

Rotura traumática de riñón en herradura

Pascual Samaniego M, Bravo Fernández I, Ruiz Serrano M, Ramos Martín JA, Lázaro Méndez J, García González A.

Servicio de Urología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Actas Urol Esp 2006; 30 (4): 424-428

RESUMEN

ROTURA TRAUMÁTICA DE RIÑÓN EN HERRADURA

Entre un tercio y la mitad de los riñones en herradura son asintomáticos y se diagnostican incidentalmente. Esta anomalía congénita de fusión se ha mostrado como condición predisponente a la lesión renal ante un traumatismo abdominal, aunque con frecuencia el grado de afectación renal no precise cirugía. Más excepcional es el hallazgo de fractura de riñón en herradura, requiriéndose un estudio diagnóstico completo para un manejo adecuado a sus características cuando la cirugía está indicada.

Se aporta el caso de un varón de 15 años con riñón en herradura no previamente conocido, que presentó una fractura de localización atípica polar superior y mesorrenal derecha, tras un traumatismo abdominal de baja intensidad. El correcto diagnóstico prequirúrgico permitió una cirugía diferida con preservación del polo renal inferior derecho y del istmo del riñón en herradura.

Las características del trauma, la desproporción de la repercusión clínica y la búsqueda de posibles anomalías congénitas asociadas y de signos radiológicos compatibles, pueden orientar esta rara posibilidad diagnóstica, confirmándose el TAC con contraste como la mejor prueba de imagen.

Palabras clave: Traumatismo, riñón en herradura, cirugía conservadora.

ABSTRACT

TRAUMATIC FRACTURE OF A HORSESHOE KIDNEY

One-third to one-half of all patients with horseshoe kidney are asymptomatic and the condition is found incidentally. This congenital renal anomaly has shown as a predisponent condition for renal injury in blunt abdominal trauma, but often the degree of injury has a nonoperative therapy. Horseshoe kidney rupture is an exceptional pathology that require a complete diagnostic study to make an adequate management when surgical therapy is indicated.

We present a fifteen year-old-male with previously unsuspected horseshoe kidney that suffered an atypical right upper-pole and mesorrenal kidney fracture after low velocity impact blunt abdominal trauma. A correct presurgical diagnose let a deferred surgical approach with righth lower pole and horseshoe renal isthmus preservation. The trauma conditions, an excessive clinic manifestation, a clinical investigation about known congenital simultaneous anomallies and typical radiological signs, can suggest this infrequent pathology. Computed tomography provide the best radiological information.

Key words: trauma, horseshoe kidney, conservative surgery.

El riñón en herradura es la anomalía congénita de fusión más frecuente con una incidencia de 1/400 a 1/800 recién nacidos vivos, afectando 2 veces más a varones¹. Sus características le confieren la predisposición a su lesión ante un traumatismo abdominal incluso de baja intensidad².

El diagnóstico incidental de un riñón en herradura como consecuencia de su rotura tras

un traumatismo abdominal cerrado es excepcional³, puede ser dificultoso y resulta básico para un adecuado tratamiento quirúrgico lo más conservador posible cuando éste es necesario, dadas sus particulares características anatómicas, de localización y la variabilidad de su vascularización^{1,4}. La lesión más frecuente ocurre a nivel del istmo renal⁵.

A continuación revisamos los signos clínicos y radiológicos que es necesario investigar por su asociación al riesgo de presentar una lesión sobre esta anomalía renal congénita no previamente conocida, en el contexto de un traumatismo abdominal cerrado, aportando un nuevo caso de rotura de riñón en herradura de localización atípica polar superior y mesorrenal derecha.

CASO CLÍNICO

Varón de 15 años de edad, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, que ingresa de urgencia tras recibir un golpe fortuito de moderada intensidad en flanco derecho practicando balonmano. Refiere dolor continuo en hemiabdomen derecho no irradiado, un vómito alimenticio, e inicio de hematuria macroscópica en la hora posterior.

A la exploración se encuentra consciente, afebril, con moderada palidez cutáneo-mucosa, dolor, matidez y palpación de masa en hipocondrio y vacío derechos con defensa abdominal voluntaria y ruidos hidroaéreos conservados. Evaluación neurológica normal. Presión arterial: 80/40 mmHg. Frecuencia cardiaca: 80 lat/min.

La analítica de sangre inicial presentaba Hb: 12,2 g/dl, Ht: 37,3%, 22.200 leucocitos/mm³, neutrófilos 82% y creatinina: 0,6 mg/dl, siendo el estudio de coagulación normal. El análisis de orina mostraba hematuria macroscópica, proteínas >300 mg/dl, glucosa 250 mg/dl, nitritos positivos y un nivel alto de bilirrubina.

En la radiografía simple de abdomen se apreciaba un borramiento de la línea renopsoas derecha. La ecografía abdominal informaba de rotura renal derecha con hematoma retroperitoneal hasta la fosa iliaca derecha, contusión del segmento posterior del lóbulo hepático derecho con mínima cantidad de líquido libre perihepático y cavidad vesical con múltiples coágulos, siendo el riñón izquierdo y el bazo normales.

Con el paciente monitorizado y estable hemodinamicamente tras reposición hidroelectrolítica, se realizó un TAC abdomino-pélvico con contraste, identificándose unos riñones en herradura con fractura del polo superior del riñón derecho y afectación calicular con extravasado de contraste perirrenal, posible fistula arteriovenosa y gran hematoma retroperitoneal superando la línea

media hacia el espacio perirrenal izquierdo con desplazamiento de estructuras retro e intraperitoneales, (Figs. 1 y 2).

Ante este nuevo dato diagnóstico, la estabilidad clínica y analítica seriada y la cesión de la hematuria con preservación de constantes y diuresis, el paciente se traslada a UCI, permitiéndonos una planificación adecuada para una cirugía conservadora. Se transfunden 4 concentrados de hematíes de forma progresiva, no bajando el hematocrito de 28%.

A pesar de la evolución favorable del hematoma retroperitoneal, ante la reaparición intermitente de hematuria de escasa cuantía y la posibilidad de una fistula vascular, se programa la intervención a los 16 días del ingreso. Se realizó una lumbotomía derecha con evacuación del hematoma organizado perirrenal y extracción de



FIGURA 1. TAC abdominal con contraste intravenoso. Fractura del polo superior y mesorrenal derecho de riñón en herradura afectando a la vía urinaria con extravasación de contraste, grado IV de la AAST. Posible asociación de fistula arteriovenosa.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3844825>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3844825>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)