



P-656 - MANEJO NO QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO RENAL EN LESIONES GRADO III DE LA AAST. ¿CUÁNDO LO HACEMOS?

Castro Lara, Ricardo Jesús; Ramos Bonilla, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Cancelas Felgueras, María Dolores; Mañaricua Arnaiz, Asier; Neira Melús, Sara; Martín Ramiro, José Javier

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Introducción: En el paciente politraumatizado, el traumatismo urogenital tiene una incidencia del 10-20%, con afectación renal en el 65-90% de los casos, siendo 3 veces más frecuentes en hombres que en mujeres. El tratamiento no quirúrgico de dichas lesiones sigue siendo el tratamiento de elección en la mayoría de los casos (estabilidad hemodinámica, traumatismos cerrados) reservando el tratamiento quirúrgico en traumatismos penetrantes o cuando el tratamiento conservador ha fracasado.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 79 años, sin antecedentes de importancia, que es traído al servicio de Urgencias por presentar caída desde aproximadamente 1,5 metros de altura, sufriendo traumatismo cráneo encefálico, con pérdida de conciencia y recuperación espontánea de la misma refiriendo dolor a nivel frontal derecho, sin ningún otro tipo de sintomatología asociada. Al examen físico se encontraba consciente y orientado, escala de coma de Glasgow de 15/15, vía aérea permeable, con collarín cervical tipo Philadelphia, hemodinámicamente estable, adecuada saturación de oxígeno, con herida a nivel frontal derecho y sin otro tipo de heridas externas. A pesar de la estabilidad hemodinámica, se realizó eco FAST, el cual fue negativo; radiografía de tórax sin hallazgos significativos, analíticamente sin alteraciones y macrohematuria en el examen de orina por lo que se realiza TAC abdomino-pélvico, en el cual se observó en el riñón izquierdo solución de continuidad en polo inferior compatible con laceración parenquimatosa con una profundidad de aproximadamente 2 cm. sin lesión del sistema excretor (AAST III - WSES II) asociado a hematoma subcapsular y extenso hematoma en grasa perirrenal con extensión hacia fascias pararenales anterior y posterior con pequeños focos de sangrado activo. Debido a que el paciente se encontraba en estables condiciones generales, con anemización de 1 g/dL en 24 horas, sin deterioro de la función renal y resolución de hematuria se mantiene en observación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A los 5 días de hospitalización se realiza TAC control reportándose disminución de los focos hipervasculares arteriales puntiformes y estabilidad del hematoma subcapsular y debido a la ausencia de signos de alarma se decide alta hospitalaria.



Discusión: El trauma contuso asociado a desaceleración a alta velocidad es el principal mecanismo de lesión en los traumatismos renales en el 90% de los casos en nuestro entorno. El diagnóstico se basa inicialmente en la historia y el estado clínicos del paciente (presencia de hematuria, dolor abdominal/en flancos, fracturas costales). La macrohematuria está presente hasta en el 95% y está relacionada con lesiones renales más graves. La TAC de abdomen multifase con contraste intravenoso es la técnica de elección en pacientes hemodinámicamente estables para el diagnóstico ya que el eFAST es poco sensible y específico para detectar dichas lesiones, con la posterior realización de TAC seriados de control en lesiones moderadas (AAST III). El manejo no quirúrgico debe ser el tratamiento de elección en pacientes estables indiferentemente del grado de severidad, siempre que se cuente con la experiencia y medios suficientes para manejar este tipo de pacientes.