

75 aniversario

75 anniversary

TRAUMATISMO DEL RIÑÓN. Tratamiento conservador

RENAL TRAUMA. Conservative treatment

Dres. Irazu, J. C.*; De Miceu, S.; Katz, N.; Salas, J.; Echeguren, E.

RESUMEN: *Se revisaron 10 historias clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de traumatismo renal, entre los años 1996 y 1997. Se considera el cuadro clínico, el laboratorio, el diagnóstico por imágenes, la causa de los traumatismos, el grado de injuria renal y su tratamiento. En todos los pacientes la conducta fue expectante; sólo en 2 de ellos se practicó cirugía conservadora.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 1, Pág. 44, 1999)

Palabras clave: Traumatismo renal; Tratamiento conservador.

SUMMARY: *In 1996 and 1997 we looked ten medical histories of patients that came to the hospital with renal injuries. We considered the symptoms, laboratory, the complementary studies, causes of the renal injury and the treatment. We waited some time making a conservative surgery only in two patients.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 1, Pág. 44, 1999)

Key words: Renal trauma; Conservative treatment.

INTRODUCCION

Los traumatismos, en general, representan la principal causa de muerte en individuos menores de 40 años de edad. Un 10% de las lesiones comprometen el aparato genitourinario, y de éstos algo más de la mitad corresponden al riñón^(1,2). La mortalidad asociada con el

traumatismo renal es muy baja y oscila entre 0,8 y 4%⁽³⁾. Ambos riñones tienen una ubicación retroperitoneal alta y se hallan rodeados por la grasa perirrenal contenida por la fascia de Gerota. Se relacionan por delante con las vísceras abdominales y por detrás con los músculos lumbares. Dicha ubicación y las relaciones anatómicas confieren a estos órganos cierta protección, por lo que los traumatismos deben ser considerables para provocar una injuria renal de importancia, acompañándose del compromiso de otros órganos. Las injurias vasculares pueden ocurrir en caídas de altura por un fenómeno de desaceleración y desgarro de la íntima arterial⁽⁴⁾.

El tipo de traumatismo puede ser: a) *abierto o penetrante* como consecuencia de heridas de arma blanca, de fuego; o bien por cualquier otro elemento punzocortante; b) *cerrado o no penetrante*, como ocurre en los

* Jefe del Servicio de Urología
Hospital General de Agudos
"Dr. J. M. Ramos Mejía", J. J. de Urquiza 609
Buenos Aires, Argentina
Tel.: 4931-0743

politraumatismos por accidente de tránsito, caídas desde altura, golpizas, etc.

Las lesiones renales pueden ser: a) *contusiones*: suelen originar hematomas del parénquima o subcapsulares; b) *laceraciones menores*: consisten en una disrupción parenquimatosa cortical superficial, que no involucra al sistema colector o a la medular profunda; c) *laceraciones mayores*: la lesión del parénquima involucra a la cortical, medular y al sistema colector y d) *injurias vasculares* por oclusiones o desgarros de la arteria y/o la vena renal⁽⁴⁾. Las lesiones menores representan un 80 a 85% de todos los traumatismos renales, mientras que las mayores alcanzan del 15 al 20%⁽⁵⁾.

MATERIAL Y METODOS

Entre los años 1996 y 1997 fueron internados en la División Urología del Hospital General de Agudos "Dr. J. M. Ramos Mejía" un total de 10 pacientes portadores de traumatismo renal. Los datos recopilados fueron: 1) presentación clínica; 2) laboratorio; 3) diagnóstico por imágenes (ecografía, tomografía axial computada [TAC]); 4) causas de los traumatismos; 5) grado de injuria renal y 6) tratamiento. El seguimiento de los pacientes en su período crítico fue realizado de la siguiente manera: 1) control de signos vitales cada hora; 2) hematócrito cada 4 horas; 3) repetición de los estudios de diagnóstico por imágenes acorde con la evolución clínica del paciente y 4) el seguimiento por especialista en forma activa y personalizada.

RESULTADOS

El rango de edad osciló entre 11 y 39 años, correspondiente a 6 varones y 4 mujeres. Las causas de traumatismo se describen en la Tabla 1. El grado de injuria renal fue: a) contusión renal en 7 pacientes; b) laceración menor en 2 pacientes y laceración mayor en 1. No se encontraron lesiones de otros órganos. La presentación clínica estuvo dada por hematuria macroscópica en 7 pacientes, microscópica en 2 y ausente en 1. El dolor lumbar y en flanco homolateral al traumatismo fue el síntoma predominante. Se recurrió a la cirugía en 2 pacientes, uno por herida penetrante y el restante por

Causas de traumatismo

-Accidente de tránsito:	7 pacientes
-Caída de bicicleta:	1 paciente
-Caída de andamio:	1 paciente
-Caída de caballo:	1 paciente

Tabla 1

progresión del sangrado. Se describen los casos clínicos de 3 pacientes, 1 con laceración mayor y 2 con laceración menor. Los siete pacientes restantes presentaron contusión renal, adoptándose conducta expectante con evolución favorable sin complicaciones.

CASO N° 1: Masculino, 18 años. Herida de arma blanca en región lumbar izquierda. Estable, dolor en flanco izquierdo sin reacción peritoneal, sin hematuria. Hto.: 46%. TAC: "riñón izquierdo: hematoma en polo inferior, músculo psoas ilíaco englobado en dicha imagen". Evolución: compensado, dolor lumbar izquierdo y masa palpable en dicha región. Intervención quirúrgica, músculo psoas ilíaco seccionado en sus dos tercios anteriores, riñón con lesión puntiforme en su cara posterior. Se practicó sutura renal y muscular. Evolución favorable.

CASO N° 2: Masculino, 17 años. Traumatismo lumbar izquierdo, por caída de bicicleta. Estable, microhematuria. Dolor en flanco izquierdo, sin tumor palpable. Hto.: 42%. TAC: "hematoma perirrenal izquierdo. Excreción bilateral conservada". Evolución desfavorable, Hto. 26%, politransfundido. Reacción peritoneal y tumor palpable en flanco izquierdo. Exploración quirúrgica mediante incisión mediana suprainfraumbilical, hemoperitoneo (1.500 ml de sangre), riñón izquierdo decapsulado con lesión de 2 cm en valva anterior, que fue suturada. Evolución favorable. El control tomográfico 8 meses después de la cirugía muestra la normalidad de ambos riñones.

CASO N° 3: Femenino, 19 años. Traumatismo lumbar derecho por accidente de tránsito. Dolor y tumor en flanco derecho, sin reacción peritoneal. Macrohematuria. Hto.: 30%. TAC (Foto 1): "Profunda laceración del parénquima, hematoma retroperitoneal, extravasación del material de contraste". Conducta expectante, politransfundida. Evolución favorable. Control tomográfico (Foto 2) a los tres meses del traumatismo: "recuperación total de la arquitectura y función renal derecha".



Foto 1

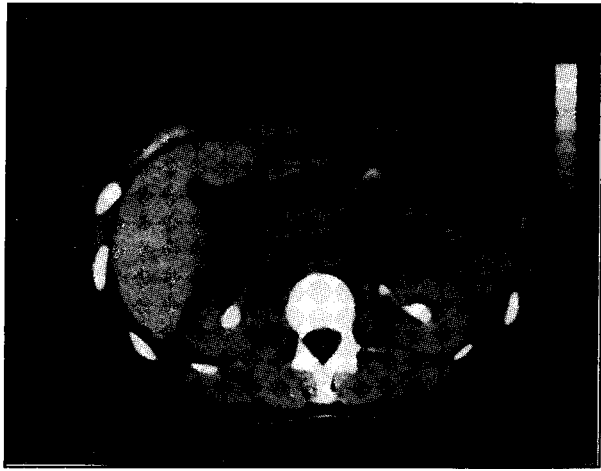


Foto 2

CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES

El manejo de los traumatismos renales va a depender de la severidad de la injuria del órgano y de la presencia o no de lesiones asociadas⁽⁶⁾. El advenimiento de la ecografía y la tomografía computada ha mejorado el diagnóstico y el control evolutivo de los pacientes portadores de un traumatismo renal. Esto posibilitó una disminución en el número de exploraciones quirúrgicas inmediatas y un franco descenso de las nefrectomías. La tomografía computada resulta sensible y específica al momento de definir la extensión de la lesión, el tipo de injuria, la presencia de hematoma, extravasación urinaria, injuria vascular o lesión de otro órgano⁽³⁾. La mayoría de los autores sostienen que las contusiones y las laceraciones menores raramente requieren de cirugía.

Las laceraciones mayores con extravasación de orina sin shock están actualmente en discusión en cuan-

to al tratamiento^(2,3). Si la conducta es conservadora, las complicaciones más frecuentes van a ser la formación de un urinoma o la extravasación persistente de orina. Dichas complicaciones, en general, pueden ser tratadas con procedimientos percutáneos o endourológicos⁽²⁾. Si la laceración mayor se acompaña de lesiones de otros órganos o de una pérdida de sangre que descompensa al paciente a pesar de ser transfundido, el tratamiento a seguir será el quirúrgico⁽²⁾. En las heridas penetrantes y en las lesiones del pedículo vascular la conducta es quirúrgica. En nuestra serie, el 80% de los pacientes fueron tratados en forma expectante con muy buena evolución. Los dos pacientes que requirieron exploración quirúrgica fue por progresión del hematoma, uno de ellos con hemoperitoneo. El diagnóstico por imágenes juntamente con la evolución clínica del paciente serán los elementos más significativos para decidir la conducta a seguir. Cuando se sospechen lesiones viscerales asociadas y/o heridas penetrantes, la exploración es mandatoria y se deberá realizar por vía anterior.

BIBLIOGRAFIA

1. López Cubilla, P. y col.: Evaluación clínica del traumatismo renal: Indicaciones para la práctica de exploraciones complementarias. *Actas Urol. Esp.*, 21: 391, 1997.
2. Matthews, L. A.; Smith, E. M. y Patrik Spirnak, J.: Nonoperative treatment of major blunt renal laceration with urinary extravasation. *J. Urol.*, 157: 2056, 1997.
3. Herschorn, S. y col.: Evaluation and treatment of blunt renal trauma. *J. Urol.*, 146: 274, 1991.
4. Mc Aninch, J. W.: Clasificación del traumatismo renal. *Clin. Urol. North Amer.*, 16 (2): 9, 1991.
5. Camps Lloveras, N.; Serra Caner, J.; López Costea, M. A. y Serra Llach, N.: Tratamiento conservador en el traumatismo renal mayor. *Actas Urol. Esp.*, 20: 896, 1996.
6. Kristjansson, A. y Pedersen, J.: Management of blunt renal trauma. *Br. J. Urol.*, 72: 692, 1993.