

REPORTE DE CASO

Wunderlich syndrome: report of two cases with different presentation modalities

Síndrome de Wunderlich: reporte de dos casos con modalidades diferentes de presentación

Jorge Luis Santana Pérez¹  , Dulvis Lianet Acosta Herrería² , Jorge Luis Santana León³ , Ariel Sosa Remón⁴  , Jhossmar Cristians Auza-Santivañez⁵  , Ismael Vargas Gallego⁶  , Jorge Márquez-Molina⁷  , Giovanni Callizaya Macedo⁸  

¹Universidad de Ciencias Médicas “José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Instituto de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

⁵Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Académico Científico Quispe-Cornejo. La Paz, Bolivia.

⁶Hospital de Tercer Nivel “Dr. Hernán Messuti Ribera”. Pando, Bolivia.

⁷Hospital del Norte Cochabamba. Servicio de emergencias. Cochabamba, Bolivia.

⁸Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. Departamento de Cirugía Pediátrica. La Paz, Bolivia.

Citar como: Santana Pérez JL, Acosta Herrería DL, Santana León JL, Sosa Remón A, Auza-Santivañez JC, Vargas Gallego I, et al. Wunderlich syndrome. Report of two cases with different presentation modalities. South Health and Policy. 2025; 4:280. <https://doi.org/10.56294/shp2025280>

Enviado: 23-07-2024

Revisado: 05-12-2024

Aceptado: 17-06-2025

Publicado: 18-06-2025

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbaló 

Autor para la correspondencia: Jorge Luis Santana Pérez 

ABSTRACT

Introduction: Wunderlich syndrome is characterized by retroperitoneal hemorrhage localized at the renal or perirenal level, which occurs sudden onset. The available evidence on this pathology is scarce because it is a little suspected medical emergency.

Case reports: case 1 is a male patient who presented with left lumbar pain and wanders to the emergency department. Case 2 is a female patient is brought to the emergency department in hypovolemic shock. In both cases, it was decided to perform urgent surgical treatment to correct the hemorrhage due to the progressive deterioration of hemodynamics, the subsequent evolution was favorable.

Conclusion: Wunderlich syndrome presents relatively frequently in emergency departments and represents a diagnostic-therapeutic challenge.

Keywords: Wunderlich Syndrome; Hypovolemic Shock; Retroperitoneal Hemorrhage.

RESUMEN

Reporte de caso: el caso 1, es un paciente masculino que presenta dolor lumbar izquierdo y llega deambulando al servicio de urgencias. El caso 2 es una mujer que es trasladada al servicio de urgencias en estado de shock hipovolémico. En ambos se decidió realizar el tratamiento quirúrgico urgente para corregir la hemorragia debido al deterioro progresivo de la hemodinámica, la evolución ulterior fue favorables.

Introducción: el Síndrome de Wunderlich se caracteriza por una hemorragia retroperitoneal localizada a nivel renal o perirrenal, que se presenta de forma súbita. La evidencia disponible sobre esta patología es escasa debido a que resulta una urgencia médica poco sospechada.

Conclusión: el Síndrome de Wunderlich se presenta con relativa frecuencia en los servicios de urgencias y representa un reto diagnóstico-terapéutico.

Palabras clave: Síndrome de Wunderlich; Shock Hipovolémico; Hemorragia Retroperitoneal.

INTRODUCCIÓN

La “apoplejía renal espontánea a consecuencia de una hemorragia subcapsular o perirrenal” observada inicialmente por Bonet en 1700 y descrita por Carl Wunderlich en 1856, se denomina Síndrome de Wunderlich y se caracteriza por una hemorragia retroperitoneal localizada a nivel renal o perirrenal, que se presenta de forma súbita, sin historia recurrente de trauma y de etiología múltiple, se conoce también como hemorragia renal espontánea y es considerada una urgencia médica poco sospechada. ⁽¹⁾ En la etiología de este síndrome se han considerado los tumores renales como los angiomiolipomas (40-60 %) y los carcinomas de células renales (30-35 %), afecciones vasculares renales (17 %), infecciones (5-10 %), trastornos de la coagulación o uso de anticoagulantes (15 %) e idiopático (5-10 %).^(1,2,3) El diagnóstico se realiza a través del cuadro clínico que se caracteriza por la triada de Lenck (presente en el 20 % de los pacientes) que consiste en dolor abdominal en flanco (67 %), hematuria (40 %), masa renal palpable (27 %), complementa la sintomatología el shock hipovolémico (27 %) y se confirma con estudios de imágenes como ecografía, tomografía y la resonancia magnética nuclear. ^(2,3,4) La conducta a seguir en estos pacientes es variada, depende sobre todo de la forma clínica en que se presente y su etiología, puede ser conservador o quirúrgico de urgencia previa estabilización hemodinámica. ^(2,5)

Aunque se considera esta enfermedad poco frecuente, se reconoce la existencia de un subdiagnóstico debido a las disimiles formas de presentación en los servicios de urgencias.^(1,5) Se realiza esta publicación con el objetivo de describir dos casos clínicos del Síndrome de Wunderlich, con manifestaciones clínicas y evolución diferentes.

REPORTE DE CASO

Caso 1

Paciente masculino de 79 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, que acude al servicio de urgencia por presentar dolor en fosa lumbar izquierda, sin antecedentes de trauma, de aparición súbita, muy intenso, sin irradiación, que se alivia poco con la administración de analgésicos y obliga al paciente a tomar una postura antálgica, además dificulta la deambulacion asociada a fatiga y debilidad muscular.

Al examen físico, como dato positivo palidez cutáneo-mucosa, diaforesis, taquicardia mantenida (102 latidos/minutos), llene capilar de 3 segundos, hipotensión (90/60 mmHg), al explorar la fosa lumbar izquierda es dolorosa, la maniobra de puño percusión es positiva y los puntos pielorenoureterales dolosos, riñón palpable, peloteable y pinzable, con aumento considerable de su volumen. Lo estudios hematológicos muestran anemia de 9 g/l. Leucocitosis de $11 \times 10^3/\text{UL}$ a predominio de neutrófilos. Al realizar la ecografía describe el riñón izquierdo aumentado de volumen, borde irregular y presencia de una voluminosa colección líquida heterogénea. Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) contrastada, donde se evidencia una voluminosa colección perirrenal izquierda, hipodensa y heterogénea, que mide 85x60x126 mm, con infiltración de la grasa perirrenal (figura 1).

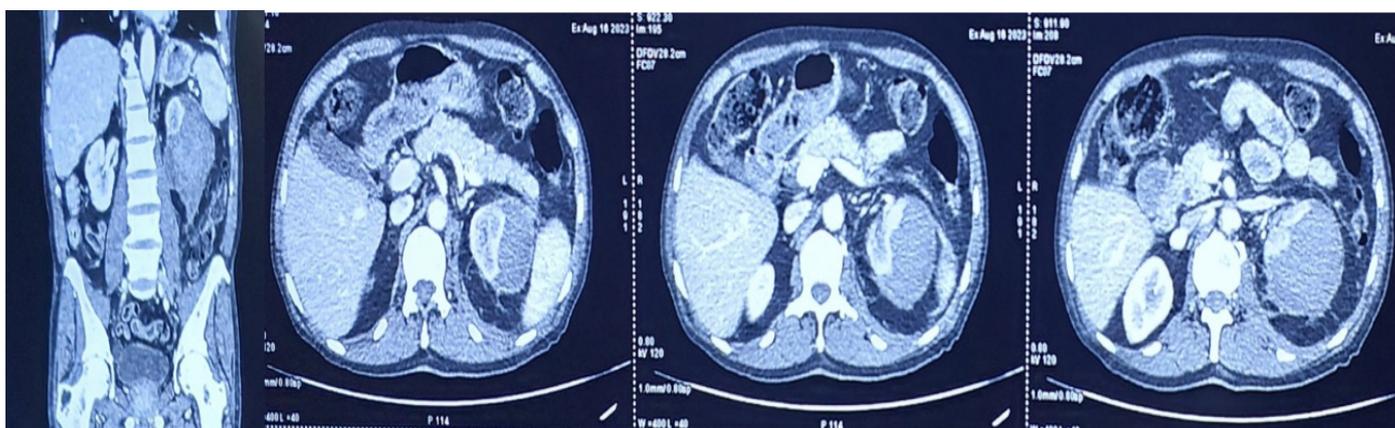


Figura 1. TAC contrastada de abdomen, imagen en reconstrucción coronal y en corte axial, se observa imagen hipodensa que bordea al riñón izquierdo la cual comprime y deforma al riñón por efecto de masa, se observa además alteración de la grasa peri-renal

Concluye como colección renal y perirrenal izquierda que impresiona gran hematoma.

Con hipótesis diagnóstica de Síndrome de Wunderlich el paciente es llevado al salón de operaciones, se

realiza lumbotomía izquierda y se observa el riñón aumentado de volumen, con neovascularización, rodeado de un hematoma, adherido al musculo psoas, cuadrado lumbar y peritoneo. Se libera con dificultad, durante la manipulación del pedículo se abre la pelvis por donde sale gran cantidad de sangre y las cavidades renales quedan ocupadas por coágulos (figura 2).

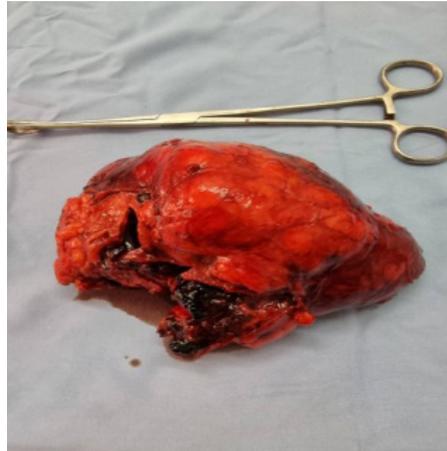


Figura 2. Pieza quirúrgica del riñón izquierdo

Se realiza nefrectomía con evolución satisfactoria. El resultado anatomopatológico revela un carcinoma de células renales.

Caso 2

Paciente femenina, de 25 años que es trasladada al hospital por el Sistema Internacional de Urgencias Médicas (SIUM), con un cuadro caracterizado por toma del estado de conciencia, los familiares no refieren trauma ni amenorrea, al realizar el examen físico se encuentra taquicardia (120 latidos/minutos), hipotensión (80/40 mmHg), signos de hipoperfusión tisular (llenado capilar de 4 segundos), frialdad cutánea, el abdomen distendido, irritación peritoneal generalizada con defensa a la palpación abdominal, los ruidos hidroaéreos abolidos. Los exámenes realizados demuestran anemia grave, Hemoglobina (Hb) 5 g/l. La ecografía FAST, expone abundante líquido libre en cavidad abdominal, se efectúa punción del fondo del saco de Douglas y se obtiene sangre que no coagula.

Se comienza a estabilizar con reposición volumétrica, transfusiones y uso de aminas vasoactivas (noradrenalina a razón de 1,5mcg/kg/minuto), logrado este objetivo, es llevada de urgencia al salón de operaciones con hipótesis diagnóstica de shock hipovolémico secundario a posible ruptura de un embarazo ectópico. Se realiza laparotomía y se observa en fosa inguinal izquierda la presencia de un riñón doble y ectópico, localizado al lado de la trompa e inmediatamente por encima del cuerpo del útero, envuelto en un gran hematoma que drena sangre hacia la cavidad peritoneal, se procede a realizar nefrectomía (figura 3). La anatomía patológica revela un riñón doble con hipoplasia del superior.



Figura 3. Pieza quirúrgica del riñón ectópico doble

DISCUSIÓN

En los casos descritos se manifiestan dos formas de presentación del Síndrome de Wunderlich, el cuadro clínico clásico describe la triada de Lenck que se presenta en el 20 % aunque las manifestaciones suelen ser más floridas. En el primer caso el compromiso sobre la hemodinámica del paciente permitió un estudio más detallado, a pesar de evidenciar un deterioro progresivo, mientras en el segundo, primó el shock hipovolémico con posibilidad de estabilización hemodinámica, estudios complementarios indispensables para un diagnóstico con traslado al salón de operaciones y corrección quirúrgica del sangrado, de lo contrario hubiera dado al traste con la vida de la paciente. Ambos casos se consideraron emergencias médicas.^(1,2,6)

El accionar médico emergente es fundamental debido al curso de la enfermedad, donde un número significativo de casos evidencian deterioro de la hemodinamia, aspecto que dificulta la documentación adecuada para la publicación en la literatura científica, que ocasiona la carencia de grandes series de casos respecto al tema.⁽⁶⁾

El diagnóstico etiológico es difícil en la fase aguda, pues se requiere de estudios anatomopatológicos del riñón. Los tumores renales son la causa más frecuente; el caso 1 se asoció a un carcinoma de células clara que representan del 30-35 %. El caso 2 se presentó asociado a una malformación congénita caracterizada por un riñón doble con hipoplasia del superior.^(1,6)

La conducta a seguir depende del estado del paciente, se han descrito en la literatura tratamiento conservador y quirúrgico todos con resultados satisfactorios, en los dos casos presentados se optó por la conducta invasiva debido al estado de deterioro progresivo en la que se encontraban.^(1,2,3,4,5,6,7,8)

CONCLUSIONES

El Síndrome de Wunderlich, aunque infrecuente en la práctica clínica general, representa un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico en el contexto de la medicina de urgencias. Su presentación clínica, muchas veces inespecífica y súbita, junto con una etiología diversa que abarca desde procesos benignos hasta entidades malignas, exige una alta sospecha clínica y el uso oportuno de herramientas diagnósticas. Reconocer esta entidad de forma temprana no solo permite instaurar un tratamiento adecuado, sino que puede ser determinante para la supervivencia del paciente, subrayando la importancia de su inclusión dentro del diagnóstico diferencial ante cuadros de dolor abdominal o lumbar agudo acompañado de inestabilidad hemodinámica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segura-Gortáez A, Barreda-Pesqueira A. Síndrome de Wunderlich (hemorragia renal espontánea). Reporte de un caso. *Rev. Fac. Med. (Méx.)*. 2021;64(6):26-31. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.6.03>.
2. Gracia-Nájera S, Saureu-Rufach E, Miró-Ballesté C, Mitjana-Penella R, Díez-García LJ, Portella-Alegre A et al. Síndrome de Wunderlich, una causa poco frecuente de dolor abdominal y shock. *Centro de convenciones internacionales*. 2024 [consultado 25/05/2025]. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9918/8384>
3. Reyes-Griñán EC, Hernández-Sánchez G, Hernández-Rech MD, Calzadilla-Feijoo S, Jordán-González JA, Concepción-Portales LE. Síndrome de Wunderlich asociado al uso de Warfarina. *Investigaciones medicoquirúrgicas*. 2024;16:e897. Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/897>
4. Guerra-Garijo T, Marzoa-Ruiz S, Condori-Bustillos R, Winzer-Meliá V, Hurtado-Gómez C, Villacastín-Ruiz ME. Síndrome de Wunderlich. *Centro de convenciones internacionales*. 2024 [consultado 25/05/2025]. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10206>
5. Shah JN, Gandhi D, Prasad SR, Sandhu PK, Banker H, Molina R, et al. Errata para: Síndrome de Wunderlich: Revisión integral del diagnóstico y manejo. *Radiographics*. 2023;43(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.239007>
6. Barberá-Pérez, D, Frías-Aznar, N, Pérez-Laencina, L. P. Síndrome de Wunderlich: a propósito de un caso. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2021;44(2):311-313. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0967>
7. Castro-Bac JF, Petersen-Juárez ES, Pérez-Chun S. Síndrome de Wunderlich en Paciente con Riñón Único. *Rev. Guatem. Uro.* 2024;11(2):21-4. Disponible en: <https://revistaguatemaltecadeurologia.com/index.php/revista/article/view/152>
8. Colque-Mamani WG, Maldonado-Gómez AB. Síndrome de Herlyn-Werner Wunderlich. Presentación de

caso clínico. Rev Cient Cienc Méd. 2023;26(2):104-109. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332023000200104&lng=es.

CONSENTIMIENTO

Para la realización de este trabajo se obtuvo el consentimiento de los pacientes.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la aplicación del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería.

Curación de datos: Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana León.

Análisis formal: Jorge Luis Santana Pérez.

Investigación: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana León, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

Metodología: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

Administración del proyecto: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana León.

Recursos: Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana Pérez, Jorge Luis Santana León.

Software: Jorge Luis Santana León.

Supervisión: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería.

Validación: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana León.

Visualización: Jorge Luis Santana Pérez

Redacción - borrador original: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana León, Ariel Sosa Remón, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Ismael Vargas Gallego, Jorge Márquez-Molina.

Redacción - revisión y edición: Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Jorge Luis Santana León, Ariel Sosa Remón, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Ismael Vargas Gallego, Jorge Márquez-Molina.