

Caso	(202) Trauma renal: más allá del protocolo habitual
Autores	Estefania Aguilar Angel, Albert Domingo Senan, Alberto Martínez Arnaiz, Cristina Casado Pérez, Sara Munck Sánchez, Beatriz Bermejo Guerrero
Centro	Hospital Universitario 12 De Octubre

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 25 años jugadora de fútbol, sin antecedentes, que acude a la urgencia por presentar dolor abdominal en flanco y FID de tres horas de evolución tras traumatismo abdominal contuso al arrojararse sobre un balón. A la valoración inicial presentaba dolor a la palpación en FID y discreta elevación de creatinina, no se obtuvo análisis de orina pero la paciente no refería hematuria. Se realizó ecografía abdominal objetivándose hidronefrosis grado IV derecha y adelgazamiento cortical con extenso líquido heterogéneo perirrenal. Se decidió ampliar estudio con TC abdominopélvico con CIV en fases arterial, portal y excretora, identificándose líquido de baja densidad en espacio peri y pararenal derechos y ausencia de sangrado activo en las fases vasculares. Al no objetivar fuga de contraste se decidió poner la paciente en decúbito prono y realizar otra fase excretora demostrándose fuga de contraste hacia el espacio retroperitoneal. La pared anterior de la pelvis era ondulada. Estos hallazgos son compatibles con rotura de la pared anterior de la pelvis renal derecha con urinoma asociado.

Se manejó de forma conservadora con catéter doble J y TC de control al mes del traumatismo, el cual mostró resolución del urinoma con persistencia de la hidronefrosis grado IV/IV.

DISCUSIÓN

El 10% de los traumas abdominales cerrados se presentan con lesiones del tracto urinario, siendo el compromiso renal el hallazgo más frecuente en estos casos. La manifestación clínica más frecuente (95% de los casos) es la hematuria, siendo ésta macroscópica en las lesiones más significativas. Cuando existe compromiso del pedículo vascular, avulsión de la unión ureteropélvica o desgarró ureteral, el grado de hematuria no se correlaciona con el grado de lesión como en el caso de la paciente, la cual no refería hematuria.

Las indicaciones de imagen en la sospecha de trauma renal cerrado son la presencia de hematuria macroscópica, hematuria microscópica en paciente inestable (PAS <90 mmHg) y trauma cerrado con otras lesiones que se asocien a compromiso renal (desaceleración, precipitaciones, hematoma de partes blandas en flancos, fracturas costales bajas), siendo la TC la prueba de elección. Se realiza un estudio sin contraste para evidenciar sangrado activo o hematomas intraparenquimatosos, arterial para una fase portal para evaluar parénquima y finalmente una fase excretora (que puede ser a los 5 minutos en el contexto de trauma) para descartar fuga de contraste si existe compromiso del pedículo renal o líquido perirrenal.

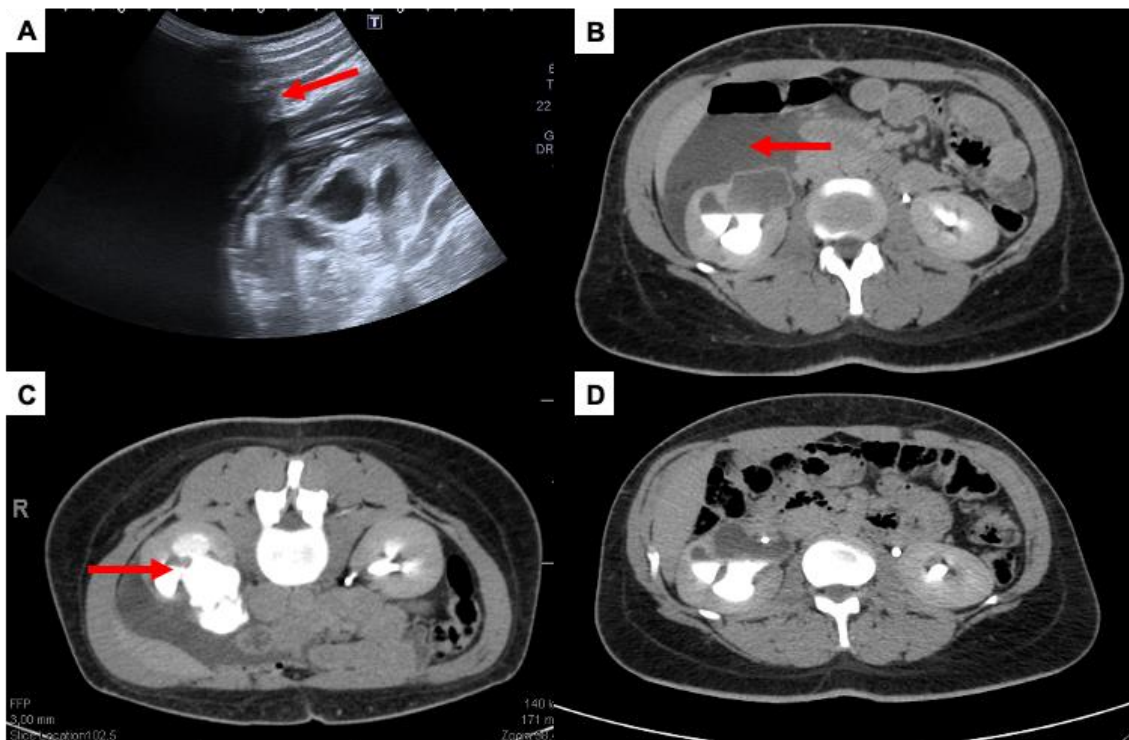
Para la clasificación del trauma renal se utiliza la escala de la AAST la cual ha sido validada para evaluar desenlaces clínicos y evaluar necesidad de cirugía.

La presencia de anomalías renales preexistentes se debe sospechar ante la desproporción entre el mecanismo del trauma y la gravedad de las lesiones, la más común es la ruptura de quistes renales e hidronefrosis secundaria a estenosis de la unión ureteropélvica o litiasis.

CONCLUSIÓN

Es importante tener un alto índice de sospecha de trauma renal, ya que los hallazgos clínicos pueden ser muy inespecíficos, especialmente tener en cuenta el mecanismo del trauma. En el momento de realizar el estudio, se debe hacer uso de los protocolos que sean de más utilidad para estos casos y no dudar en cambiar de posición al paciente (mientras su condición clínica lo permita) para poder llegar a un diagnóstico más preciso.

Cuando existen patologías renales previas, podrían surgir lesiones que no son proporcionales a la magnitud del trauma, por esto es importante posteriormente evaluar a los pacientes para descartar alguna condición asociada si ésta no era conocida. La magnitud de la lesión visualizada en nuestra paciente, es desproporcionada con el grado del traumatismo, lo que hace probable la presencia de alguna patología renal previa.



Trauma renal en mujer de 25 años. A) Ecografía abdominal con líquido perirrenal e hidronefrosis derecha grado IV/IV. B) TC abdominopélvica con CIV en fase excretora con urinoma perirrenal. C) TC abdominopélvica con CIV en decúbito prono en fase excretora, dónde se confirma la fuga de contraste al espacio retroperitoneal. D) Control tras un mes del trauma con resolución del urinoma.

BIBLIOGRAFÍA

Cano Alonso R, Borrueal Nacenta S, Diez Martinez P. Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma. *Radiographics*. 2009;7: 2033-2053. <https://doi.org/10.1148/rg.297095071>.

Kawashima A, Sandler CM, . Corl FM. Imaging of Renal Trauma: A Comprehensive Review. *Radiographics*.2001; 3: 557-574. <https://doi.org/10.1148/radiographics.21.3.g01ma11557>