

MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL ESPONTÁNEO

Ferrando F ^a, Budía A ^b, Mira Y ^a, Vayá A ^a.

^aUnidad de Trombosis y Hemostasia, ^bServicio de Urología. Hospital Universitario La Fe. Valencia, España.

Introducción: El hematoma subcapsular renal (HSR) es infrecuente y, en ausencia de anticoagulación, arteritis o traumatismo, en más del 50% de los casos es secundario a un tumor renal. Ante un HSR en un paciente anticoagulado se plantean varias cuestiones: 1. El manejo de la anticoagulación ante una complicación hemorrágica grave. 2. La obtención de un diagnóstico etiológico, dada la dificultad inherente a la presencia del HSR. 3. Sin patología asociada decidir la actitud terapéutica del HSR, quirúrgica o conservadora.

Caso clínico: Las interrogantes a resolver se plantean a propósito del caso clínico de un HSR espontáneo en paciente anticoagulada, sin exceso de hipocoagulabilidad. La paciente, mujer de 64 años, con acenocumarol por valvulopatía mitral y aórtica, acude a urgencias médicas (UM) por aparición de dolor en fosa renal izquierda, sin previo esfuerzo o traumatismo, con inicio súbito. Hemodinámicamente estable y apirética. La analítica sanguínea, de función renal y hematimetría, está dentro de la normalidad: creatinina: 0,9 mg/dl, hematocrito (Hto): 41,6%, plaquetas: 169.000/mm³. Índice de Quick de 43% y los dos últimos controles INR: 2,6 y 2,9. La ecografía (Eco) renal izquierda evidencia una lámina hipoeoica de 40 mm en cara posterior renal. Al ingreso se le suspende el acenocumarol y se pauta fitomenadiona y, tras descartar sangrado activo, se decide por una actitud expectante, con controles seriados de TAC y Eco abdominal. En los primeros días, se observa descenso del Hto de 4 puntos (37%). Se inicia enoxaparina 40 mg/día al 4º día del ingreso, aumentándola de forma progresiva. La TAC abdomino-pélvico detecta HSR izquierdo con compresión de parénquima. Tras reposo absoluto, el Hto permanece estable en cifras de 37%, procediéndose al alta 17 días después, tras segunda TAC de control sin variación respecto al primero realizado. Revisada un mes después con Eco se evidencia un HSR de menor tamaño en vía de resolución, por lo que se decide reiniciar la anticoagulación oral. A los 6 meses un nuevo control con Eco evidencia la reabsorción completa del HSR.

Conclusiones: 1. El cese de la anticoagulación y el manejo conservador puede ser de elección para el HSR no traumático, sin patología subyacente y con estabilidad hemodinámica del paciente, aunque algunos autores recomiendan la nefrectomía por la alta incidencia de tumores pequeños indetectables. 2. Si no se puede realizar el diagnóstico etiológico debido a la hemorragia o por sospecha de tumoración renal, se puede proceder a una biopsia-aspiración guiada con TAC y descartar la presencia de células malignas. La angiografía renal puede ser útil, en pacientes hemodinámicamente estables, cuando la TAC es negativa o en el caso de enfermedad vascular, permitiendo mostrar el origen del sangrado y la embolización terapéutica. 3. Es el primer caso clínico descrito de HSR espontáneo en paciente anticoagulado, sin exceso de hipocoagulabilidad.