

TÍTULO:

ROTURA RENAL ESPONTÁNEA.

Autores:

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Centro:

1.- Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Bizkaia. España.

2.- IMSS. Ciudad de México. México.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es



Resumen:

El sangrado espontáneo intrarrenal, subcapsular, perirrenal o pararrenal en pacientes en diálisis es una complicación aguda poco frecuente, pero no excepcional, en cuya génesis se han implicado diversos factores como el uso de anticoagulantes, las anormalidades plaquetarias de la uremia o la rotura de quistes congénitos o adquiridos

Palabras clave:

Sangrado espontáneo intrarrenal. Subcapsular. Perirrenal. Pararrenal. Hemodiálisis. Diagnóstico. Tratamiento. Nefrectomía.



ROTURA RENAL ESPONTÁNEA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

El sangrado espontáneo intrarrenal, subcapsular, perirrenal o pararrenal en pacientes en diálisis es una complicación aguda poco frecuente, pero no excepcional, en cuya génesis se han implicado diversos factores como el uso de anticoagulantes, las anomalías plaquetarias de la uremia o la rotura de quistes congénitos o adquiridos. Clínicamente aparece como un episodio generalmente de instauración brusca de dolor en el flanco con hematuria acompañante o sin ella. Es frecuente que se confunda con un cólico nefrítico y que se demoren el diagnóstico y el tratamiento. El dato de sospecha será una caída brusca del hematocrito con respecto a valores previos, y la ecografía o la TAC confirmarán el diagnóstico, aunque en ocasiones las exploraciones iniciales son negativas por el pequeño tamaño inicial de la colección y es preciso repetirlas si la evolución del paciente es sugestiva. La nefrectomía será el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, pues aunque en sangrados de pequeña cuantía que no muestren progresión puede intentarse el tratamiento conservador, siempre persiste el riesgo de resangrado y es difícil descartar la existencia de un proceso subyacente en el riñón que requiera de tratamiento quirúrgico. Es esencial corregir las anomalías de la coagulación preexistentes por la alta tendencia al sangrado del lecho quirúrgico.



Bibliografía:

- 1.- Haag-Weber M, Hörl WH. Uremia and infection: mechanisms of impaired cellular host defense. *Nephron*. 1993; 63: 125-31.
- 2.- Gupta KL, Radotta BD, Sakhuja V, Banerjee AK, Chugh KS, Mucormycosis in patients with renal failure. *Renal Failure*. 1990; 11: 195-9.
- 3.- Marigliano N, Covarsi A, Novillo R, Gómez-Martino JR. Piomiositis en hemodiálisis. Una complicación poco frecuente. *Nefrología*. 1995; 15: 88-9.
- 4.- Kessler M, Hoen B, Mayeux D, Hestin D, Fontenaille CH. Bacteremia in patients on chronic hemodialysis. *Nephron*. 1993; 64: 95-100.
- 5.- Mylotte JM, Aeschliman JR, Rotella DL. Staphylococcus aureus bacteremia. Factors predicting hospital mortality. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 165-8.
- 6.- Flaherty JP, Garcia-Houchins S, Chudy R, Arnow PM. An outbreak of gram-negative bacteremia traced to contaminated o-rings in reprocessed dialyzers. *Ann Intern Med*. 1993; 119: 1072-8.
- 7.- Levin A, Mason AJ, Jindal KK, Fong IW, Goldstein MB. Prevention of hemodialysis subclavian vein catheter infections by topical povidone-iodine. *Kidney Int*. 1991; 40: 934-8.
- 8.- Mermel LA, Prevencion de infecciones asociadas a catéteres intravasculares. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. Ed Esp. 2: 53-60.
- 9.- Mansfield PF, Hohn DC, Fornage BD, Gregurich MA, Ota DM. Complications and failures of subclavian-vein catheterization. *N Engl J Med*. 1994; 331: 1735-8.



- 10.- Hung KY, Tsai TJ, Yen CJ, Yen TS. Infection associated with double lumen catheterization for temporary haemodialysis: experience of 168 cases. *Nephron Dial Transplant*. 1995; 10: 247-51.
- 11.- Capdevilla JA, Segarra A, Planes AM, et al. Sucesful treatment of haemodialysis catheter-related sepsis without catheter removal. *Nephron Dial Transplant*. 1993; 8: 231-4.
- 12.- Ramos B, Arqué JM, Calvar C, Fernandez-Gallego J, Valera A, Lopez de Novales E. Catéter de doble luz con túnel subcutáneo para hemodiálisis crónicas. *Nefrología*. 1992; 12: 143-8.
- 13.- Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infctions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 150-8.
- 14.- Chaudhry A, Stone WJ, Breyer JA. Occurrence of pyuria and bacteriuria in asymptomatic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1983; 21: 180-3.
- 15.- Mathews M, Shen FH, Lindner A, Sherrard DJ. Septic arthritis in hemodialyzed patients, *Nephron*. 1980; 25: 87-91.

