

# TRAUMATISMO DEL RIÑÓN

## Conducta terapéutica (táctica)

Dr. JORGE LOCKHART

### CONSIDERACIONES GENERALES

El aspecto más opinable del problema que plantea una contusión renal, es el de la correcta conducta terapéutica y los matices que pueden surgir en cada caso en particular.

Tema de gran interés para el médico práctico, no puede ser considerado con criterio puramente urológico porque es notorio que casi siempre es un practicante o un médico de un Servicio de Emergencia el que tiene que resolver la primera instancia. Además, ni siquiera el estudio ulterior es siempre sometido al juicio del especialista y a menudo el traumatólogo o el cirujano general es el responsable de su asistencia y de la conducta terapéutica correspondiente.

Es fundamental esta consideración previa, porque los hechos deben ser afrontados tal como se presentan y no de acuerdo a disquisiciones teóricas sobre la conducta ideal, ya que dependen de circunstancias que son el eje mismo de la organización hospitalaria y del régimen de admisión de enfermos.

De allí se comprende que *el criterio no puede ser estrictamente urológico* y que el traumatismo de riñón debe ser conocido por todos, médicos de urgencia, médicos que asisten en medios rurales, con o sin precariedad de medios y que sean innecesario recalcar que resulta de allí indispensable el conocimiento de todas las posibilidades de la evolución clínica.

Existe un elevado número de casos, por otra parte, en los que no se ha realizado el diagnóstico correcto y donde surge la conducta quirúrgica y la exploración consiguiente que, como es lógico, llevará en última instancia al estudio de las fosas lumbares y aun en ese momento es indispensable el conocimiento previo de las posibles lesiones renales y su adecuada consideración terapéutica.

El cirujano general o simplemente el médico con experiencia relativa, pueden llegar a soluciones precipitadas, al acto

quirúrgico y sin un análisis detenido resolver con criterio radical, es decir, la ectomía, cuando no se conoce el estado del otro riñón y siguiendo directivas que tienen similitud con las que se siguen en el tratamiento de otras lesiones parenquimatosas como sucede, por ejemplo, con el bazo, y todo lo que puede ser afrontado en el caso de la esplenectomía por ruptura del órgano, puede ser excesivo, inconveniente y aun mortal en el caso del riñón.

Pero por lo menos el criterio quirúrgico, conducido con prudencia, puede ser eficaz si se realiza la exploración del riñón presumiblemente sano y *mucho mejor todavía si se ha realizado la urografía aun en la propia mesa de operaciones.*

En cambio, y en este sentido es necesario hacer énfasis, es muchas veces perjudicial un criterio conservador que se ha difundido en el medio médico y que resolvería la gran mayoría de los casos clínicos, a expensas de largas hospitalizaciones a veces y casi siempre con la anulación del órgano, cuando no con secuelas graves y trascendentes como, por ejemplo, la pielonefritis crónica, la hipertensión arterial, etc.

De estas consideraciones generales se desprende, por consiguiente, la necesidad de ajustar el criterio terapéutico y sentar precisiones que tienen gran valor para el médico práctico.

## CRITERIO GENERAL CON EL TRAUMATIZADO RENAL

1) El problema puede ser complejo porque muy a menudo se trata de un *multicontusionado* y en esos casos el balance cuidadoso crea prioridad indiscutible. Tal es el caso del traumatismo craneoencefálico, de las lesiones del raquis o de la pelvis y, sobre todo, la ruptura del bazo para el caso de los traumatismos del hipocondrio izquierdo o del hígado en los del derecho. También puede coexistir la lesión del diafragma y configurarse la traída de Adams Musselman cuando existen además lesiones esplénicas y renales; igualmente debe considerarse la posibilidad de coexistencia de un estallido de víscera hueca.

En estos casos la contusión renal pasa casi siempre a un segundo plano y aun con alteraciones anatómicas importantes la conducta expectante puede ser mantenida.

Estas lesiones graves serán analizadas en capítulo aparte.

2) *La lesión grave, única o predominante, puede alcanzar su máxima expresión en los tres casos siguientes:*

a) *El riñón estallado verdadero "puzzle" y cuya similitud se ha buscado con la galleta rota por un puñetazo.*

La lesión se acompaña del hematoma lumbar peri y pararenal, y pueden coexistir lesiones que determinan una solución de continuidad de la vía excretoria. Este caso que puede llegar a la expresión clínica mayor es, sin embargo, compatible con la sobrevivencia, aunque exigiendo una larga hospitalización con una evolución que puede estar llena de vicisitudes y complicaciones diversas.

Siendo pues de un pronóstico vital relativamente bueno y siempre que el riñón opuesto sea normal, es sin embargo de mal pronóstico en lo que se refiere a lo que persiste como riñón con tejido cicatricial que sustituye gran parte del parénquima noble, pielonefritis, nefrosclerosis e hipertensión arterial.

b) *La lesión del pedículo principal*, siendo el caso más grave, puede no ser mortal. La ruptura venosa determina la constitución de un hematoma que puede llegar por compresión a cohibir la hemorragia y la lesión arterial, al retraerse el cabo central, originar una hemostasis espontánea. Algún caso de la literatura médica, revela la posibilidad de una eventual separación, que puede ser total, del órgano noble sin que signifique obligatoriamente la evolución fatal.

c) *La ruptura piélica o pieloureteral* origina una colección urohématica que generalmente evoluciona hacia el flemón, pero que tampoco significa una evolución inexorable del punto de vista vital.

Las tres situaciones más graves no son, pues, inevitablemente mortales, y de allí se explica el criterio que ha predominado entre médicos generales y traumatólogos, es decir, la tendencia conservadora, sobre todo si se tiene en cuenta además que el 80% de las lesiones corresponden a lo que hemos denominado las lesiones mínimas o leves.

3) *Las lesiones leves*: a) foco contusivo; b) hematoma subcapsular; c) fisuras parciales, con o sin solución de continuidad calicial.

Son esquemáticamente, simples o combinadas las modificaciones traumáticas más corrientes y que aparecen en el porcentaje mayor de los casos.

Son alteraciones de las estructuras que no significan una mutilación del órgano y por consiguiente, la evolución natural configura un proceso de cicatrización que no lleva a modificaciones funcionales en la gran mayoría de los casos.

4) *Las lesiones medianas*, siendo más frecuentes que las graves, alcanzan un porcentaje menor que las leves. Desprendimientos del parénquima renal, hematomas extracapsulares, etc. Son casos que determinan una vigilancia permanente, de acuerdo con los elementos clínicos de laboratorio y radiológicos.

## CRITERIO GENERAL SOBRE LA TACTICA TERAPEUTICA

El dilema siempre se plantea entre el criterio conservador y la decisión quirúrgica.

Para llegar a resolverlo, es necesario apoyarse en diversos elementos de juicio.

La conducta terapéutica *no crea necesariamente*, en la gran mayoría de los casos y aun tratándose de una lesión grave, un tratamiento quirúrgico de extremada urgencia. No es el caso de la ruptura del bazo ni del estallido de una víscera hueca.

Una estadística muy completa, como la de Naticn y Massey con 258 casos, señala que solamente en tres oportunidades fueron operados el primer día y *10 entre los diez primeros días y las seis semanas*.

Como afirmamos, al comienzo, aun las lesiones que significan un deterioro considerable, permiten cierta expectativa y no es obligatoria la solución de urgencia en las primeras horas, como ocurre con otras lesiones traumáticas.

Kimbrough, por ejemplo, dice que en todos los casos medianos debe esperarse de 24 a 48 horas para que se constituya la trombosis de los vasos rotos, se estabilicen los infartos y de esa manera poder decidir mejor lo que hay que extirpar y lo que conviene dejar.

Algunos autores han sido conservadores porque dicen que el hematoma del primer momento es útil y que al abrir la región lumbar se puede producir por decompresión brusca una hemorragia mortal. Es evidente que ésta es una eventualidad que debe considerarse y de allí la importancia de rodearse de todos los recursos imprescindibles cada vez que se realiza la exploración quirúrgica de un contusionado renal.

Continuando con los datos estadísticos ya citados, se debe anotar que de 44 intervenciones exploradoras en 7 *se hicieron ectomías* y 8  *fueron operaciones conservadoras*, y que en 28 lesiones renales comprobadas no se hizo absolutamente nada, habiendo evolucionado bien 21. En 3 casos hubo que hacer nefrectomías secundarias, tres días, diez días y cuatro semanas después del traumatismo por hemorragia secundaria o flemón urohemático.

Estos datos sugieren las siguientes conclusiones:

1) En 258 casos de trauma renal se realizaron sólo 44 intervenciones, de las que en 28 la lesión renal no fue tratada con resultado bueno en 21 casos. Hubo además 15  *casos de muerte*, por shock y por otras lesiones asociadas (alrededor de 6%).

2) Queda un porcentaje entre 20 y 25% de trauma renal en que es necesario la intervención quirúrgica.

3) La intervención, cuando está en manos del cirujano general (aunque no hay cifras estadísticas en ese sentido), es notoriamente conducida hacia la nefrectomía en la mayoría de los casos. En cambio, cuando es el urólogo el que decide, muchas veces efectúa operaciones conservadoras.

4) Existe un número limitado de casos de *hemorragia en segundo tiempo* (caso personal).

Son los casos que han originado infartos que secundariamente determinan hemorragias intensas o bien circunstancias de hemastosis precaria y que el bombeo sanguíneo favorece el desprendimiento de la obstrucción vascular. El plazo puede ser variable, pero la eventualidad debe ser conocida para realizar un tratamiento quirúrgico de urgencia.

5) *La extravasación urinaria* y el flemón urohématico, es un aspecto clínico que lleva a la intervención secundaria.

#### ELEMENTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO QUE DEBEN ORIENTAR AL MEDICO PRACTICO

En una reseña esquemática, se deben señalar: 1) Estado general. 2) Pulso. 3) Presión arterial. 4) Hematuria. 5) Hematoma lumbar. 6) Reacción peritoneal. 7) Ileo paralítico. 8) Hematócrito. 9) Pruebas funcionales renales.

La evolución de los datos clínicos y de laboratorio debe ser cuidadosamente estudiada y la decisión quirúrgica queda supe- ditada a sus modificaciones en el sentido de expresar que una hemorragia continúa en su evolución.

Al mismo tiempo se hace el balance entre los ingesta y la hidratación con el ritmo de la diuresis, así como el estudio del riñón presumiblemente sano, realizando las pruebas de laboratorio que se consideren indispensables.

#### ESTUDIO RADIOLOGICO

La radiografía simple puede mostrar: 1) Fractura de 10, 11 ó 12 costillas. 2) Ileo paralítico. 3) Opacidad lumbar con borramiento del borde del psoas.

*Mucho más importante es la urología excretora que puede y debe hacerse de urgencia una vez pasado el período de shock y sin necesidad de compresión abdominal, aunque pueda ser útil recurrir a la doble dosis de sustancia radiopaca y a las urografías retardadas.*

La primera circunstancia de gran valor, es la presencia del riñón supuestamente sano.

Muchas veces aparece un riñón silencioso que, sin embargo, no siempre traduce una lesión cuya entidad exija la terapéutica cruenta. A veces la lesión es pequeña, pero provoca la inhibición funcional transitoria.

La repetición de la urografía, con o sin una segunda dosis, puede dar elementos aclaratorios. En todos los casos el signo urográfico debe ser interpretado en estrecha relación con los datos clínicos y el hematócrito.

Otras veces la urografía señala claramente la ruptura calicial o el hematoma peri y pararenal con borramiento del psoas.

La lesión calicial no exige siempre la reparación quirúrgica, pero cuando hay amputación (caso personal) es necesario plantearla y seguramente será indispensable una ectomía parcial con sutura del cáliz.

A veces la sustancia opaca tiñe un hematoma extracapsular. Es en general indicación operatoria, porque señala la importancia de la lesión y la posibilidad de que la hemorragia continúe.

La lesión pieloureteral es de difícil diagnóstico y tiene casi siempre indicación operatoria, pese a los casos favorables tratados con abstención, no sólo por la complicación posible (flemones, etc.), sino porque seguramente deja secuelas graves.

El diagnóstico exacto se hace con la *urología ascendente*, pero requiere además una sala de cirugía dispuesta para el acto operatorio inmediato.

La ruptura del pedículo es clínicamente previsible por la gravedad inusitada que pueda adquirir el síndrome de anemia aguda, pero a veces hay hematomas salvadores y evoluciones espontáneas favorables aunque con el sacrificio anatómico del órgano.

Su diagnóstico se podría plantear con una *nefroangiografía* que nosotros hemos realizado en otras situaciones agudas (trombosis de la arteria renal) y que permite obviamente el diagnóstico correcto.

*El enfisema retroperitoneal* puede ser eficaz para el diagnóstico de los hematomas retroperitoneales, pero su indicación se establece solamente cuando el cuadro clínico lo permite y fuera del período inicial.

En definitiva, el criterio terapéutico se establece con las directivas que proporcionan el estudio clínico de laboratorio y la radiografía simple y contrastada, conociendo las diversas posibilidades, pero teniendo en cuenta que cierto número de casos ( $\frac{1}{2}$  del total) la terapéutica quirúrgica es la única posible.

Conviene, sin embargo, señalar las siguientes circunstancias:

1) No es indiferente dejar un riñón contusionado sujeto a la evolución espontánea. En primer término, por la posibilidad inmediata de complicaciones: reanudación de la hemorragia, infecciones pielorreñales y perirreñales, pero además son fundamentales las modificaciones anatómicas evolutivas y que son muchas veces imprevisibles.

2) Un riñón lesionado y dejado evolucionar espontáneamente puede experimentar, por la simple cicatrización, alteración de sus vías excretorias principales o accesorias que modifican su evacuación y dentro del sector noble determinar una mutilación parcial.

3) Una intervención quirúrgica, aunque no sea para resolver una solución vital, puede ser de gran utilidad para la recuperación del órgano. Indicada así por el urólogo, se extiende el caso de la indicación operatoria que ofrecerá seguramente soluciones quirúrgicas más correctas.

## EL TRAUMATISMO OPERATORIO

Cada vez que se interviene un riñón y sobre todo luego de la nefropexia, se puede producir el *hematoma perirrenal* que al evolucionar origina un riñón encarcelado, similar al que describiera Page y que configura una causa de hipertensión arterial.

Igualmente la *ligadura accidental* de un vaso anormal puede ser factor de infarto y de hipertensión.

## TRAUMATISMO E HIPERTENSION ARTERIAL

- 1) Lesiones operatorias: a) hematoma perirrenal; b) ligadura de arteria accesoria o polar (infarto).
- 2) Aneurisma arteriovenoso (trauma o biopsia).
- 3) Cuerpo extraño intraarterial (bala).
- 4) Hematoma perivascular (inmediato).
- 5) Lesión arteria renal.
- 6) Secuelas, nefrosclerosis pielonefritis.

Las consideraciones que merecen estas situaciones particulares de los traumatismos reñales (secuelas), serán finalmente analizadas en otro capítulo.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- GLENN, J. F. and HARVARD, B. M.—The injured kidney. "J. A. M. A.", 173: 1189-1195; 1960.
- DOWNS and HEWELL.—Hypert-hemat. suveap. "J. of Urology", Vol. 88, N° 1; July 1962.
- CHRONICK, S. D. and NEWMAN, H. R.—Management of renal injuries. "J. of Urology", 83: 330-336; 1960.
- NATION and MASSEY.—Renal trauma. "J. of Urology", Vol. 89, N° 6: Jun 1963.
- LANGE, J.; ETCHEVERRY, M.; DUCROS, E. et LANGE, D.—Un cas d'aneurysme, etc. "Journ. D'Urolog. et Neph.", 69, N° 6; 293-298; 1963.
- SCHENONE, H.—Traumatismos de riñón. "VII Congreso Uruguayo de Cirugía", I: 215; 1956.
- TOURNER, R.; MORGAN, L. et KOCHNERIS, A.—Hypert. par lésion rénal umlat - la sténose post-trauma de l'artère rénal. "Journal d'Urologie et de Nephrologie", 67: 405-410; June 1961.