

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Introducción

La frecuencia del traumatismo renal es baja, lo que se explica por su ubicación anatómica y la protección que le dan al riñón la musculatura lumbar, columna y costillas. Esta ubicación hace también que la signología sea escasa y vaga. Sólo la hematuria es manifestación inmediata de una lesión renal. Sin embargo, ésta rara vez es grave, lo que hace que se otorgue poca importancia a la urgencia de un estudio diagnóstico adecuado. La historia de las casuísticas chilenas nos revela que hemos sido contemplativos y lentos en el diagnóstico y extraordinariamente agresivos en la cirugía.

Las series más importantes son de 1946 y 1974, ambas con cifras cercanas al 50% de nefrectomías, pero con escaso número de estudios radiológicos adecuados previos a la decisión quirúrgica.

Otro hecho criticable es la mal llamada actitud conservadora frente al trauma renal. El hecho de ser un órgano par no autoriza a mirar con liviandad la pérdida de un riñón. La probabilidad de otro tipo de enfermedades renales hace inaceptable perder un riñón a los 20 ó 30 años de edad por falta de una actitud adecuada. Las escuelas conservadoras o agresivas de la literatura parten de una base similar: un completo estudio diagnóstico, que incluye urografía y angiografía. Se es falsamente "conservador" si se ignora la lesión o se dilatan los exámenes que permiten precisar su diagnóstico anatómico. Si bien algunos pueden parecer invasivos al diagnosticarse lesiones menores, con ello se apresura el reintegro del paciente a su actividad normal. También se es "invasivo" al indicar reposos prolongados por lesiones mínimas que no lo requieren.

* *Departamento de Enfermedades Nefrourológicas. Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile.*

Mecanismos de la lesión renal

El mayor porcentaje corresponde a traumatismos cerrados. Por su ubicación, el riñón se daña con determinadas formas de agresión. La caída sentado es un mecanismo frecuente y que no daña otros órganos. El desplazamiento vertical provoca graves lesiones sobre el parénquima y también sobre el pedículo con desgarrro o con elongación de la arteria y posterior trombosis. La contusión lumbar en el deporte es frecuente y cuando alcanza al individuo con su musculatura relajada, como ocurre en el giro, puede contundir al riñón entre el codo o rodilla y la columna y últimas costillas. Esto también se ve en los accidentes automovilísticos, en que el árbol de dirección penetra hasta la fosa lumbar al sorprender al individuo con su musculatura relajada.

Las heridas penetrantes renales son menos frecuentes, salvo en períodos de conflagración. El riñón puede lesionarse al igual que cualquier otro órgano. Su ubicación hace que no siempre se diagnostique bien la lesión, la que se hace evidente a veces meses después.

Manifestaciones clínicas

La hematuria es el principal síntoma y signo. Ella se presenta en lesiones de distinta ubicación en el aparato génito-urinario. Sin embargo, las lesiones renales se caracterizan por dar hematuria sin síntomas vesicales o peritoneales, como cuando se lesiona la vejiga, o sin globo vesical, como cuando existe lesión uretral. En ocasiones, la hematuria importante con coágulos, alarma al paciente y al médico. Más importante que la magnitud inicial es su persistencia por 24 ó 48 horas. El hecho que se mantenga después de las 48 horas nos indica una lesión grave.

La otra gran manifestación es el hematoma retro-peritoneal. Este no siempre es pesquisable al examen físico, pero está casi siempre presente. Su magnitud en ocasiones es alarmante.

La mayoría de las veces se auto-controla y el paciente se estabiliza hemodinámicamente. Hay casos en que se produce baja de 10 a 20 puntos en el hematocrito. El hecho que la presión en el hematoma controle el sangramiento explica el por qué se insiste en que no se abra este hematoma sin tener claridad sobre las lesiones existentes y la conducta a seguir. Salvo la excepción que confirma la regla, el hematoma se autocontrola. Sólo excepcionalmente es posible ver síntomas de hemoperitoneo, habitualmente secundarios a efracciones en el retroperitoneo con pasaje de sangre hacia la cavidad peritoneal.

Con frecuencia el hematoma retroperitoneal es un hallazgo intraoperatorio. Se requieren capacidad y experiencia para decidir no intervenir, permitiendo un estudio adecuado en el post-operatorio inmediato.

Estudio diagnóstico

Lo habitual en nuestros servicios de urgencia es que se actúe en forma contemplativa. La carencia de medios diagnósticos radiológicos inmediatos hace que el estudio tarde varios días. Nuestro énfasis ha sido puesto en este punto. En nuestra serie (1, 2) el 80% de los pacientes tuvo estudio angiográfico a las 72 horas de la lesión. El 100% fue estudiado con urografía y/o arteriografía; creemos que la clave de nuestros resultados está en este punto.

Es frecuente que en la exploración abdominal por lesiones de otros órganos aparezca como hallazgo un hematoma retroperitoneal. La conducta habitual ha sido explorar y el resultado en diversas series nacionales es un 100% de nefrectomías. Esto es lógico, porque al abrir el retroperitoneo se reactiva un sangramiento grave en un paciente con un equilibrio inestable. Al agravarse, el cirujano se ve en la necesidad de controlar la situación con la exéresis del parénquima.

Esto puede evitarse si se tiene claro que la radiología informa más que la visión directa.

Es preferible no tocar el hematoma y aguardar el estudio radiológico. Los resultados muestran clara disminución en el número de nefrectomías si se sigue esta política.

Respecto a la elección del examen diagnóstico, es evidente que la **urografía de eliminación con dosis altas de medios de contraste y cortes tomográficos** es la que está más accesible. Sin embargo, entre un 15 y 20% de ellas muestran falsos negativos. La urografía "corriente" carece de valor en el traumatismo renal. En ocasiones puede informar una exclusión renal y lo que ocurre es que existe un taponamiento renal por coágulos.

Creemos que la menor alteración en la urografía justifica la inmediata **arteriografía**. Esta precisa diagnósticos que es imposible pedir a la urografía, pues ella requiere de la capacidad del parénquima de captar, concentrar y eliminar el medio de contraste. El traumatismo daña el parénquima y suprime su capacidad funcional. Además, los daños vasculares, hematomas sub-capsulares e intrarrenales no pueden ser diagnosticados sin angiografía. Este medio diagnóstico puede delimitar la lesión y demostrar el grado de viabilidad del parénquima. La decisión quirúrgica se hace fácil. El drenaje de un hematoma sub-capsular total, la nefrectomía parcial, la total o la reparación de la vía urinaria son fáciles de indicar cuando se tiene una imagen diagnóstica. El empleo de la **ecotomografía** puede ser útil como aproximación diagnóstica. Sin embargo, este medio es útil para precisar lesiones cuando existen diferencias de densidad sólido-quístico. El tipo de lesiones en el traumatismo renal hace que la utilidad diagnóstica sea limitada. Algo similar ocurre con la **tomografía computarizada**. Ella puede delinear fracturas en el parénquima, pero es imposible que diagnostique lesiones de pedículo, extravasaciones de medio de contraste o zonas lesionadas que irán a la necrosis, a diferencia de otras zonas recuperables. Su costo y baja accesibilidad restringen además su empleo.

Tratamiento

En nuestra serie (1, 2) el 83% requirió tratamiento médico consistente en reposo y control, el 17% fue a la cirugía y de ellos sólo el 6% requirió una nefrectomía. Se incluyen aquellos casos en que existió un traumatismo en un riñón patológico no funcionando (hidronefrosis por estenosis ureteropielica congénita no sintomática).

Frente al gran traumatismo existe una polémica en la literatura extranjera. La escuela "agresiva" ha demostrado que con el control de la arteria renal, previo a abrir el retroperitoneo, el porcentaje de nefrectomías es similar al de aquellos partidarios de una actitud más conservadora. La ventaja estaría en la mayor rapidez con que se reintegra a la vida normal el paciente. Nuestra posición ha sido tener una actitud conservadora. Esto está dado por nuestra idiosincrasia y por no disponer siempre de las facilidades quirúrgicas inmediatas. Los resultados han sido buenos y no vemos razones para cambiar de actitud. Más aún, hemos visto la auto-eliminación de zonas de parénquima lesionado sin alterar el resto del riñón. La actitud agresiva habría sido realizar la nefrectomía parcial.

La actitud frente al traumatismo por herida penetrante es distinta. En nuestra serie operamos todos estos casos. La razón principal está en la existencia de una comunicación entre la vía urinaria y el retroperitoneo, la que requiere

drenaje. En las heridas penetrantes es donde se ven las lesiones más graves y difíciles de manejar. La metódica diagnóstica es la misma. La vía de abordaje elegida por el urólogo es la lumbar, que permite un mejor manejo. La vía trans-abdominal es útil en el politraumatizado.

Resumen

1. El 90% de los traumatismos renales son cerrados. Esto se modifica en períodos de conflagración. La caída en posición sentada, los accidentes de tránsito y deportivos con contusión lumbar con musculatura relajada, son los mecanismos más frecuentes.
2. Todo paciente debe ser sometido a estudio radiológico precoz. La urografía con dosis altas de medio de contraste y la arteriografía son los exámenes de primera línea.
3. El hallazgo intraoperatorio de lesiones renales no justifica intervenir. Es preferible abstenerse y realizar un estudio adecuado en el post-operatorio inmediato.
4. Una actitud conservadora está indicada cuando se cuenta con adecuados elementos diagnósticos. No se acepta más allá de un 80% de nefrectomías en casuísticas grandes de traumatismos renales y no más allá del 20% de los pacientes requiere algún tipo de cirugía.

REFERENCIAS

1. Martínez C. y col: Traumatismo renal, enfoque diagnóstico y terapéutico. Rev. Chilena de Cirugía XXXII: 118, 1980.
2. Martínez C. y col: Actitud agresiva en el diagnóstico del traumatismo renal. Rev. Panamericana de Urología 5: 63, 1977.
3. Holpern M.: Angiography in renal trauma. Surgical Clin. of N.A. 48: 1221, 1968.
4. Larach G. y col: Traumatismo renal. Rev. Panamericana de Urología 3: 147, 1975.

