

LESIONES TRAUMÁTICAS RENALES: LA IMPORTANCIA DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD.

*Autores: Esteban, Daiana Luz;
Allegrotti, Victoria; Conde Blanco, Manuel;
Trentacoste Mossali, Juan Francisco; Sierre, Sergio;
Perotti, Juan Pablo*



Si bien hoy en día las conductas conservadoras son prioridad frente a las lesiones traumáticas renales, es necesario conocer ante que grado de lesión nos encontramos. Para ello, es primordial un estudio angiotomográfico precoz que permita ofrecer el correcto tratamiento.

Paciente masculino de **25 años**, que acude al servicio de emergencias 15 horas posterior a traumatismo cerrado en región lumbar izquierda durante un partido de fútbol.

Consulta por dolor abdominal y lumbar acompañado de dos episodios de hematuria.

Examen físico

- Puño percusión izquierda positiva.
- Dolor sordo y persistente



Estudios de laboratorio

- Glóbulos blancos: 11.000
- Hb: 14.5 gr/dl y Hto: 43.1 (con descenso posterior de 7 puntos).
- Orina: proteínas +++ hemoglobina +++ leucocitos abundantes y hematíes campo cubierto.

ECOGRAFÍA RENAL



Se realiza ecografía abdominal y renal en la cual se observa colección lineal hipoeecogénica de contenido hemático a nivel perirrenal izquierdo (flecha blanca)



Se decide realizar angiotomografía computada para evaluar severidad del compromiso renal.

ANGIOTOMOGRAFÍA DE ABDOMEN



En la fase sin contraste se observa extenso hematoma agudo perirrenal izquierdo espontáneamente denso (cabezas de flecha).

ANGIOTOMOGRAFÍA DE ABDOMEN

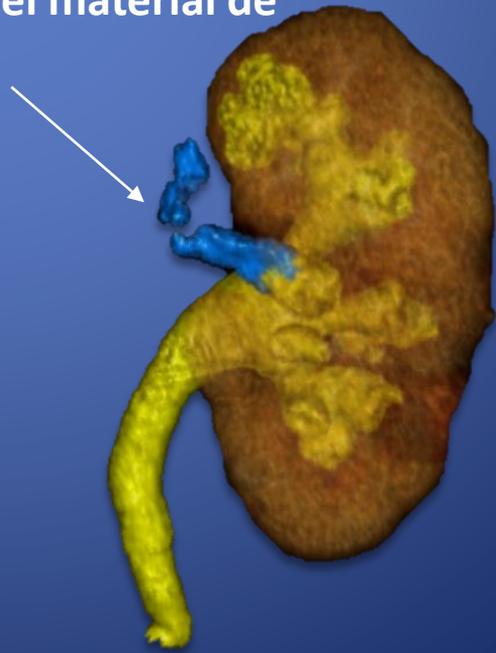


Reconstrucción coronal en fase arterial donde se observa extravasación del material de contraste a nivel del polo inferior del riñón izquierdo compatible con sangrado activo (flechas blancas). Además se observan áreas hipodensas en el parénquima compatible con laceraciones.

ANGIOTOMOGRAFÍA DE ABDOMEN



Además se observa fuga del material de contraste proveniente del grupo calicial superior hacia el espacio pararrenal anterior izquierdo (flechas) compatible con injuria de la vía uroexcretora a dicho nivel.

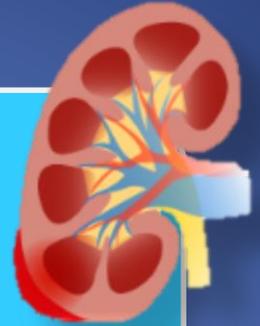


Los hallazgos se corresponden con lesión renal grado IV según la escala AAST.

GRADOS DE LESIÓN SEGÚN LA AAST (American Association for de surgery of trauma) basados en los hallazgos de angio TC.

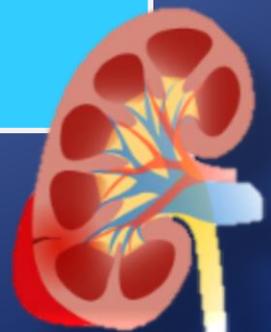
GRADO I

- Contusión renal
- Hematoma subcapsular
(sin laceración)



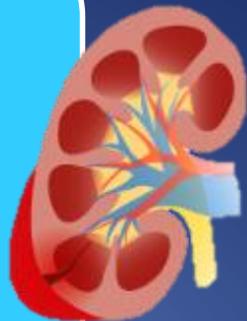
GRADO II

- Laceración ≤ 1 cm que no involucra el sistema colector
- Hematoma perirrenal confinado dentro de la fascia perirrenal.



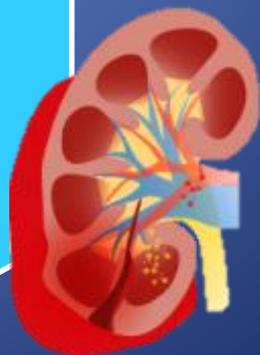
GRADO III

- Laceración > 1 cm que no involucra el sistema colector.
- Lesión vascular o sangrado activo confinado dentro de la fascia perirrenal.



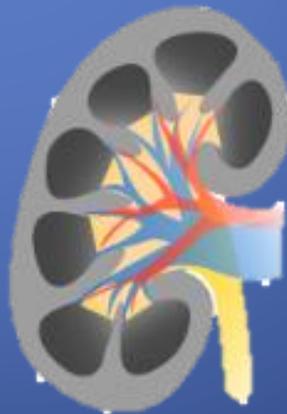
GRADO IV

- Laceración que involucra el sistema colector con extravasación urinaria.
- Laceración de la pelvis renal y / o disrupción ureteropélvica completa.
- Lesión vascular a la arteria o vena segmentaria renal.
- Infartos segmentarios sin sangrado activo asociado (es decir, debido a trombosis de los vasos).
- Sangrado activo que se extiende más allá de la fascia perirrenal.

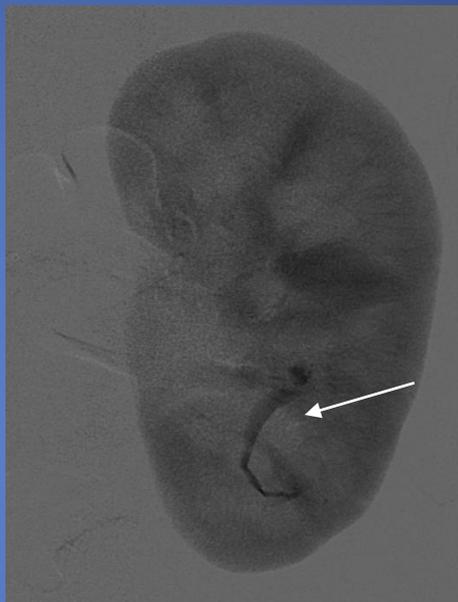
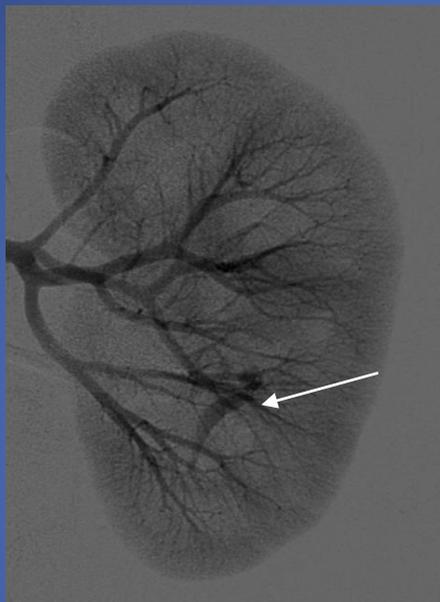


GRADO V

- Riñón en estallido.
- Avulsión del hilio renal o laceración de la arteria o vena renal principal.
- Riñón desvascularizado con sangrado activo

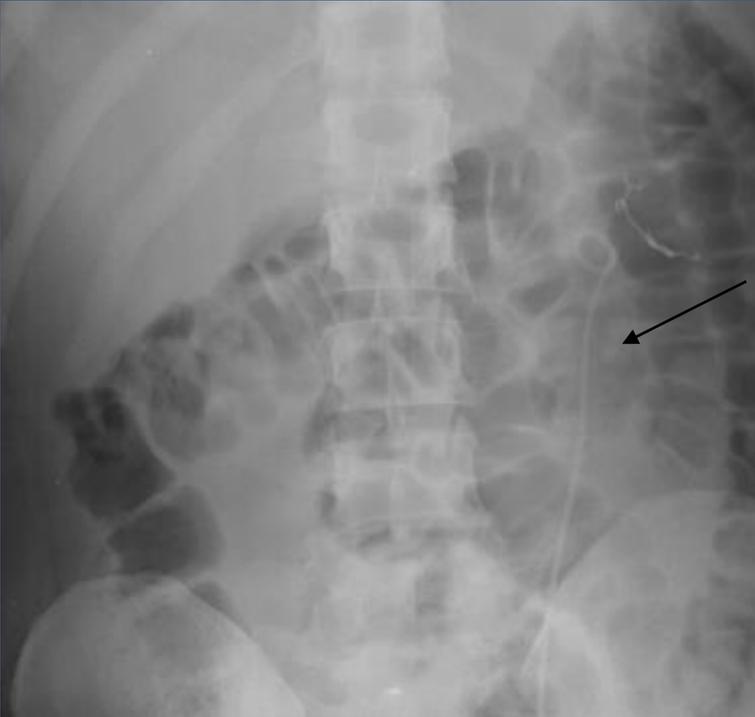


ARTERIOGRAFÍA Y EMBOLIZACIÓN RENAL IZQUIERDA



Angiografía con sustracción digital en la cual se realiza cateterismo selectivo de la arteria renal izquierda, evidenciándose extravasación del medio de contraste a partir de un ramo para el tercio inferior del riñón (flecha fina). Posteriormente se realiza embolización de dicha rama lesionada.

**Dado la injuria de la vía uroexcretora
se coloca un catéter doble J**



**Luego pasa a internación general donde
presentó infección urinaria complicada
con aislamiento de E. coli multisensible en
urocultivo por lo que egreso con
antibióticos.**



La mayoría de los traumatismos renales son lesiones grado I, la baja incidencia de lesiones renales de importancia se explica por la posición anatómica favorable de los riñones, que se encuentran en el retroperitoneo.



Con respecto al tratamiento, si el paciente se encuentra hemodinámicamente compensado es posible realizar conducta expectante.



En los casos que se constate sangrado activo arterial de ramas periféricas, el tratamiento de elección es la embolización.

La intervención quirúrgica es necesaria para los pacientes con:

- Sangrado persistente y masivo, no pasible de embolización.
- Hematoma perinéfrico en expansión.
- Avulsión del pedículo renal u otras lesiones significativas renovasculares.

CONCLUSIÓN

Si bien las lesiones renales de alto grado son infrecuentes, cuando ocurren es fundamental el rápido diagnóstico y tratamiento.



Las conductas conservadoras, son prioridad hoy en día, por lo que la **angiotomografía** juega un rol primordial para efectuar la terapéutica.