

TRAUMA

La urgencia médica de hoy

Volumen
Volume 5

Número
Number 3

Enero-Abril
January-April 2002

Artículo:

Trauma renal y leucemia. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía de Trauma, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Medigraphic.com

Trauma renal y leucemia. Reporte de un caso

Dra. Guadalupe Cárdenas Martínez,* Dr. M. Fernando Rodríguez Ortega,* Dr. Alberto Basilio Olivares,* Dr. Sergio Delgadillo Gutiérrez*

Palabras clave: Trauma renal,
leucemia.

Key words: Renal trauma,
leukemia.

Resumen

El trauma renal está bien estudiado y se sabe que el 90% de los casos es causado por accidentes que involucran vehículos automotores; el 10% restante es debido a diversas causas y una de ellas es la agresión por otras personas.

El caso que presentamos es de un paciente masculino de 40 años que fue agredido y recibió contusiones en abdomen y región lumbar con objeto sólido.

De acuerdo al cuadro clínico inicial se diagnosticó trauma renal, pero la evolución durante su estancia hospitalaria y los cambios de los exámenes de laboratorio (biometría hemática y tiempos de coagulación) demostraron leucemia linfocítica aguda.

Es importante valorar de manera íntegra a los pacientes traumatizados pues puede haber, como en nuestro caso, patologías previas no diagnosticadas.

Abstract

The renal trauma is well studied and it is known that 90% of the cases is caused by accidents that involve self-driven vehicles; the remaining 10 % is due to diverse causes and one of them is the aggression by other people.

The case that we present belongs to a 40 year-old masculine patient that was attacked and he received bruises in the abdomen and lumbar region with a solid object.

According to the initial clinical history renal trauma was diagnosed, but the evolution during its hospital stay and the changes of the laboratory exams (hematic biometry and clotting time) they demonstrated acute lymphocytic leukemia .

It is important to fully value the traumatized patients because they can have, like in our case, previous pathologies not diagnosed.

* Hospital Central Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi".

Dirección para correspondencia:

Dra. Guadalupe Cárdenas Martínez

Luna No. 80-103, Edificio D. Col. Guerrero. Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

Teléfono: 5583-43-00

E-mail: ggccmm@ hotmail.com

Introducción

Como el trauma renal es una entidad bien estudiada, los principales mecanismos que lo ocasionan son el tipo contuso (accidentes de vehículo automotor) en el 90% de los casos, no teniendo diferencia significativa entre el lado derecho e izquierdo.^{1,2}

En este artículo se menciona el caso del paciente con antecedente de trauma renal y leucemia linfocítica aguda.

Caso clínico

Paciente masculino de 40 años el cual ingresa a urgencias por sus propios medios con antecedente de agresión por terceras personas de 4 días de evolución y recibiendo contusiones en abdomen y región lumbar con objeto sólido, acompañado de dolor y hematuria de 3 días de evolución que no desaparece.

Exploración física: paciente consciente, orientado, íntegro, marcha normal, cabeza sin alteraciones pupilas normorreflexicas, cuello sin alteraciones, tórax no presenta dolor a la palpación, campos pulmonares adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos sin alteraciones, abdomen plano, blando, depresible, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, giordado (+) derecho, no se observan equimosis ni megalias, extremidades íntegras sin alteraciones.

Diagnóstico de ingreso: contusión renal.

Radiografía de abdomen de pie y decúbito: gas en marco cólico, no hay asas fijas o niveles hidroaéreos.

Laboratorio de ingreso: Hgb 18.3, Hcto 26, leucocitos 53,000, segmentados 11, bandas 6, blastos 71, monocitos 4, glucosa 137, urea 48, BUN 22.4.

Examen general de orina: pH 7, densidad 1,010, abundantes eritrocitos e incontables leucocitos.

Tomografía axial de abdomen: aumento de tamaño de riñón derecho y dilatación de uréter derecho. Se ingresa a hospitalización.

Paciente el cual continúa con hematuria, por lo cual se solicita valoración por urología, se solicitan tiempos de coagulación, los cuales reportan: TP 59% por lo que se agrega al tratamiento plasma fresco congelado.

En su evolución el paciente presenta hematemesis en pozos de café, evacuaciones melénicas cuatro de manera consecutiva y picos febriles de 39°C. Además de palidez de tegumentos, tos pro-

ductiva, expectoración blanquecina; por lo cual se agrega al tratamiento antibiótico e inhibidor de la bomba de protones.

Se solicitan laboratoriales de control, los cuales reportan: Hgb 2.5, Hcto. 8, leucocitos 108,400, blastos 86%, TP de 27% y TPT de 32", cursa en este periodo con taquicardia y mal estado general por lo cual nuevamente ingresa a urgencias y se solicita valoración por servicio de hematología con diagnóstico de: Pb leucemia mielocítica aguda, se inicia paquete globular. Posteriormente se traslada a hospital de oncología con diagnóstico de ingreso de leucemia linfocítica aguda.

Discusión

Paciente con antecedentes de trauma contuso toracoabdominal previo, asintomático sin antecedentes de importancia. A su ingreso con hematuria y dolor de 3 días de evolución, se inicia protocolo de estudio de trauma renal.^{1,2}

Llama la atención en exámenes de laboratorio (biometría hemática) leucocitosis de 53,000 y blastos de 71% a su ingreso, la TAC de abdomen presenta dilatación de uréter derecho, astenia y adinamia acompañada de fiebre, hematemesis en pozos de café y persistencia de hematuria. El nuevo control de laboratorio presenta 108,000 leucocitos, aumento de blastos por lo cual continúa con sintomatología y deterioro del estado general.

De acuerdo al cuadro clínico inicial se integró diagnóstico de trauma renal, pero la evolución durante su estancia hospitalaria y los cambios de los exámenes de laboratorio (biometría hemática y tiempos de coagulación) presencia de formas juveniles o precursoras, se sospecha de patología hemática, con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda.¹⁻³

La leucemia en la población mexicana en general se encuentra con tendencia y elevación definida como neoplasia del sistema hematopoyético en la sangre y médula ósea. La médula ósea es usualmente reemplazada por estas células en la sangre periférica. Se eleva la cuenta de células blancas y se aprecia poco o nada de células neoplásicas. La expansión usualmente ocurre en la línea linfocítica o mielóide, raramente afecta a líneas eritrocitarias o megacariocitos.³

Las leucemias comprenden de 4 a 5% de todos los cánceres de todas las edades, es más común en niños. Se reporta una incidencia en EUA de 3 a 5

pacientes por cada 100,000 habitantes y prevalencia mayor en hombres con relación de 1.4:1.1 la leucemia más común es la leucemia mielocítica aguda, seguida de la linfocitaria aguda en un 75 a 80% en los niños; la crónica es rara en niños y se presenta con más frecuencia en jóvenes de 30 años.³

Las leucemias se clasifican de acuerdo al tipo de células involucradas: mieloide o linfóide y en agudas y crónicas de acuerdo al tiempo de evolución.³

Las causas de leucemia no son bien conocidas y aún se considera multifactorial; en lo que interviene: carga genética, alta incidencia de padres a hijos por ejemplo cromosoma Filadelfia. Además de enfermedades congénitas con alta predisposición a presentar leucemia tales son los síndromes de Down, de Bloom, de Klinefelter, de Falconi y de Wiskott-Aldrich. Además se asocia a factores como la radiación ionizante (bomba atómica), químicos (benceno, hidrocarburos aromáticos y agentes quelantes) y algunos virus (retrovirus RNA).³

Las manifestaciones clínicas más comunes son como hallazgo, tal es el caso de pacientes pediátricos los cuales presentan equimosis con o sin asociación a trauma (sangrado entre dermis y tejido celular subcutáneo) Bruise.⁴

Más de 30,000 adolescentes en EUA practican actividades recreativas y teniendo como primera manifestación de leucemia las lesiones en el sistema musculoesquelético en este caso se define como microtrauma (crónico) y macrotrauma (agudo.)

Los pacientes que practican algún deporte inician con astenia y adinamia además de pérdida de peso, equimosis y la sintomatología más común es la epistaxis además de fracturas patológicas y es por lo que se inicia el estudio hematológico y se diagnostican las leucemias.⁵

El hallazgo de laboratorio más común que se tiene en cualquier edad es la leucocitosis mayor de 11,000 por mm³ y cursan con más frecuencia de padecimientos infecciosos e inflamatorios y la menos común pero la más importante es una enfermedad de médula ósea; las enfermedades de médula ósea deben de sospecharse en pacientes quienes presentan aumento de la cuenta blanca, disminución de cuenta plaquetaria, pérdida de peso, hemorragia, hepatoesplenomegalia o linfadenopatía, la más común de las patologías de médula ósea son las leucemias. Hay otras causas de presencia de aumento de cuenta blanca como son la estimu-

lación externa (respuesta inflamatoria, estrés, uso de drogas y trauma), o afección primaria de médula ósea (leucemia aguda y crónica, y enfermedades mieloproliferativas.)

Se tiene en cuenta, que una cuenta leucocitaria de más de 50,000 se define como reacción leucemoide, se encuentra en esta categoría el síndrome preleucemoide el cual presenta: citopenia, aumento de blastos, anormalidades cromosómicas y oncológicas (Ca de ovario, mieloma múltiple y linfoma Hodgkin).⁶

Además de leucocitosis se presenta plaquetopenia la cual causa hemorragias en el siguiente orden de frecuencia: piel, mucosa de tracto gastrointestinal, linfadenopatías y tracto genitourinario.⁷

Causas más comunes de trombocitopenia son las idiopáticas en edad pediátrica caracterizadas por esplenomegalia y en ciertos casos se debe realizar esplenectomía para lograr cierta mejoría.⁸

Los pacientes cursan con cuadros febriles debidos a la granulocitopenia que presentan, identificándose clínicamente como cuadros infecciosos.

La influencia del trauma, procesos inflamatorios y algunas enfermedades malignas inducen una gran constelación de respuestas colectivas la cual es comúnmente denominada respuesta de fase aguda, la cual es causada por la liberación de citocinas.⁹

Cuando existe fiebre se asocia generalmente a procesos infecciosos, sin embargo, existen deficiencias inmunitarias. Dado es el caso en pacientes inmunocomprometidos (VIH positivos, leucemias, procesos mieloproliferativos) siendo el único síntoma en estos pacientes.¹⁰

Se menciona que los pacientes a cualquier nivel cursan con defectos de coagulación expresada en exámenes de laboratorio como trombocitopenia, la cual se presenta clínicamente como hemorragia en algún sitio siendo la única manifestación de malignidad y debe de realizarse diagnóstico diferencial de otras patologías hematológicas (enfermedad de Von-Willebrand, CID, síndrome de Trousseau).¹¹

Hasta el momento únicamente se han analizado manifestaciones de la leucemia, en este caso clínico lo que el paciente presenta es hematuria macroscópica, lo que se manifiesta como un signo de la leucemia, pero únicamente se relaciona con el trauma debido al antecedente y sin presencia de patología previa. De acuerdo a la evolución de la enfermedad a nivel renal, el paciente puede cursar con falla renal aguda.¹²

El tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica es la quimioterapia con algunos de los siguientes medicamentos: vincristina y prednisona en un 90% de los casos y en algunos es factible la utilización de trasplante de médula ósea.

Conclusión

Pacientes con antecedente de trauma abdominal contuso (renal), no debe de considerarse como única causa de hematuria (micro o macroscópica) como signo más frecuente de trauma renal, hay que valorar de manera íntegra al paciente valiéndose además de métodos diagnósticos como en este caso de biometría hemática con diferencial de células, tiempos de coagulación y cuenta plaquetaria, dado que únicamente en los pacientes de trauma por protocolo de ATLS se realiza BH y tiempos de coagulación, hay que tomar en cuenta que el paciente puede tener patologías previas con o sin diagnóstico.

Además hay que tener en cuenta que no todos los pacientes presentan trauma único y puede asociarse en la mayoría de las veces con traumatismo craneoencefálico y no pueden ser referidas patolo-

gías previas por el paciente o sintomatología sugestiva de cualquier padecimiento.

Referencias

1. Mattox KL, Feliciano DV. *Texto de trauma*. Cuarta edición. Vol. 1. Editorial McGraw-Hill. México, D.F. 2001.
2. Rodríguez A, Ferrada R. Sociedad panamericana de trauma. *Texto de trauma*. Primera edición. Editores asociados. Colombia 1997.
3. Harrison MD. *Texto medicina interna*. Edición 13a. Editorial McGraw-Hill. Tomo II.
4. Coulter K. Bruising and skin trauma. *Pediatrics in review* 2000; 21(1).
5. Patel DR. Sports injuries in adolescents. *Medical Clin North Am* 2000; 84(4).
6. Abramson N. Leukocytosis: Basics of clinical assessment. *Am Fam Physician* 2000; 62(9).
7. Parker RI. Etiology and treatment of acquired coagulopathies in the critically ill adult and child. *Critical Care Clinics* 1997; 13(3).
8. Medeiros D. Current controversies in the management of idiopathic thrombocytopenic purpura during childhood. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43(3).
9. Dinarello CA. Thermoregulation and the pathogenesis of fever. *Infect Dis Clin North Am* 1996; 10(2).
10. Mendelson M. Fever in the immunocompromised host. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16(4).
11. Goad KE. Coagulation disorders in cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996; 10(2).
12. Agrawal M. Acute renal failure. *Am Fam Physician* 2000; 61(6).