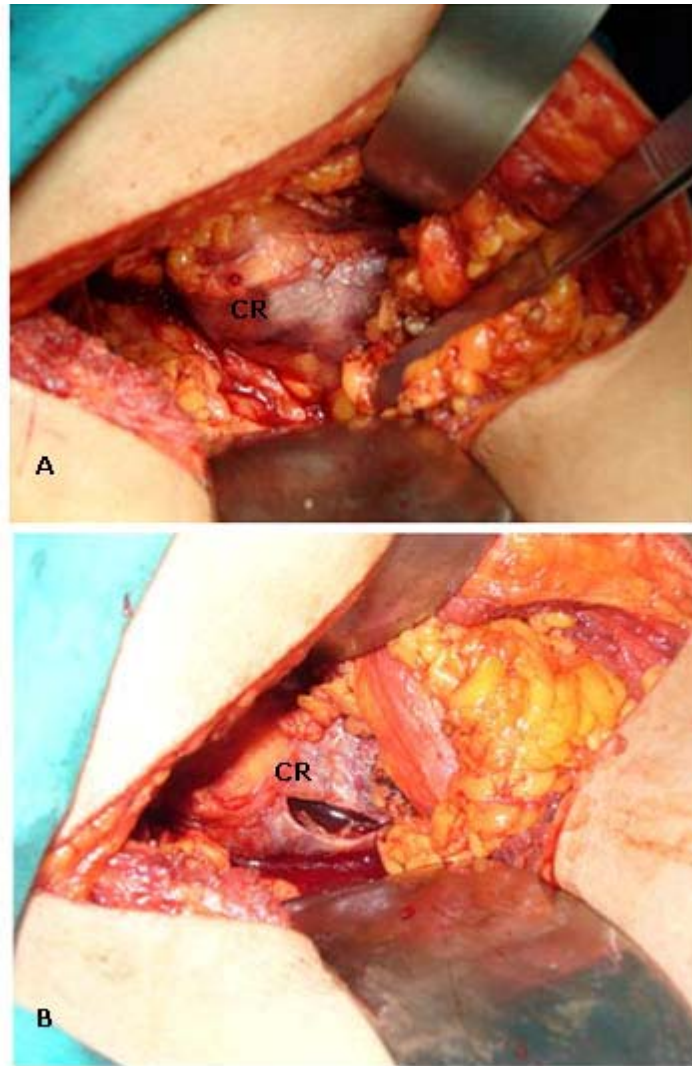
**Fig. 1.** Ultrasonido que muestra el riñón derecho y el hematoma subcapsular (A). TAC abdominal donde se observa la lipomatosis abdominal, la colección perirrenal derecha y la menor captación del contraste yodado por el riñón derecho (B).

El caso se discutió en el colectivo médico. Se llegó a la conclusión de que se trataba de un hematoma renal subcapsular espontáneo, como complicación del uso de antiagregantes plaquetarios. Al día siguiente del ingreso, el paciente comenzó a presentar fiebre vespertina de 38 °C, sin escalofríos; no se encontró otra posible causa que lo antes descrito en el abdomen. Se decidió colocar tratamiento antibiótico parenteral de amplio espectro.

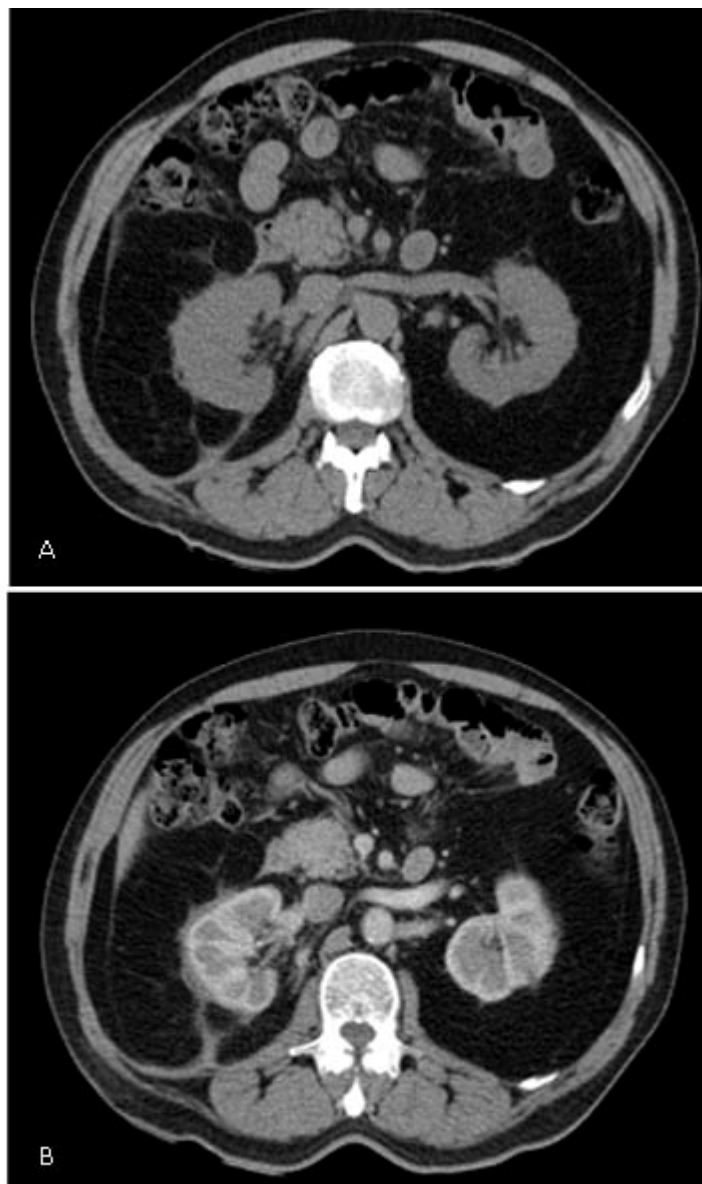
No obstante las medidas terapéuticas, el paciente se mantuvo con el cuadro febril y el dolor abdominal sin variaciones. Se decidió, de acuerdo con cardiólogos y anestesiólogos, suspender el tratamiento con AP durante 7 días, para realizar drenaje quirúrgico del hematoma.

Se le realizó la lumbotomía derecha y drenaje del hematoma, se obtuvo 400 mL de sangre carmelitosa (Fig. 2). Se realizaron estudios citológicos y microbiológicos a una muestra; resultaron ambos negativos. A los tres días del posoperatorio, se reintegró el tratamiento con Aspirina®. La sonda de drenaje lumbar se retiró a los 12 días de la intervención, por mantenerse productivo de líquido sanguinolento. Aunque el hematócrito descendió de 43 a 39 vol. %, las pérdidas en el acto quirúrgico y las producidas a través del drenaje en las salas de hospitalización, no provocaron desestabilización hemodinámica y no fue necesario hemotransfundir. Al final el paciente evolucionó satisfactoriamente.

A las 6 semanas de la intervención se reinició el tratamiento con Clopidogrel®. En la TAC renal simple y contrastada evolutiva (Fig. 3), realizada a los 6 meses de operado, no se detectaron alteraciones en el riñón derecho. Se comprobó simetría en cuanto al tamaño y en la captación del contraste, con relación al riñón izquierdo. Actualmente el paciente está asintomático y reintegrado a sus actividades habituales.



**Fig. 2.** Cápsula renal (CR) pálida y deslustrada **(A)**. Cápsula renal incidida, se observa engrosamiento de su pared y sangre carmelitosa en su interior **(B)**.



**Fig. 3.** TAC renal evolutiva. En el estudio simple (A) se constatan ambos riñones de tamaño normal. En la fase contrastada (B) ambas unidades renales captan simétricamente.

## COMENTARIOS

La hemorragia retroperitoneal espontánea (HRE) se define, según *Argente* y otros<sup>6</sup> como toda extravasación de sangre, que se produzca al espacio retroperitoneal, sin que exista traumatismo externo, manipulación endourológica o vascular previa. Los autores consultados coinciden con esta definición, por lo que el caso que se expone en este trabajo, reúne los requisitos para ser considerado como una HRE.

En cuanto a las posibles causas que pueden provocar la HRE en adultos, la más común es la rotura de un aneurisma de la aorta.<sup>6</sup> Sin embargo, autores como *Di Conti Figueiro* y otros<sup>7</sup> refieren que las hemorragias de origen renal son las más frecuentes y dentro de ellas prevalecen las de origen tumoral. Se destaca en primer lugar el angiomiolipoma y, con menor frecuencia, en adenocarcinoma renal. Luego mencionan

las de origen vascular y, por último, las relacionadas con trastornos de las glándulas suprarrenales.

La causa básica que origina una HRE es la existencia de una discrasia sanguínea por no existir una enfermedad previa en el riñón y en las demás vísceras; diversos autores apoyan este concepto.<sup>7</sup> Asimismo se menciona que entre las causas hematológicas causantes de HRE se incluyen la púrpura trombocitopénica, hemofilia, policitemia y la anticoagulación terapéutica, es esta última la causa más frecuente de este grupo y es, precisamente, en la que se ubica el paciente de esta presentación. En Cuba, no existe informe similar a esta eventualidad con anterioridad.

El cuadro clínico de la HRE con frecuencia es insidioso, puede pasar desapercibido en un primer momento, lo que provoca en ocasiones gran dificultad diagnóstica. Su evolución puede ser súbita o lenta, en dependencia de la velocidad del sangramiento. Algunos autores describen el dolor abdominal como el síntoma principal.<sup>6</sup> No obstante, todos reconocen que la tríada clásica de dolor abdominal, masa palpable en el flanco e hipovolemia con signos de choque, conocida en clínica como síndrome de Wunderlich, es la forma de presentación de aproximadamente la tercera parte de los casos.<sup>6,7</sup> El paciente que se presenta en este artículo tuvo varios de los síntomas y signos descritos por estos autores. No obstante, el haber conservado la estabilidad hemodinámica, permitió tomar una conducta conservadora de inicio, dada su condición de paciente de alto riesgo quirúrgico.

En cuanto al diagnóstico imagenológico de la HRE, los autores consultados coinciden en que el US abdominal resulta una exploración sencilla, rápida, no invasiva y con elevada sensibilidad para la orientación diagnóstica inicial; pero actualmente, la TAC se ha convertido en la prueba de imagen de elección para el diagnóstico de certeza de la causa de la HRE.<sup>5,6-8</sup>

En la revisión realizada se halló un trabajo, de origen griego, que informa dos casos semejantes a este. Ambos pacientes desarrollaron el hematoma renal subcapsular espontáneo, pero bajo los efectos solo de la Aspirina<sup>®</sup> y sin tener colocado un *stent* coronario.<sup>8</sup>

Los trabajos revisados, sobre el tema de la interrupción de los AP en el período perioperatorio en los pacientes con *stents* coronarios, reconocen que esto supone un elevado riesgo de eventos trombóticos, lo que es mayor en aquellos que toman dos medicamentos. Debido a esto se recomienda que se difieran las intervenciones quirúrgicas electivas, entre 3 y 6 meses en los que portan *stents* no medicados — como el paciente de este artículo— y hasta un año en los que tienen *stent* farmacoadactivo.<sup>1,3,4,9,10</sup>

En cuanto al tiempo en que deben retirarse y restituirse los AP, en los pacientes con doble medicación en el período perioperatorio, no existe acuerdo según la literatura analizada. La mayoría recomienda suspender el Clopidogrel<sup>®</sup> 5 días antes de la intervención,<sup>1,3,10</sup> aunque otros proponen retirarlo entre 7 y 10 días.<sup>11</sup> Con respecto a la Aspirina<sup>®</sup>, unos plantean no suspenderla en ningún momento,<sup>1,9</sup> con vistas a evitar el riesgo de trombosis del *stent* y otros, retirarla una semana antes del acto operatorio;<sup>10</sup> todos coinciden en reintegrarlos lo antes posible.<sup>1,3,9,10</sup>

La experiencia obtenida con el manejo de este paciente, permite reafirmar lo expuesto por otros autores en cuanto a que no existe un patrón universal homogéneo, en la decisión de retirar y reintegrar el tratamiento de los AP en el perioperatorio de los pacientes portadores de *stents* coronarios. La conducta a seguir debe ser individualizada para cada enfermo, basada en la relación riesgo/beneficio, y se debe considerar un problema médico complejo, en el que es indispensable la

colaboración multidisciplinaria de varios especialistas para el éxito final y la recuperación del paciente.<sup>1,3,4,9,11</sup>

Se concluye que el hematoma renal subcapsular espontáneo es una complicación inusual del uso de antiagregantes plaquetarios. La TAC es indispensable para el diagnóstico imagenológico de certeza. La compresión renal por su gran tamaño, así como el dolor y la aparición de fiebre, justifican su drenaje quirúrgico. En la atención de este tipo de pacientes es necesario, un enfoque multidisciplinario de la atención médica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sierra P, Tormos P, Unzueta MC, Sabaté M, Monsalve C, Sabaté S. Manejo perioperatorio de la antiagregación en pacientes portadores de *stent* coronario. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2008;55(Supl. 1):1-14.
2. Chaves Brenes L. Antiplaquetarios. Rev Costarr Cardiol. 2012 Ene-Dic; 14 (1-2):21-5.
3. Pérez Delgado Y, Muradas Augier M, Sotolongo Molina Y. Anticoagulantes y antiplaquetarios: consideraciones en el paciente quirúrgico. Rev Cubana Anesthesiol Reanim [Internet]. 2011 [citado 13 Sep 2013];10(1):21-33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182011000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182011000100004&lng=es&nrm=iso)
4. García Araque HF, Oliveros Acosta D. Antiagregación plaquetaria en cirugía no cardíaca. Rev Colomb Anesthesiol [Internet]. 2011 Nov-2012 Ene [citado 13 Sep 2013];39(4):561-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5554/rca.v39i4.2466>
5. Mabweesh NJ, Matzkin H. Spontaneous subcapsular renal hematoma secondary to anticoagulant therapy. J Urol [Internet]. 2001 [cited 2013 Sep 13];165(4):1201. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)66472-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(05)66472-5)
6. Gimeno Argente V, Bosquet Sanz M, Ramírez Backhaus M, Trassiera Villa M, Arlandis Guzmán S, Jiménez Cruz JF. Hemorragia retroperitoneal espontánea: nuestra experiencia en los últimos 10 años. Act Urol Esp [Internet]. 2007 [citado 13 Sep 2013];31(5):521-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062007500012>
7. Di Conti Figueiro V, Salgueiro Júnior MA, Paes Leme MB. Hematoma retroperitoneal espontáneo. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2005 Jan-Feb [citado 13 Sep 2013];32(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/101590/S0100-69912005000100013>
8. Belibasakis I, Mazaris E, Papachristou C, Kastriotis I. Renal colic due to spontaneous perirenal haematoma secondary to antiplatelet medication: two case reports. Eur J Emergen Med [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 13];15:102-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MEJ.0b013e3282aa4270>
9. Llaúa JV, Ferrandisb R, López Forteb C. Antiagregantes y anticoagulantes: manejo del paciente quirúrgico anticoagulado. Cir Esp. 2009;85(Supl 1):7-14.



10. Junker G. Valoración del riesgo operatorio en cirugía no cardíaca. Rev Urug Cardiol [Internet]. 2011 [citado 13 sep 2013]; 26(3): 173-8. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0797-00482011000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482011000300002&lng=es&nrm=iso)

11. Díaz JC, Duque M, Duque L, Uribe W, Medina E, Marín J. Tratamiento perioperatorio del paciente con antiagregación o anticoagulación. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2012 [citado 13 Sep 2013]; 19(5): 252-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-56332012000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332012000500007&lng=en&nrm=iso)

Recibido: 16 de septiembre de 2013.

Aprobado: 9 de enero de 2014.

*Tomás Lázaro Rodríguez Collar.* Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: [tomasrc@infomed.sld.cu](mailto:tomasrc@infomed.sld.cu)