

## TRAUMATISMOS RENALES

### SERVICIO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA, HOSPITAL DE NIÑOS

#### CIUDAD DE SANTA FE

*Dres.: M. A. Corst. - R. Ciro. - O. J. Lepez.*

*Domicilio; Dr. Oscar Jose Lepez - Marcial Candioti 3030 Santa Fe.*

Sobre un total de 75 niños traumatizados, que han acudido al Consultorio de Guardia en el Hospital de Niños de la Ciudad de Santa Fé en los últimos 5 años, 14 de ellos presentaban significativas y evidentes lesiones traumáticas de riñón recogiéndose una muestra de la frecuencia y variedad de las lesiones renales traumáticas, así como de los dilemas que plantean con frecuencia para definir la táctica a seguir, una vez diagnosticadas.

#### ETIOLOGIA

La mayoría de las lesiones traumáticas de riñón en el niño, tuvo su origen en caídas desde alturas y lugares variables (árbol, vehículos en movimiento, techos, caballos, etc.). Por su frecuencia un segundo grupo tuvo su origen en accidentes de carretera. Las edades oscilan entre 14 meses y 12 años, el grupo más numeroso de pacientes se registró entre los 5 y 7 años de edad \* siendo de los 14 pacientes, 11 varones y 3 mujeres.

Entre las lesiones asociadas se encontraban: fracturas de húmero (2 casos), de fémur (un caso) y de tibia (un caso). En ningún caso se registraron fracturas de las costillas y de vísceras abdominales.

#### DIAGNOSTICO

Se debe considerar la posibilidad de lesión renal en cada traumatizado del abdomen. La hematuria suele ser el síntoma que orienta su pesquisa, si bien el grado de la misma no refleja necesariamente la severidad del daño renal, una grave lesión del pedículo, puede no manifestarla así como también la puede ocultar la obstrucción del uréter por coágulos. La presencia de sangre debe ser investigada rutinariamente en la primera orina, recogida de todo traumatizado. La hematuria fue el signo más constante manifestado en todos nuestros pacientes, macro o microscópicamente. La sensibilidad dolorosa aumentada en región lumbar fue un signo común a todos los enfermos.

Las escoriaciones en los flancos, dorso, abdomen superior y región lumbar, resultaron a veces orientadoras a la injuria renal. El tumor palpable, la defensa muscular y la contractura fueron señalados con frecuencia. El shock traumático, fue observado en un solo caso.

En todos los pacientes, se apreciaron grados variables de hipovolemia y el descenso de los valores de hemoglobina, que comúnmente se mantuvieron estabilizados luego de las primeras 12 horas. El registro de la diuresis, junto con la valoración clínica constante (presión arterial, pulso, hemograma, etc.) fueron los elementos básicos para caracterizar la gravedad y conducir las medidas iniciales de sostén. La exploración radiológica se practicó en todos los niños. La radiografía simple del abdomen (frente y perfil) en ocasiones ayudó

al diagnóstico, y en ellas se observaron reiteradas veces signos orientadores de lesiones renales. Los elementos de sospecha fueron.

1. Borramiento del contorno renal, hasta variados grados de opacidad del hemi-abdomen traumatizado.
2. Desaparición de la línea radiolúcida de psoas.
3. Asimetría del abdomen, a expensas de la desviación raquídea del lado sano y/o del abultamiento del flanco.
4. Rechazo de la imagen aérea del colon, con frecuencia distendido hacia la línea media. La grasa peri-renal proporciona un borde neto para las sombras renales y de los psoas, pero en los niños pequeños el gas dentro del intestino puede oscurecer los detalles del espacio retroperitoneal. En consecuencia se requiere una pielografía intravenosa para proporcionar el tipo de detalle necesario esperándose para su práctica la estabilización circulatoria en todos los casos.

Nos interesan a) el estado del riñón opuesto, b) las malformaciones congénitas renales pre-existentes, c) las anormalidades creadas por el traumatismo.

Los signos observados en las pielografías de nuestra serie analizada pueden resumirse así:

1. El retardo unilateral de la excreción, con un nítido contorno renal y sistema pielocalicial intacto sugiere contusión renal ( 7 casos - 50 por ciento).
2. El agrandamiento y la pérdida de nitidez del contorno renal que suele borrar la línea del psoas, sin alteración del sistema pielocalicial, supone hematoma peri-renal (5 casos- 35 por ciento).
3. La distorsión del sistema pielocalicial por rechazo, el borramiento o la amputación de un caliz, expresa fracciones fragmentarias renales ( 1 caso - 7,1 por ciento).
4. La exclusión persistente del riñón, indica severa lesión del pedículo vascular o la obstrucción circulatoria por espasmo traumático (1 caso - 7,1 por ciento).

## TRATAMIENTO

En el primer grupo (contusión renal) se incluye el mayor número de enfermos. El cuadro se manifestó por hematuria, dolor lumbar, defensa leve y pielografía normal. El tratamiento se limitó al reposo absoluto hasta desaparecida la hematuria. En el segundo grupo, signos clínicos similares al primero, más acentuados. Radiológicamente (pielografía) dislocación pielocalicial. La silueta renal y el sistema colector estaban intactos. Los pacientes de este grupo fueron tratados conservadoramente.

En el tercer grupo, signos clínicos bien acentuados y evidentes, imágenes radiológicas de opacidad difusa, pérdida del contorno renal y de la línea del psoas, sin ruptura del sistema colector o bien pequeñas filtraciones. El tratamiento fue conservador, los controles alejados; no se registraron secuelas hasta el momento. En el grupo cuarto, lesión vascular del pedículo renal, exclusión radiológica del riñón comprometido, hematuria y shock, el tratamiento

fue quirúrgico (un caso fallecido). Pensamos que el niño que mantiene un buen estado general, debe tenerse bajo estricto control, internado en reposo absoluto, favorecer su diuresis, la evacuación intestinal, prevenir la infección con dosis antibióticas de acuerdo al peso y edad y nivelar si fuera necesario su hemograma con transfusiones de sangre.

Las filtraciones pequeñas y las moderadas se pueden observar mediante estudios contrastados frecuentes y su evolución inclinará hacia la mejor conducta a seguir. El caso de extravasaciones masivas del sistema pielocalicial es sin duda alguna de terapéutica quirúrgica.

## CONCLUSIONES

Del total de los niños, 13 egresan curados y el seguimiento a posteriori de gran parte de ellos, no permitió detectar complicaciones alejadas por ahora. Tratándose de niños, para obtener conclusiones válidas al respecto, la vigilancia deberá extenderse un lapso suficientemente largo.

Los traumatismos renales dieron la oportunidad en todos los casos con excepción de uno, a desarrollar un plan de observación clínica permanente, estudios radiológicos y tratamiento destinados no sólo a prevenir la mortalidad y morbilidad, sino también a preservar la mayor cantidad de parénquima renal posible. Consideramos que: debe primar el tratamiento expectante y conservador, manteniendo al niño mucho tiempo en reposo, por el peligro de las hemorragias graves secundarias tardías.

\*\*