

## SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A ROTURA TUMORAL

S. Mesonero Cavia, C. Salado Marín, A. Rodríguez Quintana, A. Cavero Ibiricu, R. Gago Martín, M. Garmendia Elizalde.  
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Araba (Sede Txagorritxu).

**INTRODUCCIÓN:** El tumor de Wilms es el tumor renal más común y el segundo tumor abdominal más frecuente en la edad pediátrica. Se da principalmente entre 1 y 7 años. El 95 % de los casos se presenta como masa abdominal palpable seguida de hematuria y ocasionalmente puede presentar clínica constitucional. En algunos casos puede asociar HTA. Menos del 5 % son bilaterales y son los que mayor riesgo de rotura tumoral presentan dentro de los tumores abdominales.

### CASO CLÍNICO:

#### MOTIVO DE CONSULTA:

Lactante de 21 meses derivada del C. Salud por decaimiento y distensión abdominal. Refieren vómitos alimenticios aislados desde hacía 3 días, asociando deposiciones líquidas sin elementos patológicos. Última deposición hace 24 horas, normal.

#### E. FÍSICA:

TEP inestable, apariencia alterada, palidez muco-cutánea, somnolienta pero reactiva a estímulos (Glasgow: 14-15) y taquicardia con pulsos centrales y periféricos palpables, buen relleno capilar y sin gradiente térmico. Llamativa distensión abdominal, dolorosa a la palpación, palpándose masa en hemiabdomen derecho.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Análítica sanguínea: acidosis metabólica con láctico elevado, anemia microcítica de 6,7 g/dl y ácido úrico y LDH elevadas.
- Ecografía abdominal: gran masa dependiente de riñón derecho de unos 14 x 9 cm, primera posibilidad diagnóstica tumor de Wilms, que condiciona el desplazamiento de la aorta y los grandes vasos abdominales sin englobarlos y abundante líquido libre intraabdominal, con probable hemoperitoneo como complicación.
- Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos.

### EVOLUCIÓN:

Ante los hallazgos descritos se instaura tratamiento del shock hemorrágico y estabilización clínica con traslado a centro de referencia. Allí, se realiza TAC toraco-abdominal confirmándose hallazgos previos y además, se objetivan nódulos pulmonares sugestivos de metástasis. Ante estabilidad clínica inicial, se contempla comenzar quimioterapia y posteriormente intervenir, pero vuelve a comenzar a sangrar, por lo que, tras reunión interdisciplinar con vasculares, cirujanos y oncólogos se decide intervenir de forma urgente. Nefrectomía derecha no oncológica con adecuado control de la hemorragia.

**CONCLUSIONES:** La ruptura del tumor de Wilms es un evento muy raro, con una incidencia del 0,02%. El tratamiento es multimodal y en Europa consiste en quimioterapia precirugía, + cirugía +/- quimioterapia/radioterapia postoperatoria. La supervivencia es superior al 90% aunque la presencia de ruptura representa un estadio IIIc, lo cual aumenta el riesgo de recurrencia tumoral y cambia el manejo adyuvante

