

TRAUMATISMO RENAL

DR. ALFONSO DE SILVA GUTIERREZ

De todas las lesiones genitourinarias, las del riñón por traumatismos son las más frecuentes. Para la evolución y el manejo dependerá de la causa de la lesión, si es un traumatismo cerrado o penetrante.



CAUSAS DE TRAUMA RENAL CERRADO

1. Accidentes por vehículos motorizados
2. Caída de grandes alturas
3. Golpes o contusión directa
4. Desaceleración rápida

CAUSAS DE TRAUMA RENAL PENETRANTE

1. Disparos por arma de fuego
2. Heridas por arma blanda



SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas y signos que presentan los pacientes con traumatismos renales pueden ir desde la presencia de un dolor sordo localizado en la región lumbar afectada a casos en los que la magnitud o severidad de la lesión se manifiesta con datos de hipovolemia o choque como lo es la hipotensión, diaforesis, taquicardia, disnea y piel marmórea. Las lesiones renales pueden presentar hematuria ante disrupción de las cavidades renales.

- HEMATURIA
- Es uno de los indicadores de lesión genitourinaria traumática.
- Microscópica (más de 5 glóbulos rojos por campo de alta resolución).
- Macroscópica
- El grado de hematuria y la gravedad de la lesión no siempre se correlacionan



ESTUDIOS DE LABORATORIO:

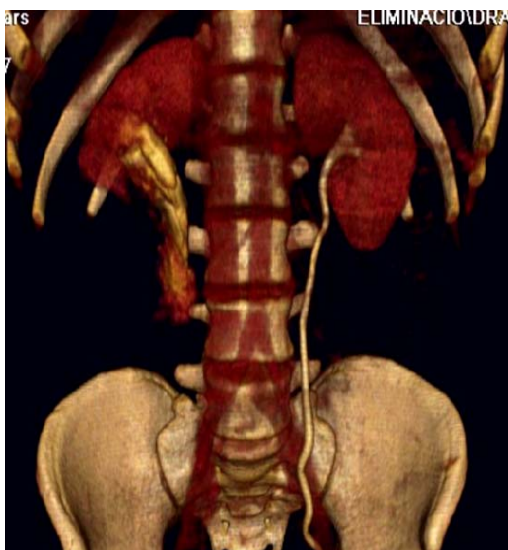
Debemos realizar:

- Biometría Hemática
- Q. Sanguínea
- TP y TPT
- Grupo y RH
- Examen General de Orina



ESTUDIOS DE IMAGEN:

- A todos los pacientes con trauma cerrado que presentan hematuria macroscópica, así como los que presentan hematuria microscópica y shock: presión arterial sistólica de menos de 90 mmHg se deben de tomar estudios por imagen Uro-TC (TC con contraste IV).
- En todas las lesiones penetrantes realizar estudios de Uro-TC .



Siendo la Tomografía Computada el estudio de elección también podemos valernos de los siguientes estudios de gabinete:

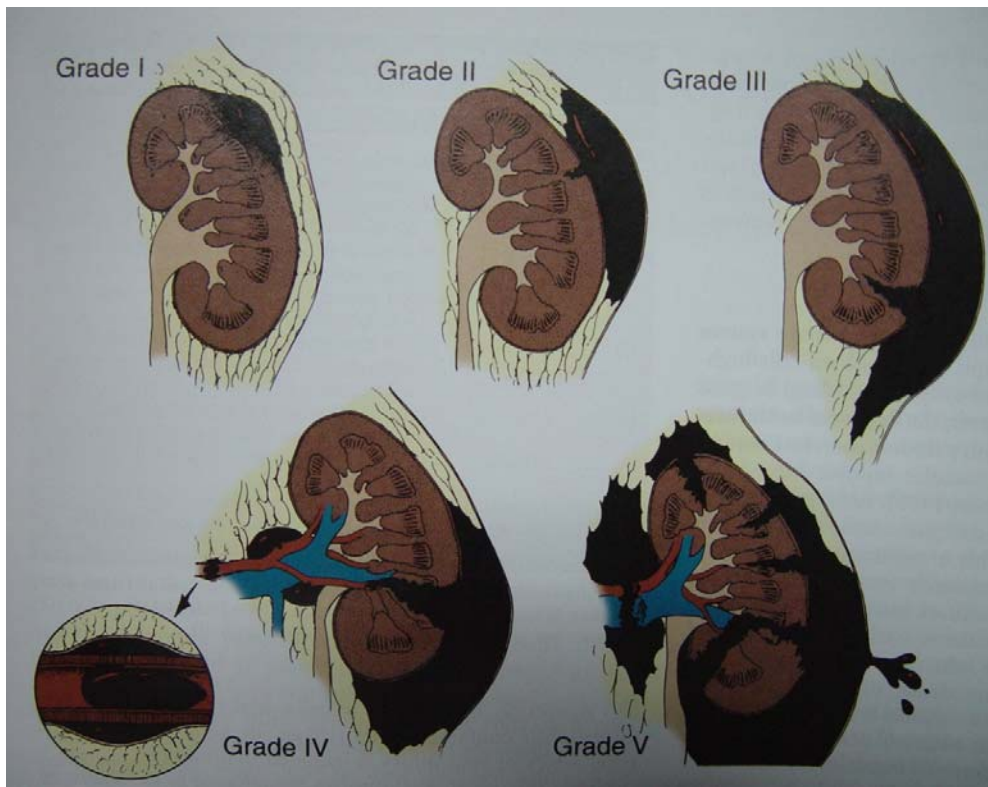
- Ecografía nos sirve en la evaluación inmediata de las lesiones, confirmar la presencia de ambos riñones e identificar hematoma retroperitoneal.
- Urografía excretora de un solo disparo intraoperatorio.
- Arteriografía para definir las lesiones arteriales sospechosas por TC o localizar un sangrado arterial que puede controlarse con embolización.



Arteriografía Renal, mostrando amputación vascular.

CLASIFICACIÓN:

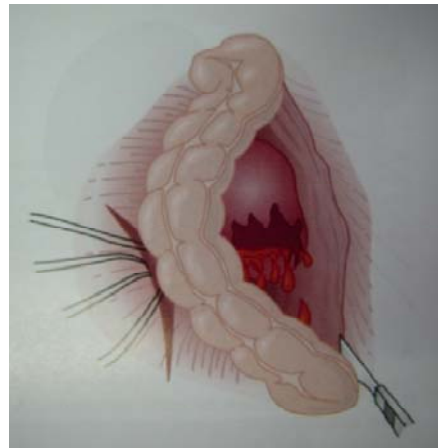
- **Grado I.** Hematoma sub-capsular no expandido sin laceración parenquimatosa.
- **Grado II.** Hematoma peri renal no expandido confinado. Laceración de menos de 1 cm de profundidad del parénquima renal sin extravasación urinaria.
- **Grado III.** Laceración de un 1 cm de profundidad parenquimatosa en la corteza renal, sin ruptura del sistema colector o extravasación urinaria.
- **Grado IV.** Laceración del parénquima renal, que se extiende a través de la corteza, medula y sistemas colectores y/o lesión del tronco de la vena o arteria renal con hemorragia localizada
- **Grado V.** Riñón completamente destrozado, avulsión del hilio renal, con desvascularización del riñón.



TRATAMIENTO:

El 98 % de las lesiones renales corresponden a Grados I a III por lo que se pueden manejar de manera no quirúrgica con:

- Reposo absoluto.
- Medición de la TA cada hora las primeras 12 hrs y cada 4 hrs las 24 hrs posteriores.
- Toma de BH Y Hematocrito cada 4 hrs las primeras 12 hrs y cada 8 hrs las 24 hrs posteriores.
- Cuando la hematuria remite se indica de ambulación y si reaparece se indica reposo de nuevo.
- Reposición de Hb y Hto por medio de transfusión en caso que lo amerite



INDICACIONES QUIRURGICAS

Siempre que sea posible se intentará realizar una reparación renal y en los casos de avulsiones o lesiones vasculares muy severas la nefrectomía será necesaria

- ABSOLUTAS

1. Evidencia de sangrado renal persistente
2. Expansión del hematoma peri renal
3. Hematoma peri-renal pulsátil
4. Lesión severa de la vía urinaria con importante extravasación
5. Traumatismo penetrante

- RELATIVAS

1. Extravasación urinaria leve
2. Hematoma intracapsular no evolutivo
3. Lesión de la arteria segmentaria
4. Estadificación incompleta.

FLUJOGRAMA DEL MANEJO DEL TRAUMATISMO RENAL:

