

TRAUMATISMOS RENALES. NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Leonardelli, César A. - Dr. Rosendi, Carlos - Dr. García Freire, Miguel - Dr. Tiscornia, Angel

Motiva esta comunicación transmitir la experiencia recogida por los autores en su práctica personal y en el servicio en que se desempeñan.

Se han recopilado 32 casos de traumatismos renales estudiados de acuerdo con la siguiente metodología:

Salvo aquellos casos en que por su extrema gravedad, shock o hipovolemia aguda por hemorragia masiva requieran cirugía inmediata y que habitualmente es tratada en el servicio de urgencia, el paciente es sometido a exámenes que nos permitirán evaluar el grado y extensión de las lesiones. Iniciamos los estudios con: urograma excretor, centellograma y ecozonografía, que nos informarán sobre el estado funcional, extravasaciones, fractura de la glándula, desplazamientos de la misma, estado del riñón contralateral, etc.

Pero lo que realmente condiciona el grado de importancia de la lesión es el compromiso vascular, y para ella la angiografía renal es el método ideal de diagnóstico, de pronóstico y de orientación de la cirugía a programar.

Como ya lo mencionara uno de los autores en comunicaciones anteriores, consideramos tres períodos en que encuentra su indicación precisa la angiografía renal:

a) La primera, ante la urgencia, una vez controlado el shock y la hipovolemia, podremos apreciar las lesiones vasculares inmediatas, extravasaciones, fractura de la glándula y también se podrán evidenciar lesiones de órganos vecinos mediante el oportuno cateterismo de sus arterias correspondientes.

En este período es en que algunos autores preconizan la arteriografía aun antes que el urograma excretor. En nuestro servicio contamos con la posibilidad de efectuar estudios angiográficos ante la urgencia, lo que nos permite hacerla concomitantemente con el urograma.

b) Pasado el período agudo, a los pocos días puede persistir la hematuria, el urograma ser patológico o mostrar anulación funcional, o aun aparecer hipertensión arterial. Aquí es cuando encuentra su segunda indicación la an-

giografía que evidenciará áreas de infarto, trombosis arteriales o bien, en el concepto más actual, que por efracción de la íntima se formarían pequeños aneurismas disecantes entre éstas y la pared arterial, con la consiguiente obstrucción de su luz.

c) Por último, en un tercer período alejado, en que aparecen las secuelas del traumatismo, caracterizado fundamentalmente por la hipertensión vasculorrenal.

Podremos observar: amputaciones vasculares, obstrucciones parciales (principales responsables de la hipertensión) y la glándula deformada por áreas de infartos más o menos extensas en proceso de necrosis o de retracción fibrosa, y aun atrofia renal, hidronefrosis, etc.

Tratamiento

En cuanto a la conducta en las contusiones leves que no presentan alteraciones, ni a los exámenes de rutina ni al urograma, y ha cedido la hematuria o no estuvo presente, nuestra conducta es expectante.

Pero ante la menor evidencia de alteración en el urograma o persistencia de la hematuria, tanto macro como microscópica, se efectúa la angiografía que condicionará nuestra conducta quirúrgica que será fundamentalmente conservadora. Salvo que haya una lesión vascular o parenquimatosa irreversible que obligue a la exéresis de la glándula.

Conclusión

Como conclusión podemos decir que:

- 1) No hemos encontrado relación entre la intensidad de la hematuria o su ausencia, y el daño renal.
- 2) Todos nuestros pacientes intervenidos quirúrgicamente lo han sido con angiografía previa.
- 3) Ella nos ha sido de mucha utilidad, no sólo como diagnóstico, sino como orientadora de nuestra conducta conservadora.