

TRAUMATISMO DE RIÑÓN

Discusión

Dr. DURANTE BARBOT.— Da comienzo la Mesa Redonda sobre "Traumatismo de riñón". Y con ello inauguramos la sesión científica del XV Congreso Uruguayo de Cirugía.

Ante todo quiero agradecer a las autoridades de la Sociedad Uruguaya de Cirugía, el honor que me ha dispensado al nombrarme relator o coordinador de esta Mesa Redonda.

¿Por qué hemos elegido este tema? tema interesante, porque lo compartimos totalmente con los cirujanos.

Tanto cirujanos como urólogos vivimos este tema y tal vez podríamos agregar: los cirujanos con los traumatismos más urgentes, los más importantes; y los tienen que resolver.

Si nosotros pensamos un poquito, podríamos decir históricamente: el traumatismo de riñón vemos que no ha seguido un paralelismo con los otros temas, sobre todo los de cirugía de urgencia, que en el momento actual están bien definidos en sus conceptos clínicos y mismo en sus decisiones terapéuticas. No así el traumatismo de riñón; queda lugar a discusiones y mismo entre nosotros, los urólogos, no hay unanimidad de criterio frente a este tema, por eso sería interesante y cumpliríamos con esta Mesa Redonda, si hoy pudiéramos sacar por lo menos directivas generales que nos unaran y que nos hicieran hacer frente a este problema de traumatismo de riñón, en beneficio del enfermo.

Esta Mesa Redonda va a constar de dos partes: en la primera los ponentes van a abordar los diversos capítulos del traumatismo de riñón y en la segunda parte vamos a efectuar las preguntas por escrito y firmadas para contestar lo posible y unar nuestras opiniones.

PREGUNTAS Y SUS CONTESTACIONES

Dr. SUAREZ MELENDEZ.— ¿Qué táctica quirúrgica con fines de cirugía conservadora debe seguirse en el traumatismo renal máximo tipo Puzzle?

Dr. VIOLA PELUFFO.— En conocimiento del riñón contralateral, la situación puede variar nada más que en dos posiciones: elegir en tratar de mechar ese riñón o bien hacer la cirugía de exéresis.

Pero la situación complicada se presenta en el desconocimiento del riñón contralateral, en el cual obligatoriamente debemos, como ya dijimos anteriormente, ser conservadores a cualquier precio menos al de la vida del enfermo.

El mechado en este caso profundo, tratando de taponar todo el ambiente perirrenal permite efectuar los exámenes complementarios para una conducta quirúrgica "a posteriori".

La herida, en otros casos, como cuando se producen las lesiones multifisurales, si se intenta la cirugía conservadora y se está con un buen abordaje, es a la sutura (como habíamos dicho antes) con puntos en equis que no sean muy profundos; pero si la lesión, además de la canalicular, prácticamente no plantea ningún problema porque o se deja abierta o se intenta succionar, si no existe ningún problema obstructivo bajo, se cierra con facilidad espontáneamente, como pasa con casi todas las histerectomías parciales; se aconseja a veces, cuando la hematuria es de gran importancia, hacer las ventanas de la pelvis renal, es decir, ventana de seguridad • pielostomía.

Nosotros en la pielostomía realmente no tenemos ninguna experiencia, pero creemos que es una cosa útil en los casos que sirva de derivación y cuando la puesta del tubo de polietileno de Antor a la altura de la vía canalicular sea sumamente compleja.

Dr. JOSE PEDRO OTERO. ¿Cómo debe procederse frente a una situación apremiante que obligue a intervenir de extrema urgencia para asegurarse respecto al estado y a la existencia del riñón opuesto?

Dr. JUAN CARLOS LORENZO.— Todo el mundo está de acuerdo en que la extrema urgencia excepcionalmente es provocada por la lesión renal, casi siempre es la lesión asociada la que provoca la extrema urgencia.

Creo que, por lo menos, ya lo dijimos un poco al pasar, pero lo subrayamos en este momento, que una vez que se ha solucionado el problema intraperitoneal que determinó la extrema urgencia, desde ese momento, si existe lesión renal y no se tiene seguridad de la capacidad funcional o la existencia del riñón opuesto, es necesario esperar, tratar de solucionar el problema de shock y poner al enfermo en condiciones de estudiarlo, para entonces actuar en consecuencia.

Dr. SUAREZ MELENDEZ.— La urografía de excreción, ¿debe hacerse exclusivamente en el traumatizado de abdomen en quien se sospecha lesión renal o puede y debe hacerse en todo traumatizado de abdomen?

Dr. JORGE LOCKHART.— Es evidente que en el momento actual la urografía de excreción se ha transformado en examen rutinario absolutamente inocuo y no representa tampoco ningún problema; fuera de los casos donde hay una sensibilidad especial a la sustancia radiopaca, constituye un examen que, volvemos a decir, es casi de rutina. La generalización que propone el doctor Suárez Meléndez puede resultar excesiva, no creo que sea absolutamente indispensable; en todos los casos se pueden extender las indicaciones en traumatismo de los hipocondrios, en donde no se sospeche la lesión urológica, pero evidentemente eso no significaría una generalización total y vamos a aprovechar

(ya que se ha planteado por el Dr. Otero) que la urografía de excreción en el momento actual debe ser la premisa fundamental que debe tener dentro de su mente el que va a abordar un problema de traumatismo de riñón.

Dra. MURGUIA DE ROSSO.—¿Experiencia sobre traumatismo de riñón en el niño?

Dr. JUAN CARLOS LORENZO.—Nosotros no tenemos una experiencia particular extendida sobre el traumatismo de riñón en el niño, pero todas las estadísticas consignan y por lo menos nuestra escasa casuística confirman, los hechos de: 1º) que en los niños, a veces mínimos traumatismos son capaces de provocar lesiones en el riñón; 2º) que los riñones patológicos en el niño y fundamentalmente en los hidronefróticos, sufren roturas aun por pequeños traumatismos; 3º) que es difícil en los niños cuando se hace el urograma, en un chico que ha tenido traumatismo y con una hematuria, el poder hacer el diagnóstico o por lo menos una evaluación correcta de las alteraciones que ese traumatismo ha provocado sobre el riñón; 4º) que es posible que en los días subsiguientes, si es que el caso no apremia, al hacer nuevos estudios urográficos poder establecer de que se trata de un riñón patológico y sobre todo de un riñón hidronefrótico; 5º) que esto obliga al cirujano actuante. una vez que ha pasado el cuadro agudo, a tratar la hidronefrosis.

Dra. MURGUIA DE ROSSO.—En el año 1961 presentamos a la Sociedad de Cirugía un traumatismo de riñón mínimo que, como decía recién el Dr. Lorenzo, no estaba en concordancia con la poca intensidad del traumatismo; la gran hematuria y sintomatología local hacían pensar en un riñón patológico y que se trataba de un tumor de Wims.

El traumatismo de riñón en el niño, en orden de frecuencia sigue al de bazo. No hemos encontrado heridas por arma de fuego ni por arma blanca. Sobre 93 casos de traumatismo de riñón que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía de Urgencia del Pereira Rossell por los distintos cirujanos de guardia, 22 correspondieron a traumatismo de riñón, en 5 oportunidades ese traumatismo era con lesiones asociadas, o sea, bazo, hígado u otras lesiones, y en los demás casos era traumatismo solo, donde el diagnóstico se hizo por el antecedente de traumatismo, dolor y hematuria, y en algunos casos por intervención, cuando el diagnóstico o la indicación operatoria fue hecha pensando que se trataba de otra lesión, rotura de hígado o rotura de bazo, ya que de lo contrario también la conducta es abstencionista no sabiéndose, como se ha explicado y repetido acá, la existencia y el estado del otro riñón. Presentamos también a la Sociedad de Cirugía, el caso de un enfermo que presentó como secuela la esclerosis total del riñón lesionado. Este también era un enfermo politraumatizado, el que tenía una doble lesión del hígado, una rotura de bazo, contusión de duodeno, arrancamiento de la vesícula biliar y en el acto operatorio se encontró además el hematoma perirrenal que no se exploró. Esta conducta de la no exploración es lo que se sigue, en general, por todos los cirujanos del mundo. Claro que este enfermo era de alta gravedad y entonces no

se exploró tampoco el hematoma renal. Se le hizo el tratamiento, frenectomía, la sutura de hígado y la reimplantación de la vesícula biliar; al hacerle el estudio posterior para encontrar o controlar el estudio de los órganos, se encontró que la vesícula biliar era normal y tenía ausencia de pielograma, es decir, había una secuela renal. No se ha extirpado ese riñón porque no presenta ninguna de las cosas que se dijo acá, ni dolor ni tensión ni hipertensión arterial.

Pregunta: ¿Importancia de la fascia de Gerota en la fisiopatología, tratamiento y pronóstico del trauma renal?

Dr. JULIO V. PELUFFO.—La pregunta resulta interesante y ha sido parcialmente expuesta en lo que habíamos comentado anteriormente. Los traumatismos de riñón permiten una actitud diferida por horas o por días, precisamente por la fascia de Gerotta que lo envuelve como elemento fibroso, alrededor del cual se va formando el hematoma perirrenal y esto es, precisamente, lo que hace el taponamiento de la misma logia, por lo tanto, elemento fundamental a considerar en el traumatismo de riñón; si tuviese poca importancia esto, todavía plantea un problema más destacado desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico. Cuando se aborda el traumatismo de riñón, el decolamiento que se hace en la parte posterior permite prácticamente enuclear todo el ambiente perirrenal envuelto en la misma fascia y recién después ésta se abre en forma secundaria. Con la apertura de la misma, a veces con gran cantidad de coágulos de extraordinaria importancia, se ha llegado prácticamente casi a medir todo lo que puede mantener y contener esa fascia. Permite no solamente que el cirujano que actúa sobre ella trate la liberación de los coágulos y de evacuarlos con el máximo cuidado, sino tratar de ir a visualizar el riñón; pero en el pronóstico mantiene otro problema muy bien planteado por el Dr. Mainetti. Cuando el hematoma perirrenal es de gran jerarquía y el enfermo no ha sido abordado, se mantiene con un tratamiento conservador; la organización del mismo alrededor del riñón puede llevar a todas las complicaciones que han sido puestas de manifiesto aquí, entre ellas, la hipertensión en forma inmediata; a veces, la organización que se produce y la fibrosis, van al estrangulamiento de la vía canalicular y, por lo tanto, provocan la hidronefrosis o la patología asociada a este cuadro de obstrucción urinaria como es la litiasis renal. Por lo tanto, desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, obliga al cirujano que ha actuado a liberarlo totalmente y a drenar este ambiente. Si bien es cierto que en un primer momento el hematoma perirrenal mantenido por esta fascia es útil porque permite durante un tiempo que se tengan las horas necesarias e imprescindibles para efectuar los exámenes radiológicos y poder ver la evolución del enfermo, “a posteriori” plantea un problema que puede ser importante y si bien el riñón no está lesionado por el traumatismo, se puede haber agravado la lesión, se puede haber agravado el riñón, no por el traumatismo, sino por este ambiente que lo ha rodeado y que lo esclerosa de tal manera que esa conducta no entra frente a los problemas de la fascia de Gerota dándole tanta jerarquía como lo ha manifestado el Dr. Mainetti. (Muestra diapositivos.)

Dr. STAJANO.—¿Puede saberse porqué aparecen síntomas de dolor del Douglas en el traumatismo de riñón?

Dr. FABIAN MENDY NORIEGA.—Aunque en la enumeración de los síntomas de los traumatismo de riñón que figuran en la estadística no aparece el dolor del Douglas, debo decir que, sin embargo, en varias de las observaciones hay constancia de la comprobación del dolor en el Douglas; debe saberse que este síntoma no expresa de por sí irritación directa del peritoneo del Douglas por una transvasación hemorrágica, como podría ocurrir por una lesión asociada de víscera maciza intraperitoneal, rotura de bazo o por una filtración a través del peritoneo parietal posterior en una rotura pura del riñón; de manera que este síntoma debe ser bien interpretado y saber que, sobre todo en el momento en que empieza a constituirse el hematoma y produce su efecto extensivo, tal como lo vieron gráficamente en las láminas que acaba de proyectar el Dr. Mainetti, evidentemente se produce un reflejo sobre toda la serosa peritoneal que hace que el Douglas pueda ser doloroso, sin haber sangre dentro de la cavidad peritoneal. Problema similar al que describió el Prof. Stajano al referirse a las colecistopatías obstructivas agudas, que todos los cirujanos conocen perfectamente bien y habrán observado que en esa situación, sin haber un líquido irritante dentro de la cavidad peritoneal, hay dolor del Douglas luego que cede el proceso distensivo en el caso de la rotura del riñón al estabilizarse la hemorragia.

Dr. STAJANO.—¿Qué consecuencia sufre el parénquima renal cuando se suprime o se destruye el aporte arterial del tronco o de las ramas?

Dr. HECTOR SCHENONE.—Bueno, la pregunta es obvia. El parénquima renal tiene una circulación terminal de manera que, si la interrupción circulatoria arterial es total, la constitución del infarto renal es una consecuencia inmediata; ahora es un hecho conocido de que los infartos a nivel del riñón nunca son infartos isquémicos, sino que en el 90% de los casos, diría en la gran mayoría, son infartos hemorrágicos, porque al mismo tiempo que se suprime el aporte arterial también hay una inundación venosa retrógrada de sangre venosa.

Dr. STAJANO.—¿Qué consecuencias sufre el parénquima renal cuando se ocluye la vena renal, inmediata o tardíamente?

Dr. HECTOR SCHENONE.—La obstrucción tardía de la vena renal a nivel del parénquima renal da lugar a lesiones que a veces son totalmente compatibles con una perfecta función del parénquima renal. Si el tronco de la vena renal principal es el obstruido, el riñón tiene suficiente circulación colateral como para poder establecer y mantener una función renal normal; es un hecho perfectamente conocido de que una trombosis de la vena renal troncular a nivel de ese riñón permite detectar una función renal normal, sin

embargo. del punto de vista de la función, a veces trae aparejado síndromes de orden médico; por ejemplo, uno de los hechos que han sido reiteradamente señalados son los síndromes nefróticos en relación con la obstrucción de la vena renal; ahora bien, si la obstrucción de la vena renal es agudo, ese es un hecho que puede ser mejor contestado por el coordinador de esta Mesa.

Dr. DURANTE BARBOT.— Bueno, es evidente que hacer un resumen de una Mesa Redonda significaría caer en repeticiones. Creo que es más práctico y más efectivo sacar conclusiones, que no pretendan ser reglas generales para manejarse en este tema, sino simplemente conclusiones generales sobre los diversos capítulos que hemos abordado en los traumatismos de riñón.

Así, por ejemplo: desde el punto de vista clínico, creo que es imperativo que frente a toda contusión de abdomen, sobre todo contusión grave, debe hacerse la semiología de la orina. Por otro lado, junto con la semiología de la orina, el estado general y local del enfermo, son los que van a mantener y dirigir toda la conducta clínica y de investigación radiológica para en último término llegar a plantear la conducta terapéutica abstencionista o intervencionista. La hematuria no implica gravedad, justamente hemos visto que en los cuadros más graves puede faltar. Pero en una contusión de abdomen la hematuria sella la contusión del riñón y desde ese momento es obligatorio hacer el estudio como ya se ha dicho acá, desde el punto de vista de la investigación clínica y radiológica.

Entremos al segundo capítulo, tal vez de una importancia extrema, que es la radiología en las contusiones de abdomen, sobre todo cuando se sospecha una lesión renal debe ser prácticamente efectuada en el 100% de los casos; solamente debe contraindicarse cuando el estado general, sobre todo la tensión arterial o el estado de shock, impiden la realización de ese examen porque en esa situación no va a dar enseñanza, pero en todos los demás casos creo que es obligatorio, solamente bajo la sospecha de una lesión renal, hacer el estudio radiológico simple y contrastado. Es diferente como se encara el enfermo sabiendo de la existencia anatómica y funcional de uno o de ambos riñones y este estudio radiológico se puede y debe hacerse mismo en circunstancias adversas, en la cama del enfermo o antes de llevarlo a la sala de operaciones, o como se dijo acá, en pleno acto quirúrgico, ya con el vientre abierto. No digo esto como conclusión definitiva, pero es necesario que el cirujano y el urólogo lo tengan en la mente siempre que vayan a abordar un traumatismo de abdomen donde se sospecha una lesión renal.

En lo que respecta a la táctica que se hace con un traumatismo de abdomen, ustedes vieron que sería difícil resumir las conclusiones y los diversos aspectos que llevan a una conducta abstencionista o intervencionista. Es evidente que no se pueden dar reglas únicas y definitivas porque tampoco hay un traumatismo renal; cada traumatismo renal tiene sus grados y es importante no sólo el aspecto urológico, es decir la contusión renal, sino las manifestaciones de lesiones asociadas que muchas veces son ellas las que imprimen una decisión terapéutica a veces de extrema urgencia, pero siempre, repito,

es la vigilancia periódica a veces horaria de estos enfermos los que van a decidir, ya sea por el aspecto general del enfermo o el aspecto local y la radiología en último término, la conducta pasiva o activa.

En lo que respecta a la parte quirúrgica, existen dos aspectos y dos situaciones diferentes; cuando un cirujano aborda un abdomen sabiendo de la existencia de ambos riñones o aborda un abdomen y es un hallazgo operatorio el traumatismo de riñón (fue muy bien explicado por el Dr. Viola) es necesario saber que el cirujano debe tener en la mente, en primer lugar, salvar la vida del enfermo, pero también en todas las ocasiones posibles salvar las funciones de un órgano tan importante como es el emuntorio renal. Es del balance total del enfermo y de las condiciones quirúrgicas de su situación, previas al acto quirúrgico, que va a tomar una decisión, o para salvar la vida o para salvar el riñón, pero tiene que tener en mente, que operación por hematomía renal, no significa nefrectomía. Hay que hacer todos los esfuerzos por efectuar una cirugía conservadora, sepa o no sepa el estado del riñón opuesto y, en el caso de no saberlo, estas medidas se llevan a un grado extremo y es preferible (como aquí se dijo) un taponamiento renal que extirpar un riñón donde el opuesto no existe anatómica o funcionalmente.

Y por último, ustedes ya ven (y esto dándole un poco la razón al doctor Lockhart) la cantidad de secuelas que pueden existir por los traumatismos renales. Todos nosotros tenemos traumatismos renales que con tratamiento médico han curado, se puede decir, pero sería interesante y me gustaría preguntar, si estos enfermos han sido seguidos por años. Personalmente tengo un enfermo de una piñofrosis litiásica que diecisiete años antes había sufrido un traumatismo de riñón con hematuria bien catalogada; por lo tanto, es importante saber que no sólo hay que respetar la vida del enfermo, sino tratar de salvar y poner las lesiones renales en las mejores condiciones para que ese riñón siga cumpliendo su cometido.

Para terminar, quiero agradecer a los congresales, a mis colegas de esta Mesa Redonda, al Dr. Mainetti y al Prof. Stajano, su participación y opiniones, tan brillantes y autorizadas, en este tema de indudable interés práctico.

Muchas gracias.