



Traumatismos cerrados del riñón y del uréter

B. Peyronnet, R. Mathieu, J.-P. Couapel, G. Verhoest, K. Bensalah

Los traumatismos renales son frecuentes: representan el 10% de todos los traumatismos abdominales. La mayoría de ellos son cerrados y están producidos por un golpe directo o una desaceleración brusca. Los signos clínicos más comunes son la hematuria y la lumbalgia. La mejor exploración diagnóstica es la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con inyección de medio de contraste. La clasificación que más se usa es la de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST). En ella se distinguen los traumatismos menores (grados I, II y III), cuyo tratamiento consiste, la mayoría de las veces, en la simple vigilancia, y los traumatismos mayores (grados IV, V), que pueden necesitar un tratamiento endoscópico o de radiología intervencionista. La exploración quirúrgica a cielo abierto es excepcional. Los traumatismos ureterales son infrecuentes y paucisintomáticos. Como los resultados de la TC no suelen ser satisfactorios, el diagnóstico se establece a menudo con la ureteropielografía retrógrada. El tratamiento consiste en un simple drenaje endoscópico en caso de lesión menor o en una reparación quirúrgica en caso de lesión mayor.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Traumatismo renal; Lesión ureteral; Tratamiento conservador; Tomografía computarizada; Radiología intervencionista

Plan

■ Introducción	1
■ Traumatismos cerrados del riñón	1
Epidemiología	1
Causas y mecanismos	2
Presentación clínica	2
Pruebas de imagen	2
Clasificaciones	3
Conducta terapéutica	4
Complicaciones	5
Vigilancia	6
En la infancia	7
Traumatismo en un riñón patológico	7
■ Traumatismos del uréter (excluidos los traumatismos iatrogénicos)	7
Epidemiología y mecanismos	7
Presentación clínica	8
Pruebas de imagen	8
Clasificación	8
Conducta terapéutica	8
Complicaciones	8
■ Conclusión	8

■ Introducción

Hasta la década de 1970, el tratamiento de los traumatismos renales se basaba con frecuencia en la explo-

ración quirúrgica, tanto si habían sido diagnosticados intraoperatoriamente con ocasión de una laparotomía exploratoria de urgencia como si se observaban anomalías en la urografía intravenosa (UIV) o en la arteriografía. La aparición de la tomografía computarizada (TC), el desarrollo de las técnicas de endoscopia y de radiología intervencionista, así como los adelantos en reanimación, han permitido alcanzar un tratamiento mucho más conservador. Hoy en día, las indicaciones de la exploración quirúrgica son excepcionales. El tratamiento suele limitarse a una simple vigilancia clínica y biológica (la vigilancia radiológica es más discutida). Más que nunca, el tratamiento de los traumatismos renales debe ser multidisciplinario, con asociación de las competencias de urólogos, radiólogos y especialistas en anestesia-reanimación.

■ Traumatismos cerrados del riñón

Epidemiología

Los traumatismos renales están presentes en el 10% de los traumatismos abdominales. Los traumatismos cerrados son ampliamente mayoritarios (el 90%, frente al 10% de lesiones penetrantes en los países desarrollados)^[1]. Los traumatismos menores (grados I, II y III de la clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma [AAST]) representan el 72-91% de todos los traumatismos

cerrados del riñón. Afectan con más frecuencia a personas jóvenes (20-30 años de edad de promedio^[1]). En el 60-80% de los pacientes afectados por un traumatismo renal se detecta una lesión de otro órgano^[2], en general el bazo, al que le siguen en frecuencia el hígado y el tubo digestivo^[2].



Causas y mecanismos

Los traumatismos cerrados del riñón, por orden de frecuencia descendente, se deben a: accidentes en la vía pública, la práctica de deportes de contacto, caídas, accidentes profesionales y peleas^[3].

Las lesiones renales se producen por dos mecanismos:

- la transmisión al riñón de fuerzas generadas por un golpe en la región lumbar o abdominal. La fuerza máxima se aplica en la periferia del riñón (lo que explica la lesión del parénquima desde fuera hacia dentro). Las cavidades excretoras llenas de líquido generan una fuerza contraria cuya intensidad es directamente proporcional a la presión en las cavidades (lo que explica la mayor susceptibilidad a los traumatismos de las personas afectadas por una uropatía obstructiva)^[4];
- movimientos anteroposteriores o cefalocaudales del riñón, causados por desaceleraciones bruscas. En estas circunstancias, los grandes vasos están fijos mientras el riñón es movilizado con gran rapidez, lo que genera fuerzas de cizalladura en el pedículo. De ello resultan las lesiones de la íntima (con posibilidad de trombosis) o incluso una avulsión completa del pedículo. La contusión directa del pedículo, por compresión o aplastamiento contra la columna o el psoas izquierdo, es mucho menos frecuente.

Presentación clínica

El signo clínico principal es la hematuria, que puede ser macroscópica o microscópica y está presente en el 95% de los casos^[5]. Su volumen no correlaciona con la gravedad de la lesión renal^[6].

La lumbalgia es también un signo clínico mayor.

Otros elementos que hacen sospechar una lesión renal son la equimosis o las abrasiones cutáneas sobre las fosas lumbares o el hipocondrio y la fractura de la 11ª o 12ª costilla.

Las lesiones del pedículo vascular suelen ser asintomáticas y la hematuria puede faltar en casi el 40% de los casos^[7]. Por ello, es fundamental pensar en la lesión renal de manera sistemática en caso de desaceleración brusca, incluso si el cuadro clínico es paucisintomático.

Ante cualquier traumatismo del riñón, es primordial buscar lesiones asociadas (abdominales, osteoarticulares, del sistema nervioso) y signos de repercusión hemodinámica (presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg, taquicardia, piel marmórea, oliguria).

Pruebas de imagen

Tomografía computarizada abdominal con inyección

La TC es la exploración de primera elección^[8,9]. No sólo es la prueba más sensible y específica para caracterizar la lesión renal^[10,11], sino también para detectar lesiones abdominales asociadas^[12]. Consta de tres pasos: cortes sin inyección, una fase angiográfica precoz (para apreciar las lesiones vasculares) y una fase tardía a los 10 minutos de la inyección del medio de contraste (para estudiar la vía excretora)^[11].

En caso de traumatismo, se recomienda solicitar una TC en las situaciones siguientes^[13-15]:

- hematuria macroscópica;
- desaceleración brusca;
- sospecha de lesiones intraabdominales asociadas (peritonitis, ruptura esplénica);
- estado hemodinámico inestable (presión arterial sistólica [PAS] inferior a 90 mmHg).

En el adulto, la hematuria microscópica aislada no justifica la exploración por imagen específico del aparato urinario^[1,13,14]. En el caso del niño, aunque la hematuria microscópica (incluso aislada) ha sido considerada mucho tiempo como una indicación para las pruebas de imagen, estudios recientes recomiendan tener en cuenta las mismas indicaciones de la TC en el adulto^[15].

Urografía intravenosa

Hoy sustituida por la TC, sólo conserva su indicación en caso de exploración quirúrgica sin pruebas de imagen previas en un paciente inestable desde el punto de vista hemodinámico (una sola placa a los 10 minutos de inyectar el medio de contraste). No se debe llevar a cabo antes de estabilizar el estado hemodinámico, hay que administrar dosis altas de medio de contraste (2 ml/kg) y sólo se indica ante signos de sospecha de una lesión renal (hematuria, hematoma retroperitoneal)^[16].

Resonancia magnética

La resonancia magnética (RM) sólo se indica si está contraindicada la TC (alergia a los medios de contraste, insuficiencia renal) porque no produce mejores resultados, su acceso es más limitado, el coste es más elevado y la exploración, más prolongada^[17,18].

Arteriografía

En otro tiempo muy empleada, ha sido desplazada por la TC, que en la mayoría de los casos permite el diagnóstico de una lesión del pedículo. En cambio, tiene un papel cada vez más relevante en el aspecto terapéutico.

“ Punto fundamental

Radiología intervencionista

El auge de la radiología intervencionista ha permitido simplificar el tratamiento conservador de los traumatismos renales, sobre todo en los siguientes casos:

- embolización de una hemorragia arterial activa^[19-22] sin inestabilidad hemodinámica. Algunos autores consideran posible su uso en pacientes con inestabilidad hemodinámica^[20,23,24] y en caso de lesión de la arteria renal principal^[24-26]. También permite embolizar una fístula arteriovenosa o un pseudoaneurisma secundarios al traumatismo^[19]. Las complicaciones más frecuentes de la radioembolización son el síndrome postembolización (fiebre [9%] y dolor [5%]) y la migración de las espirales metálicas (4%)^[20];
- drenaje percutáneo de un urinoma o de un absceso renal o perirrenal^[27];
- revascularización en caso de oclusión de la arteria renal. Sus resultados son iguales a los de la cirugía convencional (0-25% de éxito), pero es menos invasiva^[28,29].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268745>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268745>

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