

## TRAUMATISMO DEL RIÑÓN, CUATRO CASOS

---

Por los Dres. JUAN IRAZU, OSCAR A. FONIO y H. SANCHEZ

Si bien la conducta terapéutica a seguir en los traumatizados de riñón, ha sido motivo de numerosas controversias sobre las ventajas del tratamiento quirúrgico, o del médico y el de la expectación armada, creemos que aún no se está de acuerdo y que es absolutamente necesario uniformar el criterio con respecto a ciertas normas, ajustadas al cuadro sintomático y evolutivo de cada caso clínico.

Es de frecuente observación, la evolución favorable de traumatismos renales sometidos a la terapéutica incruenta, hasta en casos graves con hematuria abundante y persistente. De ahí la tendencia generalizada de clínicos, cirujanos y aún de no pocos urólogos, a sustentar un criterio demasiado conservador.

No hay que confiar excesivamente en ciertos signos favorables como: buen estado general psicofísico del traumatizado, ausencia de hematoma perirrenal, óptima tensión arterial y desaparición más o menos rápida de la hematuria, para inclinarse hacia el tratamiento exclusivamente médico. Tampoco, por desaparecida la sintomatología del cuadro agudo, estamos autorizados a admitir la curación definitiva, que puede ser más aparente que real.

En efecto, en ciertas roturas renales aún serias, la hemorragia puede cohibirse espontáneamente por la formación de un hematoma subcapsular o periférico, que se organiza luego, para evolucionar hacia la reabsorción y degeneración fibroesclerosa, que en última instancia, comprimirá el parénquima y lo conducirá a la atrofia, con segura pérdida total de la función.

Además hay que tener en cuenta otras posibles secuelas y complicaciones, consistentes en: procesos infecciosos (nefritis, pielonefritis, pionefrosis, perinefritis, neuralgias, hidronefrosis, litiasis, tuberculosis y neoplasias que lógicamente, se pueden instalar más fácilmente en un riñón previamente traumatizado, que en uno sano.

Aún en los casos de mejor evolución inmediata con la conducta abstencionista, no podemos tener ninguna noción cierta, sobre el futuro alejado del riñón que ha sufrido la agresión de un trauma mecánico.

Existe en general, el convencimiento erróneo, que la curación médica de una rotura de riñón, significa recuperación anatómica y funcional. Esto no es siempre verdadero y tal convicción puede dar lugar a errores groseros en perjuicio del porvenir del traumatizado, como en la exacta valoración del daño y en la justa apreciación de la incapacidad, desde el punto de vista médico legal.

Pensamos que ante un cuadro clínico de trauma renal serio, no se incurre en exceso terapéutico, al decidirse a practicar una lumbotomía exploradora, la que no siempre concluye en nefrectomía y nada mejor que el riñón en la mano y a la vista, puede orientarnos sobre la conducta a seguir, para reparar el daño, con la menor mutilación posible.

También deseamos señalar el valor incuestionable de la exploración roentgenográfica de contraste, que nos permite de inmediato al accidente, determinar con bastante exactitud, la importancia de las alteraciones anatómicas y funcionales del riñón y de sus vías excretoras y decidir la más adecuada acción

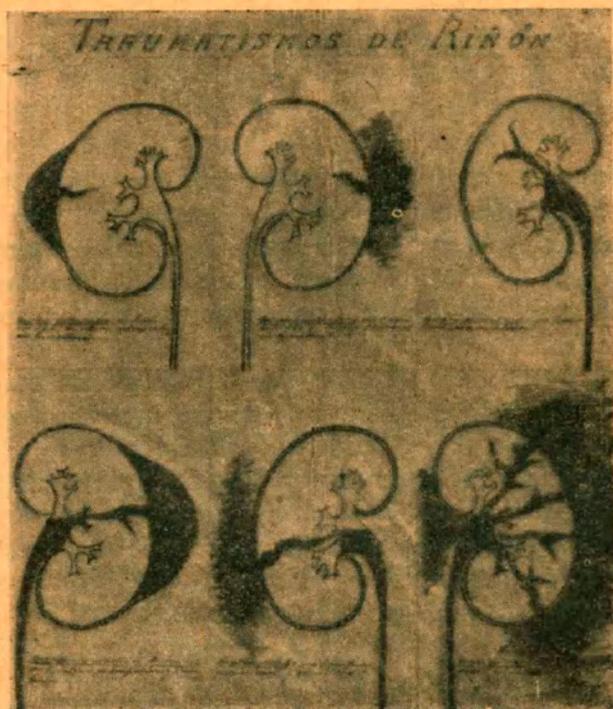


Figura 1

terapéutica. Asimismo, este valioso método exploratorio, nos asegura también el control de la evolución alejada, tanto que el no documentarla periódicamente de este modo, implicaría una negligencia imperdonable.

De inmediato a la sospecha clínica de una contusión renal, se debe realizar una serie de urografías de excreción, que nos pueden señalar el desnivel de la cúpula diafragmática y el mutismo radiológico total o parcial (amputación pielocalicial) del lado afectado por el trauma.

La exploración urográfica excretora, debe ser complementada siempre que sea posible, con la ureteropielografía retrógrada, que con mayor claridad, seguridad y precisión, nos informará sobre la localización, extensión y gravedad de las lesiones (simples o complejas), intra o extrarrenales (según el estado de la cápsula), por la extravasación e infiltración del líquido de contraste, limitada a uno de los polos, a la parte media, por todo el órgano en forma masiva y anárquica.

No nos vamos a referir a las diversas teorías etiopatogénicas que explican los mecanismos del traumatismo renal, pero creemos útil recordar en forma esquemática, los distintos tipos de lesiones del órgano y de sus vías excretoras, que nos permitirá interpretar mejor la sintomatología clínica y los signos roentgenográficos correspondientes. Al efecto mostraremos en negatoscopio, esquemas realizados por uno de nosotros (Fonio), sobre celuloide de película radiográfica lavada (Fig. 1), con 6 diferentes tipos de posibles lesiones traumáticas de riñón: 1) ruptura subcapsular sin lesión calicial; 2) ruptura intersticial con



Fig. 2



Fig. 3

lesión capsular, sin lesión calicial; 3) ruptura reno-calicial; 4) ruptura reno-calicial profunda con hematoma subcapsular; 5) ruptura total, con hematoma perirrenal; 6) estallido renal, con rotura de los vasos del hilio.

A continuación referiremos las historias clínicas de los cuatro últimos casos de nuestra observación en el curso del corriente año:

1ª Observación: J. C. C., de 20 años, argentino, soltero, agricultor, domiciliado en Concepción, Dto. de Chiquiligasta, Pcia. de Tucumán, ingresa al Servicio de Urología a cargo de uno de nosotros (Fonio), en el Hospital A. C. Padilla, de San Miguel de Tucumán, el 4-V-1954, 10 días después de haber sufrido un trauma en región lumbar izquierda, por choque contra la culata de un carro, a consecuencia de lo cual, además de acusar intensos dolores, orinaba con sangre y coágulos, que dificultaban las micciones.

Estado actual (5-V-1954): Dolor en región lumbar lado izquierdo. A la palpación tumoración consistente y dolorosa que hace contacto lumbar. Intensa hematuria que por coagulación endovesical impide la evacuación espontánea de orina. Palidez acntuada de piel y mucosas; pulso rápido e hipotenso. Se practica sondaje vesical evacuador y lavajes y se indica lumbotomía de urgencia.

*Operación:* Anestesia general. Cirujanos: H. H. Novillo y N. Fainman; Incisión por encima de la XIIª costilla, con extremo inferior acercándose a la espina iliaca ántero superior. Se abre la celda, de donde se evacúan abundantes coágulos organizados y adheridos. Se libera polo inferior seccionando completamente; liberado con bastante dificultad el polo superior, se pinza el pedículo y se secciona, extrayéndose el resto del órgano dividido en dos partes por el trauma y con varias fisuras y desgarros de parénquima, como puede verse en las figuras 2 y 3. Suturas por planos con lino; drenaje de guante; transfusión de 2 litros de sangre total, entre el acto quirúrgico y postoperatorio inmediato. El 7-V-1954, colapso cardiovascular irreductible.

*Segunda observación:* L. B., de 57 años, peón de campo, ingresó a la sala de guardia del Policlínico C. Argerich (Bs. Aires), el 8-VIII-1954 Refiere que hace 8 días, mientras montaba a caballo, sufrió una rodada cayendo de espaldas al suelo, reincorporándose por sus propios medios. Seis horas después del trauma se inicia un cuadro doloroso en la región lumbar derecha, que continúa durante seis días; al día siguiente le aparece una hematuria, estado nauseoso



Fig. 4

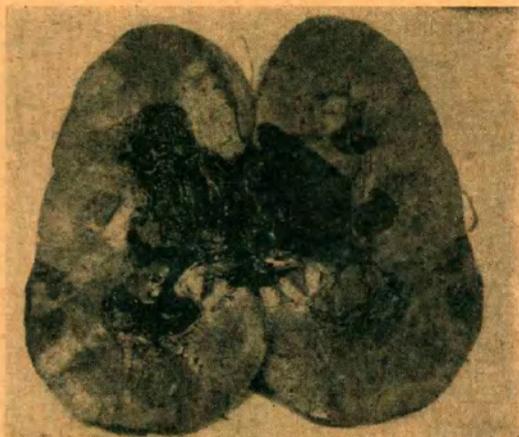


Fig. 5

y un día después, retención aguda de orina, por lo que debió ser sondado, extrayéndose gran cantidad de orina hematórica y se deja el cateter en permanencia.

El examen del accidentado era entonces satisfactorio, pues no reveló ansiedad, estaba pues tranquilo, y a la palpación renal no se apreciaba en ningún instante la presencia de tumoración perirrenal que alarmara; el pulso era frecuente, pero no había estado de shock. Al 12º día, el catéter se obstruye por coágulos y no es posible vaciar la vejiga. Se intenta entonces valorar el daño del traumatismo y su exacta localización por medio de un urograma excretor, pero resulta negativo debido al meteorismo. No siendo posible evacuar la vejiga por aspiración, se procede a la talla de urgencia, comprobando que la hematuria provenía del riñón derecho, es decir donde el paciente acusaba dolor.

El accidentado fué transfundido y vigilado y a pesar de ello a los 10 días de la cistostomía, tiene una profunda hematuria, que pone en peligro su vida. En efecto, hay gran anemia, el recuento reveló sólo 2 millones de glóbulos rojos. Ante esta riesgosa e impostergable situación, se resuelve efectuarle una lumbotomía exploradora, bajo narcosis de éter-oxígeno y transfusión operatoria (23-VIII-1954). Practicada la incisión, se nota que la fascia de de Zuckerkland está normal, al abrirla la Gerota, aparece un derrame hemático, y liberada la grasa perirrenal se observa que la cara anterior de la glándula, a nivel del polo superior está rota por surcos profundos que interesan el parénquima y la vía canalicular. La pelvis y el uréter aparecen rellenos por coágulos. Por la antigüedad de la lesión, la probable existencia de necro-

biosis tisular y dado el estado del paciente, que no justificaba la aventura de intentar cirugía conservadora, nos decide (Irazú y Sánchez) a efectuar la nefrectomía, que se realiza sin dificultad. Posteriormente, el paciente evolucionó bien, se dejó cerrar su talla y fué dado de alta sin contratiempos.

*Examen de la pieza operatoria:* Como puede observarse en la Fig. 4, la zona traumatizada del parénquima renal está localizada al polo superior y vecindad del hilio renal; el uréter y la pélvis aparecen distendidos por coágulos.

En la figura N° 5, el corte del riñón permite observar un gran coágulo que ocupa la pélvis y los cálices; en cáliz superior se puede ver el punto de rotura del parénquima.

*Tercera observación:* A. D., 43 años, argentino, soltero, carpintero, domiciliado en San Miguel de Tucumán, ingresa a la Sala V del Hospital A. C. Padilla el 31 de agosto de 1954, a consecuencia de un traumatismo tóraco-lumbar derecho, ocurrido el 26 del mismo mes, al caer



Fig. 6. — Ureteropielografía ascendente del caso de nuestra tercera observación.

del carro que guiaba y resulta apretado por una de las ruedas. Tuvo hematurias que disminuyeron paulatinamente de intensidad, hasta desaparecer totalmente. No constatándose lesiones óseas en la radiografía directa de la región trammatizada, mejorado el cuadro clínico general y aunque habían desaparecido las hematurias, el traumatólogo tratante solicitó la colaboración de uno de nosotros (Fonio), que no constata otra cosa que palpación renal ligeramente dolorosa del lado derecho.

*Exploración roentgenográfica:* En la radiografía directa no se observan anomalías. Las urografías de excreción a los 5', 15' y 30', muestran buena eliminación de orina opaca del lado izquierdo y ausencia de eliminación del lado traumatizado. Efectuamos ureteropielografías ascendentes del lado derecho, en proyección ánteroposterior y oblicua, que muestran una imagen de infiltración opaca anárquica (Fig. 6), sin la menor morfología pielocalicial radiográfica.

Por sus algias lumbares, el mutismo radiográfico de excreción del riñón derecho y la imagen extraordinaria anárquica de la ureteropielografía retrógrada se aconseja la internación en el Servicio de Urología de uno de nosotros (Fonio), a fin de proceder a la nefrectomía.

*Estado actual (1º-X-1954):* Buen estado general, apirético, pulso y tensión arterial normales. Riñón derecho palpable.

*Análisis:* Orina: límpida, ámbar, densidad 1.012; ácida, sin elementos anormales.

Uremia: 0,40 o/oo; Eritrosedimentación: 1ª h., 69 mm., 2ª h., 100 mm., I. K. 59,5. Glucemia: 1 o/oo.

Recuento globular: rojos, 3.940.000; blancos, 6.900.

Fórmula leucocitaria: N. 70 %, E. 1 %, L. 26 %, M. 3 %.

Tiempo de protrombina (Howell): 7'.

*Operación* (9-X54): Anestesia: Kemithal-éter. Cirujanos: Irazú, Novillo y Fainman. Incisión de Mathis ampliada hacia región inguinal superior. Se desplaza el peritoneo y se abre la celda renal, de la que fluye abundante líquido sero-sanguinolento maloliente. Se decola completamente la cápsula que está engrosada por coágulos adherentes organizados y se liga el películo renal sin dificultad. A continuación de la nefrectomía se extirpa la cápsula y se reconstruye la pared por planos, dejando rubberdam en el fondo de la celda. Transfusión de 500 c.c. de sangre total. Evolución del postoperatorio normal.

*Consideraciones:* El examen de la pieza operatoria (Fig. 7-A), que muestra varias heridas profundas del parénquima en la porción mediana del órgano, que eran intracapsulares y en comunicación con cálices y pelvis, explica la

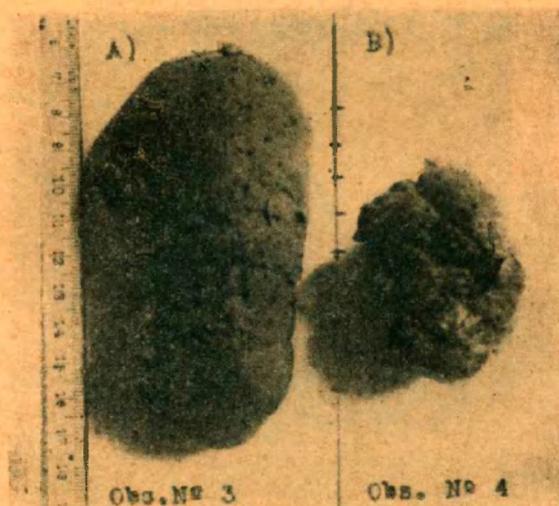


Fig. 7. — A) Riñón derecho correspondiente a la observación N° 3.  
B) Fragmento del riñón izquierdo, polo inferior, correspondiente a la observación N° 4.

sintomatología clínica con hematurias, el hematoma intracapsular y las imágenes de infiltración perirrenal intracapsular anárquica de la substancia de contraste, inyectada por vía retrógrada.

*Cuarta observación:* I. F. P., de 17 años, argentino, soltero, jornalero, domiciliado en Ingenio Lastenia, Dto. de Cruz Alta, Tucumán, ingresa al Servicio de Urología del Hospital Angel C. Padilla, el 14 de septiembre de 1954.

Refiere que el 25 de agosto recibió una cox de mula en la región tóraco-lumbar, lado izquierdo, concurriendo por ese motivo al Servicio de Guardia, donde se le practicó examen clínico y radiografía directa de la región traumatizada; no constatándose lesiones óseas. se le restó importancia al accidente, por lo que no se lo internó.

El 3 de septiembre, es decir 8 días después del trauma referido, nota que las orinas toman un aspecto sanguinolento que aumenta de intensidad progresivamente y se mantiene la sintomatología dolorosa, por lo que resuelva concurrir al Servicio de uno de nosotros (Fonio), resolviéndose su internación.

*Estado actual:* Regular estado general; pulso rítmico taquicárdico; discreta palidez de piel y mucosas; lengua húmeda saburral; orinas hematóricas. La palpación renal izquierda es dificultada por el dolor; puntos renales dolorosos. Se indica reposo, bolsa de hielo, hemostáticos y antibióticos.

*Cistoscopia* (15-IX-54): Eyaculaciones de orina sanguinolenta por el meato ureteral izquierdo.

*Analysis:* Orina: Muy turbia, rojo intensa; d. 1.022; ácida; albúmina, 0,50 o/oo; hemoglobina (++++); reg. células epiteliales; abundantes eritrocitos y células de pús; escasos cilindros granulosos; abundante mucus; Sedimento coloreado: abundantes estafilococos y bacilos coli, regular estreptococos.

*Recuento globular:* Rojos, 4.130.000, y blancos, 6.300.

*Fórmula leucocitaria:* N. 72 %, E. 1 %, L. 24 %, M. 3 %. *Hemoglobina:* 79 %.

*Tiempo de sangría:* 1'20"; de coagulación 6'20".

*Exploración roentgenografica:* Urografías excretoras: pélvis bífida derecha y trífica izquierda; relleno defectuoso del sistema calicial inferior izquierdo. Ureteropielografías ascen-



Fig. 8

Obs. Nº 4. — Ureteropielografía retrógrada antes de la operación.

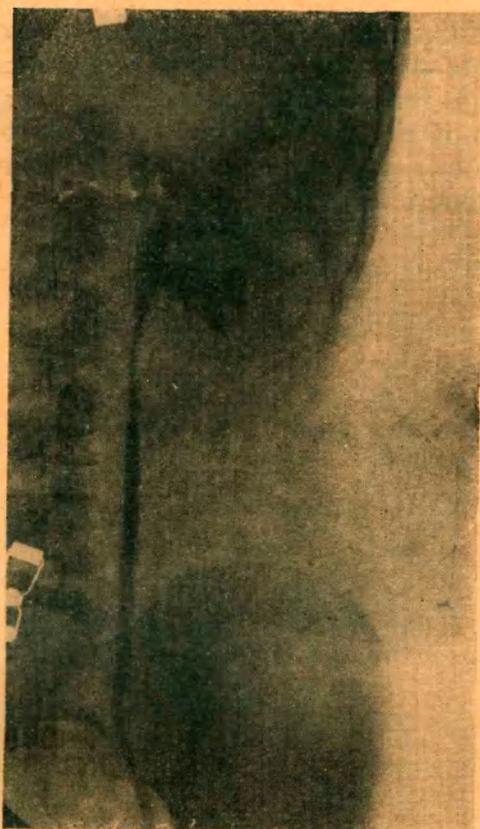


Fig. 9

Obs. Nº 4. — Ureteropielografía retrógrada después de la nefrectomía parcial.

dentes: anteposterior y oblicua (Fig. 8), muestran evidente extravasación del líquido opaco del sistema pielocalicial inferior izquierdo.

*Evolución:* Se indica lumbotomía exploradora a lo que el paciente se resiste; la hematuria disminuye de intensidad hasta desaparecer totalmente. Después de unos días reaparece con poca intensidad para desaparecer nuevamente. El 3-X-54, sintomatología dolorosa gastrointestinal, vómitos y fiebre, que se interpreta por transgresión de régimen.

*Operación (9-X-54):* Anestesia general: Kemithal-éter; cirujanos: J. Irazú, O. A. Fonio y N. Fainman. Lumbotomía por incisión de Mathis. Se desplaza el peritórneo y se abre la celda. La cápsula se muestra engrosada; se practica la decapsulación y se constata que la porción inferior de la glándula presentaba una profunda herida, que abarcaba toda la circunferencia y que el fragmento correspondiente al polo inferior se hallaba sólo unido al resto del órgano por un puente parenquimatoso que se secciona. Se cubre la superficie cruenta con músculo y con la cápsula que se sutura. Se coloca drenaje de guante y se cierra por planos. Transfusión de 500 cc. de sangre total en el acto quirúrgico y otro tanto en el postoperatorio inmediato.

En la Fig. 7, B), se puede apreciar el fragmento extirpado por nefrectomía parcial en el caso de la observación N° 4, que referimos.

La evolución fué normal en el postoperatorio inmediato; en la segunda semana tuvo un episodio febril y anemia, que cedió con antibióticos y transfusiones.

*Radiografías postoperatorias de control:* Las urografías de excreción a los 10 y 20 minutos, muestran una perfecta eliminación de orina opaca, en el lado de la nefrectomía parcial y en las ureteropielografías retrógradas en proyección anteroposterior (Fig. 9) y oblicua, se observa el relleno de los sistemas caliciales restantes, sin la más mínima extravasación del contraste.

#### CONCLUSION

Creemos que las observaciones que hemos presentado, son lo suficientemente demostrativas para justificar plenamente las consideraciones previas que hemos formulado en el presente trabajo, concordantes con lo ya expresado por uno de nosotros (J. Irazu), en su comunicación sobre "El porqué de la lumbotomía exploradora en los traumatismos serios del riñón" (Rev. Arg. de Urología, 1-6-1947, p. 48).