

<b>Caso</b>	(801) Traumatismo renal. El papel fundamental de la prueba de imagen.
<b>Autores</b>	Celia Marín Pérez, Ignacio Baltasar Giménez De Haro, María Jesús Fernández Ferrando, Begoña Márquez Argente Del Castillo, Santiago Ibáñez Caturla, Lourdes Torrijos Rodríguez-rabadán
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Santa Lucía Cartagena

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años herida por arma blanca en región lumbar izquierda mientras estaba en la vía pública. A su llegada a urgencias se encuentra estable hemodinámicamente, con TA 178/105 mmHg, presentado herida de entrada de unos 4-5cm en fosa renal izquierda. La hemorragia es controlada mediante vendaje compresivo, sin datos de sangrado activo posteriormente.

Se decide realizar TC tóraco-abdomino-pélvico con contraste iv en fases simple, arterial, venosa y excretora. En el abdomen llama la atención una laceración de 3 cm de longitud y 6 mm de grosor en la cortical posterior de la región interpolar del riñón izquierdo (A), con afectación de todo el parénquima renal (corteza y médula) hasta alcanzar el seno renal. La arteria y vena renales se encuentran permeables, y el sistema excretor no muestra dilatación ni extravasación de contraste durante la fase excretora.

Se observa también un extenso hematoma agudo retroperitoneal (B) en el espacio perirrenal posterior y en la musculatura paravertebral profunda lumbar, visualizando imágenes tubulares alargadas de extravasación del contraste (en la fase arterial, venosa y excretora) dentro del espesor del hematoma, compatible con sangrado activo (C); Se observan también signos de sangrado activo en el seno de la laceración renal descrita (D).

## DISCUSIÓN

Los hallazgos descritos en nuestro paciente son compatibles con una laceración renal izquierda grado III, con signos de sangrado activo, extenso hematoma retroperitoneal y en la musculatura paravertebral izquierda.

La paciente recibe dos transfusiones de concentrados de hematíes, permaneciendo estable hemodinámicamente, por lo que se decide tratamiento conservador con actitud expectante e ingreso a cargo de medicina intensiva.

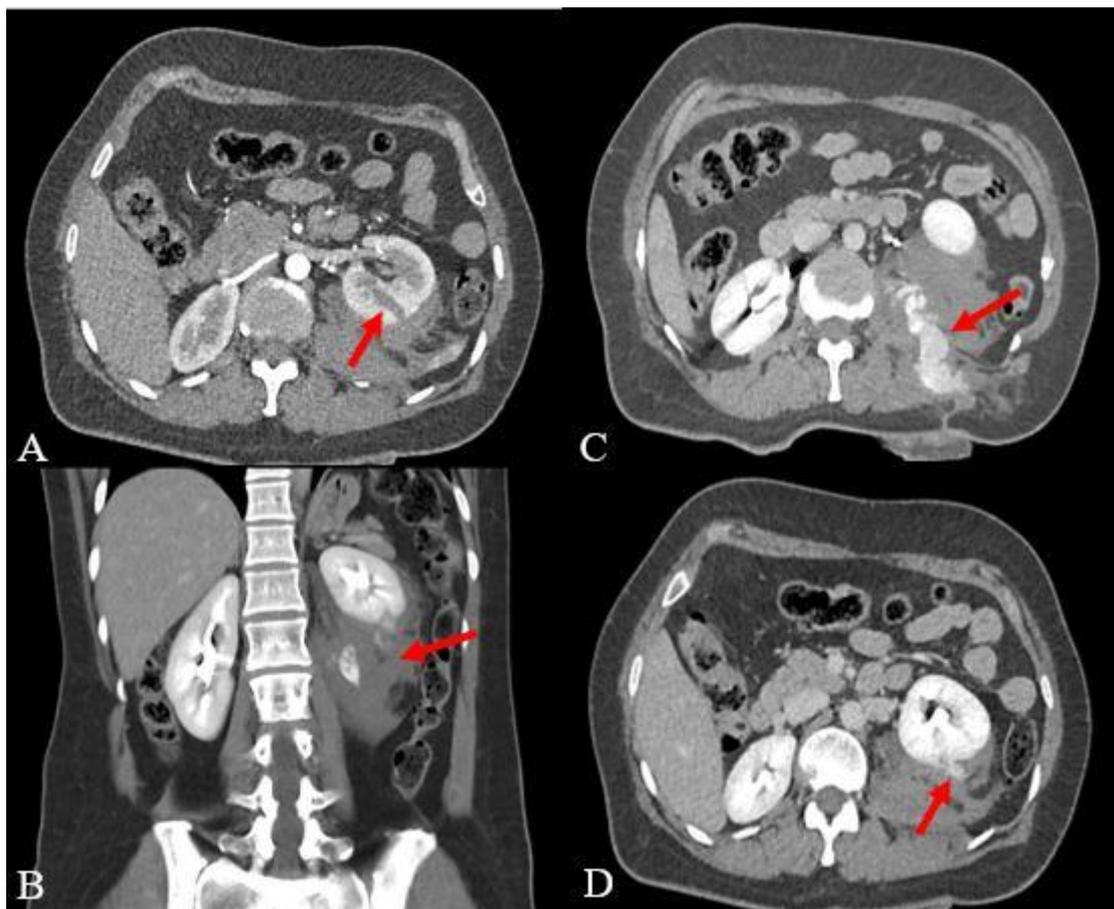
El principal papel de las técnicas de imagen en el traumatismo renal es determinar con precisión la gravedad y extensión de la lesión renal, que puede producirse a nivel parenquimatoso, extraparenquimatoso, así como lesiones vasculares o lesiones de la vía urinaria. Para ello es imprescindible la realización de un TC abdomino-pélvico que contraste iv que incluya las fases arterial, venosa y excretora.

La clasificación de la AAST (American Association for de Surgery of Trauma) tiene en cuenta estos niveles de afectación y establece 5 grados de lesión, siendo el grado I la contusión renal, grado II la laceración renal menor de 1 cm y grado III la laceración mayor de 1 cm, grado IV la afectación vascular o del sistema excretor y grado V el estallido renal. Debemos tener en cuenta que la clasificación de la AAST no contempla específicamente la presencia de sangrado activo, que determinará una actitud terapéutica en función de la estabilidad hemodinámica del paciente.

Los grados I, II y III únicamente precisan de seguimiento clínico y analítico, sin requerir seguimiento mediante pruebas de imagen siempre que no se registre un cambio clínico o analítico de significación. En el caso de existencia de sangrado, como en nuestra paciente, se puede tomar conducta expectante en pacientes hemodinámicamente estables o embolización arterial selectiva en pacientes inestables.

## CONCLUSIÓN

El traumatismo renal supone en muchos casos una afectación potencialmente grave, siendo fundamental las pruebas de imagen para el manejo clínica y la toma de decisiones terapéuticas.



*TC abdomino-pélvico con contraste iv. En la imagen A se observa laceración renal izquierda con afectación de corteza y médula renal. En B se presenta un corte coronal en fase excretora con extenso hematoma retroperitoneal en la musculatura paravertebral profunda. En C se observan datos de sangrado activo en el espesor del hematoma retroperitoneal. En D se visualizan datos de sangrado activo a nivel de la laceración renal.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Bonatti M, Lombardo F, Vezzali N, Zamboni G, Ferro F, Pernter P, Pycha A, Bonatti G. MDCT of blunt

renal trauma: imaging findings and therapeutic implications. *Insights Imaging*. 2015 Apr;6(2):261-72.