



Síndrome de Wunderlich num doente em hemodiálise

Wunderlich syndrome in a patient on hemodialysis

Autores

Maria Inês Roxo¹ 

Bruno Pepe¹ 

Rita Birne^{1,2} 

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Serviço de Nefrologia, Carnaxide, Portugal.

²Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Caro Editor,

A síndrome de Wunderlich (SW) é uma entidade incomum mas potencialmente fatal e consiste em hemorragia renal ou perirrenal espontânea¹.

Apresentamos o caso de um homem de 56 anos de idade com antecedentes de doença renal crónica em estágio terminal devido a doença renal mediada por APOL1, em programa regular de hemodiálise, que foi encaminhado ao serviço de urgência por dor no flanco esquerdo, hipotensão, náuseas e vômitos de início súbito durante a sua sessão de hemodiálise de rotina. Não apresentava outras queixas e não se encontrava medicado com antiagregantes ou anticoagulantes. Foi realizada uma angiografia por tomografia computadorizada (TC), que revelou rins de 7 centímetros de comprimento com diversas lesões quísticas, bem como um hematoma renal esquerdo subagudo que se estendia para o espaço perirrenal e cavidade pélvica, sem evidência de hemorragia ativa (Figura 1). O doente manteve-se clinicamente estável; no entanto, verificou-se uma queda de hemoglobina de 2 g/dL em menos de 24 horas. Considerando os riscos do procedimento e a ausência de benefício em preservar o rim, o doente foi submetido a nefrectomia esquerda. Além da necessidade de suporte transfusional durante a intervenção cirúrgica, não houve outras complicações e teve alta ao 8º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou doença renal quística adquirida (DRQA) e identificou hemorragia em alguns dos quistos, através da cápsula renal lacerada e para o tecido adiposo perirrenal. Não havia evidência de doença neoplásica.

A SW pode apresentar-se com a clássica tríade de Lenk, caracterizada por dor aguda no flanco, massa palpável e hipotensão; no entanto, as apresentações atípicas são mais frequentes. As potenciais etiologias subjacentes podem ser variadas e incluem principalmente neoplasias, mas também doença vascular, rotura de quisto, coagulopatia, ou infeção¹. Embora a hemorragia de quistos seja uma complicação frequente na doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD)², a SW é incomum tanto na DRPAD como na DRQA^{1,2}. Em doentes em hemodiálise, parece resultar de uma combinação de fatores, nomeadamente disfunção plaquetária, fármacos anticoagulantes orais e heparinização do circuito extracorporal³⁻⁵ – no entanto, a SW pode estar associada apenas ao desenvolvimento de quistos ou tumores *per si*, sem quaisquer outros fatores predisponentes⁴. O diagnóstico deve ser confirmado radiologicamente, preferencialmente por TC com contraste^{1,4,5}. O tratamento pode ser conservador (com fluidoterapia, reversão da anticoagulação, analgésicos, antibióticos) ou interventivo (embolização percutânea ou nefrectomia parcial/radical)¹. A primeira opção implica a necessidade de vigilância inicial apertada (a fim de intervir em caso de deterioração) e posterior *follow-up* radiológico (para controlar a regressão do hematoma e avaliar eventuais neoplasias subjacentes)^{4,5}. Enquanto doentes estáveis com condições benignas podem ser tratados de forma conservadora, a embolização angiográfica pode ser tentada em caso de hemorragia ativa, e a nefrectomia é preferida na presença de instabilidade ou alta probabilidade de malignidade.

Data de submissão: 21/01/2023.

Data de aprovação: 01/03/2023.

Data de publicação: 17/04/2023.

Correspondência para:

Maria Inês Roxo.

Email: mroxo@chlo.min-saude.pt

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2023-0011pt>



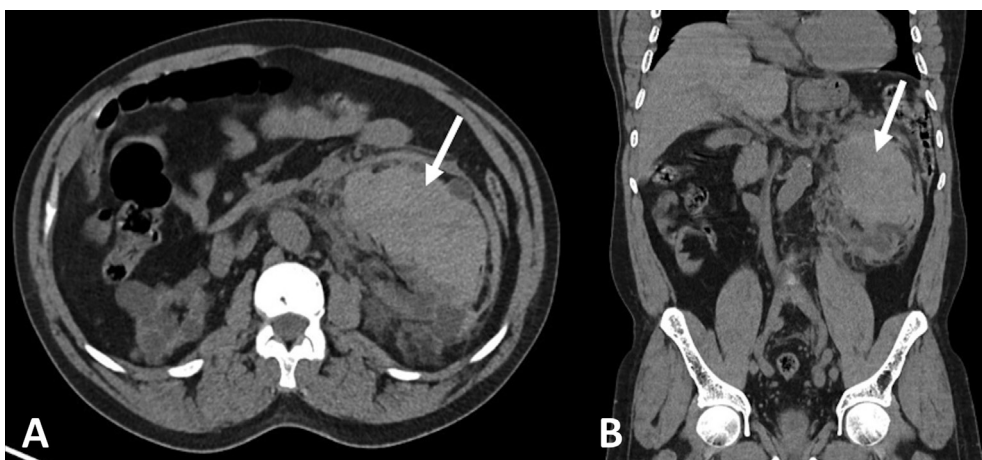


Figura 1. TC com contraste mostrando hematoma renal e perirrenal à esquerda (setas brancas). A – corte axial; B – reconstrução coronal.

Em última análise, o tratamento mais adequado deve ser escolhido individualmente, dependendo da estabilidade clínica, evidência de hemorragia ativa, etiologia suspeita e relação risco/benefício das alternativas disponíveis^{1,4}.

DECLARAÇÕES

R. Birne informa o seguinte: contratado pela Diaverum; financiamento de investigação da Gilead, Bayer e Boehringer; membro do conselho consultivo da Bayer e Boehringer; e membro do gabinete de palestrantes da AstraZeneca, Bayer, Boehringer, MSD e Bial. M. Roxo relata o seguinte: contratado pela Fresenius Medical Care.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

MIR, BP e RB contribuíram substancialmente na concepção ou desenho do trabalho; coleta, análise ou interpretação dos dados; redação do trabalho ou na sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com a publicação deste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Giovini M, Poggiali E, Zocchi P, Bianchi E, Antonucci E, Barbera M. A case of spontaneous renal haemorrhage (wunderlich syndrome) in an anticoagulated patient. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2022;9(4):003269. doi: http://dx.doi.org/10.12890/2022_003269. PubMed PMID: 35520370.
2. Cheng CI, Karvelas NB, Aronowitz P. Retroperitoneal cyst hemorrhage in polycystic kidney disease. *Cleve Clin J Med.* 2015;82(1):20–1. doi: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.82a.14007>. PubMed PMID: 25552622.
3. Moore AE, Kujubu DA. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage due to acquired cystic kidney disease. *Hemodial Int.* 2007;11(s3 Suppl 3):S38–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-4758.2007.00228.x>. PubMed PMID: 17897110.
4. Ku JH, Kim J, Ha S, Lee JW. Bilateral spontaneous perirenal haemorrhage in a patient on haemodialysis. *NDT Plus.* 2009; 2(5):412–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ndtplus/sfp091>. PubMed PMID: 25949360.
5. Kawahara T, Kawahara K, Ito H, Yamaguchi S, Mitsuhashi H, Makiyama K, et al. Spontaneous renal hemorrhage in hemodialysis patients. *Case Rep Nephrol Urol.* 2011;1(1):1–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000330192>. PubMed PMID: 23197944.