

TRAUMATISMO RENAL EN MONORRENO

Dr. Astariz, Miguel Angel *

Resumen y conclusiones

Se presenta el caso de un traumatismo renal en monorreno.

Se analizan los métodos diagnósticos de estudio, que permitieron instituir una conducta expectante conservadora de resultados satisfactorios.

Se previene sobre lo fundamental que es contar con el estudio arteriográfico frente al traumatismo renal, para poder arribar a un diagnóstico certero y un planteo terapéutico apropiado.

Esta presentación tiene el objeto de advertir, una vez más, la sistemática de estudio que debe seguirse en los traumatismos renales, especialmente a aquellos médicos cirujanos que se desempeñan en la urgencia, dado el no contar en nuestros hospitales con servicios de Urología que actúen ininterrumpidamente y el no estar dotadas sus guardias con profesionales de la especialidad.

Frente a todo traumatismo renal es fundamental comprobar la integridad de las vías excretoras y el estado de la vascularización renal y para ello es esencial en la actualidad contar con dos exámenes contrastados que se harán en forma sucesiva y si es preciso inmediata, luego de haber controlado el posible estado de shock y apuntalado el cuadro clínico general del paciente.

Ellos son: el urograma excretor y la arteriografía selectiva renal.

El urograma excretor evidencia la eliminación del contraste por ambos riñones, pudiendo mostrar del lado traumatizado: 1) la ocupación del espacio retroperitoneal con desplazamiento del riñón y del uréter; 2) la deformación o amputación del sistema pielocalicial, y 3) la extravasación del medio de contraste intra o perirrenal.

La arteriografía renal permite un diagnóstico certero siendo indispensable para la valoración del sistema vascular y la más precisa demostración de las lesiones parenquimatosas.

Con ello se evitarán intervenciones quirúrgicas intempestivas que puedan realizarse ante hematurias consecutivas a traumatismo lumbares, y otras veces, en cambio, se detectarían severas complicaciones que una escasa sintomatología induciría a postergar una cirugía realmente necesaria. Bien sabemos que pueden existir lesiones parenquimatosas y vasculares graves que apenas modifican la imagen urográfica de las vías excretoras e inversamente pueden aparecer importantes modificaciones pielográficas que corresponden a lesiones vasculares mínimas.

El caso presentado es el de un joven del sexo masculino de 21 años de edad, que sufrió un accidente motociclistico. Fue conducido al servicio de guardia en estado de discreto

shock, con dolor lumbar izquierdo y defensa localizada en esa zona, y manifestando micción espontánea francamente hematurica.

Realicé el urograma excretor sorprendiéndome al observar la ausencia de excreción pielocalicial del lado contralateral al traumatizado.

Asimismo, el pielocalicigrama izquierdo reveló deformación con amputación del cáliz inferior, y en tiempos tardíos, la extravasación intraparenquimatosas del contraste.

Seguidamente efectué un examen arteriográfico por cateterismo Seldinger femoral, para el que estamos dotados en nuestra unidad de Guardia.

El aortograma segmentario NO permitió visualizar vascularización renal derecha y fue imposible pesquisar selectivamente la arteria renal de ese lado. El cateterismo selectivo izquierdo mostró doble arteria renal. La arteria prepiléica ramificando en la valva anterior, observándose la pérdida de vasos intersegmentarios y corticales en su sector inferoexterno. La arteria retropiléica irrigando la valva posterior indemne. Los tiempos nefrográficos mostraron ausencia de opacificación en zona inferoexterna del polo inferior del riñón izquierdo. No hubo extravasación perirrenal.

Conclusión diagnóstica:

Agnesia del riñón derecho y hematoma subcapsular de la región inferoexterna de la valva anterior del riñón izquierdo.

Ante el severo compromiso de un riñón único, traumatizado, y la implicancia responsable de decidir una cirugía en caso de persistir la hematuria y agravarse el cuadro clínico, optamos por instituir un tratamiento expectante conservador con hiperhidratación y antibioterapia parenteral.

Felizmente, la evolución fue satisfactoria.

El paciente guardó absoluto reposo durante 3 semanas. La hematuria cedió luego de 4 días para desaparecer recién a la semana del accidente. No se comprobaron secuelas tardías. Los controles clínicos y de laboratorio alejados, fueron normales; así como el urograma excretor realizado a 3 meses posteriores al traumatismo.

Bibliografía

1. Bosch, G.; Petrone, E.; Astariz, M. A.: "Angiografía renal selectiva". Revista Argentina de Cirugía, vol. 20:403, 1971.
2. Halpern, M.: "Angiography in renal trauma". Surg. Clin. N. Amer., 48:1221, 1968.
3. Olsson, O., y Lunderquist, A.: "Angiography in renal trauma". Acta Radiol., 1:1, 1963.
4. Thomas, Jean: "Contusion du rein". E. M. Q. Rein, Fasc. 18159 A, 10, 1969.
5. Petrone, E.; Astariz, M. A.; Bosch, G.: "Fístula arteriovenosa I. renal". Revista Argentina de Urología, vol. 40:223, 1971.
6. Whittier y col.: "Autotransplantation". Dialysis Transplant. Forum 209, 1979

* Médico Urólogo del Servicio de Urología del Hospital Pirovano de Buenos Aires.
Médico del Departamento de Urgencia del Hospital Pirovano de Buenos Aires.