

Hosp. Argerich, Serv. de Clínica Urológica  
del Prof. Rodolfo de Surra Canard.

## TRAUMATISMO RENAL A EVOLUCION COMPLICADA

Por los Dres. ALFONSO PUJOL y JUAN IRAZU

La conducta terapéutica de los traumatismos del riñón ha provocado muchas controversias acerca de las ventajas del tratamiento quirúrgico o del médico y expectante.

Nosotros creemos, ante todo, que es menester ajustar el criterio terapéutico de este cuadro agudo a normas elásticas y dúctiles que estén en concordancia con los matices sintomáticos y evolutivos de cada caso clínico y en prueba de este aserto presentamos la siguiente observación cuya evolución accidentada brindó la oportunidad de asistir al estallido de una serie de complicaciones poco comunes. Consideramos indispensable insertar aquí los datos más importantes de la historia clínica correspondiente:

Enfermo perteneciente al Servicio de Clínica Urológica del Hospital Argerich: Jefe Prof. Rodolfo de Surra Canard.

Historia clínica N<sup>o</sup> 170. O. E., 19 años, soltero, argentino, obrero.

*Enteñedad actual.* — El día 27 de febrero de 1948, a las 16 horas, mientras se encontraba en el lugar que solía trabajar, sufre un traumatismo directo sobre su flanco derecho, actuando como agente contundente el extremo de un tablón desprendido de un estiba de bolsas que contenían papas. A raíz del accidente experimenta una lipotimia y dolor intenso en el hemitórax y abdomen derecho, por lo cual ingresa a la guardia del Hospital Argerich.

*Estado actual.* — Examinamos el enfermo en las últimas horas del día del accidente, se encuentra bajo un shock intenso, 85 pulsaciones, tensión arterial 15 max. y 8 mm., permanece inmóvil en decúbito dorsal adoptando una posición antiálgica; su respiración es muy frecuente y superficial, arrancándole un continuo quejido. Gran defensa muscular del hemiabdomen derecho, dolor exquisito en flanco y fosa ilíaca del mismo lado. Hematuria total con aspecto de sangre casi pura. En esas condiciones es trasladado a la sala IX de Urología, donde se decide efectuar tratamiento expectante, previo estudio radiográfico.

*Evolución.* — 28/11/948: Igual estado general, en la tarde emite orina de color normal; tensión arterial 16 max. y 8 mm., menor dolor; 90 pulsaciones.

29/11/948: Mejoría franca del estado general y local; tensión 16 max. y 8 mm.: fiebre 38°2; 92 pulsaciones; aparecen vómitos.

19/11/948: Los vómitos son más frecuentes e intensos, vientre timpánico, no hay eliminación de gases por recto. Tensión arterial 16 max. y 8 mm.: 100 pulsaciones; 39 grados de fiebre. Frente a este cuadro estimamos conveniente la colaboración de un cirujano general, el Dr. Canessa, participa de nuestra opinión y en consecuencia decidimos intervenir al paciente para determinar la causa de la reacción peritoneal.

*Operación.* - - 19/11/948: Cirujano, Dr. A. Pujol; ayudante, Dr. Canessa. Anestesia: Éter.

Incisión de Albarrán amplia sobre una tumoración alargada y gruesa que se hace perfectamente palpable bajo la anestesia general, caímos en el espacio De Bogros que nos conduce fácilmente hacia una tumoración cilíndrica alargada y emplazada en el sitio que correspondería al uréter, de color rojo con los caracteres de un gran coágulo ubicado entre las vainas del uréter derecho. (De acuerdo con el diagnóstico previo a la intervención.) Abrimos las membranas celulo-fibrosas que aprisionan los coágulos con lo cual se obtiene un drenaje satisfactorio. Aprovechamos la cercanía del peritoneo para hacer una brecha exploratoria y se comprueba que la cavidad abdominal contiene abundante líquido negruzco de aspecto hemático. Cerramos la incisión peritoneal, músculos y aponeurosis dejando un drenaje blando en el lecho ocupado por el hematoma periureteral. A continuación se procede a efectuar una laparotomía exploratoria.

Cirujano Dr. Canessa, ayudante: Dr. Pujol.

Incisión mediana infraumbilical; al abrir la serosa sale otra vez abundante líquido hemático, se exploran los órganos del hemiabdomen derecho, hígado especialmente; solo se ve una zona cubierta por vasos que corresponde al hematoma retroperitoneal y que hacen presumir fué el sitio inicial de la hemorragia. Se decide cerrar la cavidad previa sulfamida, drenaje de goma de guante. Transfusión de 250 c.c. durante el acto operatorio. Penicilina.

2/III/948: Pulso 115, fiebre 39°, carpa de oxígeno y penicilina.

9/III/948: Signos de derrame pleural derecho, a la punción se extrae líquido hemático.

12/III/948: Extracción del drenaje abdominal y paraureteral.

17/III/948: Mejoría del estado general.

20/III/948: Se produce un recrudescimiento de su tos y fiebre; al examen pulmonar se comprueba hepatización de la base derecha y ruidos agregados. Congestión pulmonar derecha.

29/III/948: Estado general mejor, afebril.

3/IV/948: El enfermo presenta crisis dolorosas del abdomen según un horario de 3 a 4 horas después de las comidas que se interpretan como originadas por bridas intestinales.

22/IV/948: Alta con estado general satisfactorio.

#### CONSIDERACIONES

Nuestra observación no nos representó un problema diagnóstico; éste se impuso con facilidad, en cambio, la conducta terapéutica presentó ciertas dificultades.

Durante las primeras 24 horas determinamos la tensión arterial cada 4 horas sin comprobar en ningún momento una caída tensional, por otra parte la hematuria disminuía de intensidad a medida que transcurría más tiempo de manera que a las 48 horas el enfermo emitía orinas casi límpidas. El shock dejaba de ser serio atenuándose, sucediendo lo mismo con el dolor al 2° día, y finalmente no existía hematoma perirrenal, signo negativo de

mucha importancia. Estos fueron las principales razones por las cuales no intervinimos en los primeros momentos; podríamos decir que el cuadro renal se había silenciado y daba paso al síndrome de abdomen agudo, así fué cómo al tercer día nos vimos obligados a intervenir, no ya el riñón, sino la vaina ureteral lumbopélvica como causa indirecta del derrame peritoneal abundante. A su vez consideramos que, el derrame hemático pleural también fué causado por el traumatismo; mientras que la neumonía del mismo lado se debió a una complicación ajena al trauma.

La interpretación de las radiografías nos inducen a pensar que el traumatismo tuvo su centro de acción máxima a nivel del cáliz medio que no aparece en los urogramas tomados el día del accidente, la hemorragia inicial se originó a ese nivel y se encauzó según la dirección de la vaina ureteral que sabemos se continúa en ese sitio con la del riñón y de esa manera fué posible que se formara el hematoma gigante envuelto en las vainas del uréter, confirmando así la patología lo que la anatomía afirma, es decir, la existencia indudable de vainas ureterales celulosas y fibrosas que pueden alcanzar dimensiones sorprendentes en estados patológicos.

A los 2 meses hacemos un urograma de control y comprobamos que el riñón ha recuperado una mayor función, que sus cálices superior e inferior están algo dilatados y que el mediano empieza a rellenar una tenue imagen indicando que va en vías de recuperarse.

Nosotros mantenemos aún el criterio intervencionista en los traumatismos graves del riñón y comprendemos que en esta oportunidad dilatamos la intervención a causa de haber prestado excesiva atención a signos como: la tensión arterial óptima, la falta de hematoma perirrenal y la desaparición rápida de la hematuria, que representan una tríada sintomática clásica para inclinar hacia tratamiento conservador. Seguimos dando también gran valor a las alteraciones anatómicas del riñón, de sus vías excretorias y a su valor funcional denunciadas a través del estudio radiográfico que en nuestro caso no se encontraban muy alterados a pesar del carácter grave del trauma.