

Sociedad de Cirugía de Montevideo

CONTUSIÓN RENAL. — UROGRAMAS

Américo FOSSATI

Voy a presentar dos radiografías de pelvis y riñon visualizados por inyección de yoduro de sodio al 12 % por vía ascendente. Al examen simple de las mismas y sin datos clínicos, es difícil rotular a que lesión responden, la he mostrado a varios

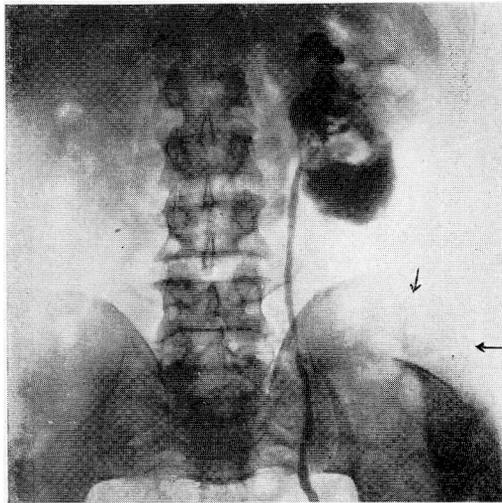


FIGURA 1.^a

colegas, bien entendidos y aun especializados en estas cosas y muy pocos, casi ninguno, han podido precisar a que responden y sin embargo el mismo examen de las placas, no ya en la zona inyectada sino en los alrededores, puede hacer presumir de que se trata.

En efecto, el urograma N^o 1, es el caso de una ruptura del cáliz y polo inferior del riñón izquierdo y en que el proceso se

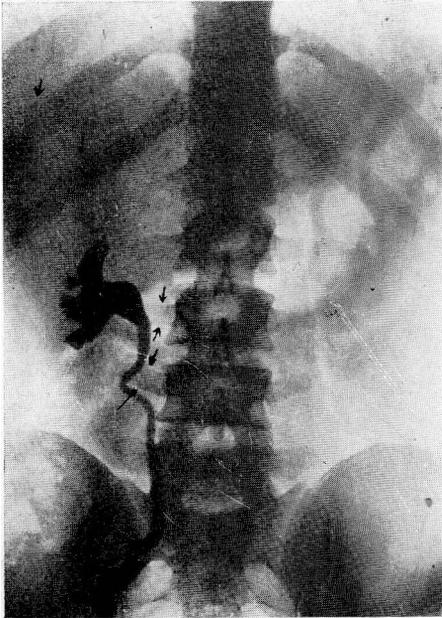
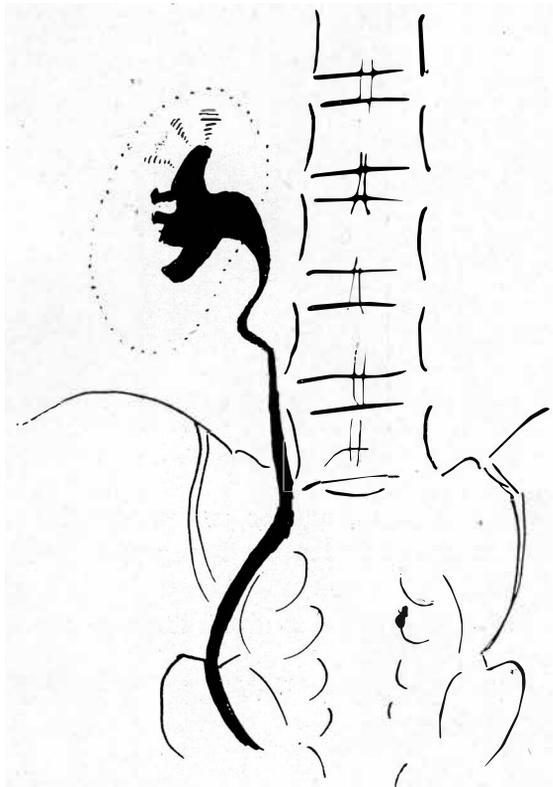


FIGURA 2.^a

Las lesiones escasean, difícilmente visibles en el megalia, estando reducidas perfectamente sin ningún desplegamiento.



ha limitado, por la no ruptura de la cápsula renal, la que íntegra, contiene el yoduro de calcio inyectado, dando lugar a la imagen presentada; se ve en la misma una fractura del ala ilíaca, con fragmento aislado, lo que da la firma del proceso: *contusión renal con ruptura del cáliz inferior con integridad de la cápsula renal*.

El urograma N° 2, es el de un proceso semejante, pero con una ubicación opuesta y con una lesión mucho más limitada: cáliz superior y fisura del parénquima del polo superior de un riñón derecho con conservación de la cápsula. La firma de la lesión está en una fractura de las 11^a y 12^a costillas y de las 3^a y 4^a apófisis transversas lumbares, en resumen: *ruptura del cáliz superior y fisura del parénquima del polo superior del riñón derecho con integridad capsular*. Las fracturas están en perfecta posición, sin ningún desplazamiento, tanto que se ven difícilmente en el positivo.

Una imagen semejante a este 2º urograma, puede verse cuando en algunos casos, en una pielografía ascendente se inyecta yoduro con un poco de presión, éste se infiltra por venas, canaliculos o linfáticos (se discute al respecto), dando lugar a una imagen radiada, a finísimas estriás, fuera del cáliz, en pleno parénquima llegando hasta la cortical; esta imagen digamos de paso, no tiene generalmente significado patológico. Sin embargo en nuestro caso, la seguridad de una inyección a presión suave, la topografía localizada de la radiación, el *espesor* y la *forma* de ésta y el antecedente trauma -hematuria hacen el distingo fácil.

El primer trauma fué el choque de un automóvil sobre la zona lombo - ilíaca izquierda y la pielografía que fué hecha ya convalesciente a los 20 días. El 2º fué la caída de una piedra, en una cantera, sobre la región lombo - dorsal derecha y la pielografía efectuada a los 14 días en perfecto estado general. En ambos casos ya sin hematurias.

Tanto uno como otro caso evolucionaron favorablemente y en poco tiempo, no exigiendo intervenciones cruentas. El único síntoma urinario fué hematurias abundantes y persistentes en el primer caso y más tenue y fugaz en el 2º. Volveré a tratar de visualizar la lesión en el primer caso dentro de un tiempo, para apreciar la evolución de la lesión y el resultado final.

Vemos pues netamente que la dirección del trauma y la lo-

calización de la lesión pieló - renal, están de acuerdo y son netamente demarcadas por las lesiones óseas concomitantes; trauma inferior, lesión del cáliz y polo inferior, lesión del hueso iliaco; trauma superior: lesión del polo superior y fractura de la 11ª y 12ª costilla y apófisis transversas. No vamos a discutir, de si la lesión renal es secundaria y efecto de la ósea o si son independientes y provocadas por un mismo traumatismo. Esto muy interesante por cierto, nos llevaría a una exposición, que no está en la índole de esta simple presentación de radiografías.

Radiografías: Hospital Español, Dr. Pedro Hormaeche.

Montevideo, setiembre de 1938.

