

<b>Caso</b>	(023) Lesión de la unión ureteropélvica tipo B (rotura incompleta) reporte de un caso.
<b>Autores</b>	Juan Carlos González Matos, Juan Carlos González Matos, Yoselin Dos Santos, Lorenzo Pérez, Pedro Rodríguez, Joaquín Barjau, Gema Sánchez Del Peral.
<b>Centro</b>	Hospital General De Segovia.

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 75 años de edad, que ingresa procedente del Servicio de Urgencias por traumatismo lumbar izquierdo tras resbalar con el hielo en la calzada con traumatismo craneo encefálico y en miembro superior izquierdo, contusión lumbar izquierda. Comenta pérdida de conciencia de segundos de duración con recuperación completa posterior, acude a su domicilio donde presenta dolor abdominal intenso y lumbar que cede parcialmente con paracetamol y que primera micción tras traumatismo, refiere que presenta hematuria sin coágulos, monosintomática.

Se solicita TC de Abdomen, el cual se realizó sin CIV, luego una fase nefrográfica y una excretora a los 15 min, donde se puede identificar claramente la salida de contraste a nivel del sistema excretor izquierdo en la unión del tercio superior y el medio, hallazgos compatible con solución de continuidad de la misma. Se demuestra paso de medio de contraste en todo su trayecto en uréter distal ipsilateral.

## DISCUSIÓN

Diagnostico

1) Lesión de la unión uretero-pélvica tipo B laceración (rotura incompleta).

Las roturas del tracto urinario pueden variar desde leves a graves, requiriendo éstas últimas con frecuencia un manejo quirúrgico urgente.

Las lesiones de Grado I y II pueden considerarse como menores. Cuando el traumatismo abdominal únicamente daña el riñón, el 98% de las lesiones son menores. Las lesiones de Grado III, IV y V, son consideradas como mayores.

Las lesiones renales menores (grados 1 y 2) se resuelven completamente sin dejar secuelas renales. Las lesiones de grado mayor pueden dejar cicatrices en el parénquima renal. La mayoría de lesiones grado 3 y todas las lesiones grado 4 y 5 van a dar lugar a cicatriz residual permanente.

La principales causas de este tipo de lesiones son la roturas por causas obstructivas (tanto litiasis como tumorales), los traumatismos abdominales, tanto cerrados (siendo las más frecuentes por accidentes de tráfico) como los abiertos (por ejemplo por arma blanca); así como las causas iatrogénicas.

Anatomía ureteral:

Su longitud suele oscilar entre los 25-30 cm. y se divide en tres segmentos.

U. lumbar (1/3 superior)

U. iliaco (1/3 medio)

U. pelviano (1/3 inferior)

El uréter se lesiona con facilidad por su relación con estructuras pélvicas, su largo trayecto por retroperitoneo y por su poco aporte sanguíneo.

Estudios de imágenes:

Los estudios de imagen son de importancia capital para el diagnóstico y tipificación de los traumatismos ureterales.

- Rx simple: poca utilidad.

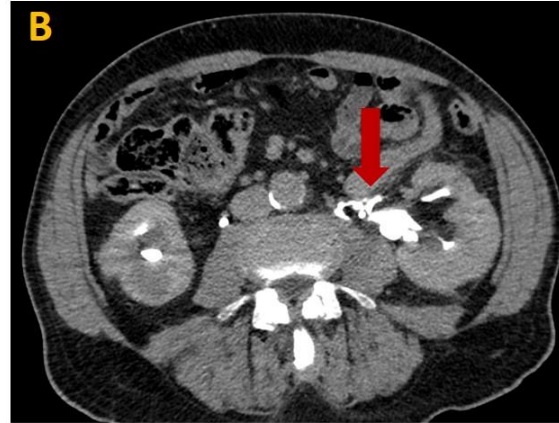
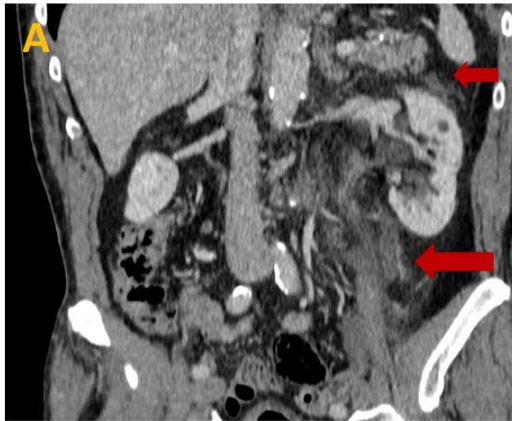
- Uro-TC: método de elección para el traumatismo renal y valorar lesiones asociadas. Aporta información anatómica y funcional renal, valorando el tipo de daño y grado de lesión parenquimatosa, vascular, del sistema excretor y otras lesiones abdominales asociadas.

- Ecografía: detecta presencia de líquido en retroperitoneo.

- Urografía intravenosa/Pielografía retrograda: en desuso.

## **CONCLUSIÓN**

Es de gran importancia conocer las causas más frecuentes de rotura del tracto urinario para en función de ellas, poder plantear un diagnóstico de sospecha para y realizar la prueba de imagen con el protocolo más adecuado y así poder identificar los hallazgos que influyan en la decisión del manejo más adecuado.



*Figura A. TC Corte coronal con CIV adyacente a la cortical del riñón izquierdo se observa señalado por flechas rojas trabeculación y aumento de densidad de la grasa perirrenal. Figura B. TC Corte axial con CIV fase excretora señalado por flecha roja se identifica extravasación del medio de contraste que se visualiza medial a la pelvis y rodeando el segmento proximal del uréter. Figura C. TC Corte coronal con CIV se identifica en la flecha superior extravasación de contrastes a cavidad pélvica y en flecha inferior se demuestra paso de contraste a uréteres de forma bilateral y simétrico hasta la vejiga.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Kevin P, Daly, KJ, Ho CP. Traumatic Retroperitoneal Injuries: Review of Multidetector CT Findings. *RadioGraphics* 2008; 28:1571-90

N. Djakovic, L. Martínez-Piñeiro, Y. Mor. Traumatismo urológicos *Eur Urol* 2005;47(1):1-15

Cano Alonso, R., Borrueal Nacenta, S, Diez Martinez. Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma *RadioGraphics* 2009; 29:2033-53