

Quiste renal roto por trauma

Dr. Alberto Basilio Olivares,* Dr. Jesús Fermín Escobedo Anzúrez*

Palabras clave: Trauma,
quiste renal, tomografía,
laparotomía.

Key words: Trauma, renal
cyst, tomography, laparotomy.

16

Resumen

Ingresa paciente del sexo masculino de 23 años de edad, al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Rubén Leñero con el antecedente de haber sufrido trauma cerrado con puños aproximadamente 2 horas antes. Desde su ingreso las constantes vitales se encontraron en parámetros normales, TA 110-80 mmHg, FC 92x', Fr 23x', T 35.5°C. Clínicamente no presenta huellas de contusión ni hematomas, se encuentra tranquilo, refiere que sólo fue una «simple riña», sin pérdida del estado de alerta, manifiesta dolor en el dorso, aumentando de intensidad desde el incidente hasta su valoración, no datos de irritación peritoneal, ni de choque traumático, tomamos la decisión de efectuar tomografía abdominal contrastada, donde apreciamos una gran colección retroperitoneal desplaza asas de colon y de intestino delgado. Súbitamente presenta dolor abdominal intenso por lo que decidimos realizar laparotomía exploradora. Descubrimos un gran hematoma retroperitoneal, zona II izquierdo, con un gran contenido de orina y sangre 1,000 cc aproximadamente, dependiente de una masa quística renal, la cual contiene tejido renal sangrante, se realiza excisión del quiste y se completa la nefrectomía, el paciente evoluciona sin complicaciones, egresando a los 5 días.

Abstract

Male 23 years old arrive at emergency service of Dr. Ruben Leñero Hospital, he suffer stroke hit approximately 2 hours before. Since entrance the vital signs found stables TA 110/80, FC 92x', T 35.5°C. Clinically without signs of contusion or hematoma, the patient is quiet, he say that only was a «simple dispute» with loss alert status, with pain in dorsum, increasing of intensity since the dispute at moment of to be valued, no facts of peritoneal irritation, or traumatic shock, we take CAT scan abdominal with contrast, appear big retroperitoneal collection displace the colon and small bowel. Suddenly has intense pain and is carried at operating room and discovered a big retroperitoneal hematoma zone II left, with urine and blood 1,000 cc approximately depending of a cystic renal mass, contain tissue renal bleeding, the surgical management is excision of cyst and nefrectomy, the patient is egressed in 5 days without complications.

* Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Rubén Leñero.

Dirección para correspondencia:
Dr. Alberto Basilio Olivares
Av. Ejército Nacional Núm. 1042. Los Morales Polanco 11620 53951111

Introducción

Los quistes renales son saculaciones llenas de líquido de diferente tamaño, habitualmente pequeño, con paredes delgadas, casi siempre son benignos; se asocian generalmente a adultos mayores de 50 años, y se dice que en esa edad, el 50% de la población los tiene, el diagnóstico es muchas veces por hallazgo, el ultrasonido y la TAC, son el mejor método para evidenciar el quiste.¹ Habitualmente no dan sintomatología y existen dos tipos, los que dependen de una enfermedad poliquística y los que se presentan como una masa única idiopática, se han reportado en la literatura casos de quiste renal roto asociado a trauma deportivo intenso, donde el manejo fue marsupialización, sin embargo hubo que reintervenir por recidiva.²

El trauma urogenital se presenta en el 4% de todos los casos de trauma, el riñón se lesiona en el 85% de los casos de trauma urológico, la contusión cerrada es la principal causa con 80% de incidencia.^{3,4}

Existen diferentes modalidades diagnósticas, desde la sospecha, por el antecedente, hematuria, micro o macroscópica, con alta sensibilidad, nos orienta a la presencia de lesión, no la magnitud, aunque un 35% de los casos cursan sin hematuria, con lesión grave. La radiografía simple nos orienta cuando se presentan fracturas de vértebras lumbares y sus apófisis transversas, fracturas de últimos arcos costales. El ultrasonido tiene dos modalidades diagnósticas, el FAST, cuya finalidad es diagnosticar únicamente líquido y la monografía renal donde se pueden localizar lesiones parenquimatosas renales y determinación del flujo vascular renal, la urografía excretora, nos precisa si existe fuga del medio de contraste, y en la actualidad la modalidad más acuciosa es la tomografía computarizada, ya que evalúa la severidad de la lesión, asociación de lesiones, y permite una reconstrucción tridimensional, que nos lleva a establecer el protocolo de manejo no quirúrgico, porque podemos seguir la evolución esperando la limitación del daño.^{4,5}

La clasificación se basa en la propuesta por la Asociación Americana de Cirugía de Trauma (AAST) en 1989; las divide en 5 grados, la grado I, contusión con hematoma subcapsular sin daño parenquimatoso, grado II, hematoma perirrenal, con laceración parenquimatosa menor a 1 cm de profundidad, el grado I y II no requieren tratamiento,

grado III laceración mayor a 1 cm de profundidad sin afectación del sistema colector, requiere rafia, grado IV, implica lesión de corteza, médula y sistema colector, puede ser tratada mediante polectomía, nefrourrafia con parche o nefrectomía. Las grado V con laceración renal total, con desprendimiento vascular, el tratamiento habitualmente es nefrectomía.^{5,6}

Hoy día, es común que las lesiones renales sean manejadas sin necesidad de someter a laparotomía a los pacientes, el advenimiento de la tomografía, y la disponibilidad de quirófanos ha facilitado este proceso,⁷ por lo que se deben estadificar las lesiones desde el punto de vista tomográfico, precisa de estabilidad hemodinámica, ausencia de lesiones que no requieran laparotomía, disponibilidad de sangre y de soluciones calientes. Sin embargo, hay que recordar que el 25% de los casos manejados sin cirugía presentan algún tipo de complicación, principalmente sépticas.

Reporte del caso

Ingresó paciente masculino de 23 años con el antecedente de haber sufrido 2 horas antes de su ingreso agresión por terceras personas caracterizada por golpes contusos, puñetazos: según el paciente la agresión no la consideró grave, no le dio importancia inmediata, él mismo se consideró triunfador de su pelea, continúa con las actividades escolares sin embargo inicia dolor lumbar no específico, el cual no cede motivo por el cual acude al Hospital Dr. Rubén Leñero donde es valorado como lumbalgia de esfuerzo, por el antecedente de la riña, sin interconsultar al servicio de cirugía general. El dolor se vuelve espástico persistente, por lo que en una revisión de rutina por nuestros residentes es evaluado, llama la atención la persistencia del dolor sin embargo, se encuentra tranquilo, sin evidencia de irritación peritoneal los signos vitales TA 110/80 mmHg, Fc 93x', Fr 23x', T 35.5°C, no contamos en ese momento, con gasómetro ni ultrasonido para realizar FAST, el dolor está localizado y vagamente irradiado al abdomen, interrogamos si había recibido trauma directo en región dorsal, sin recordarlo, solicitamos EGO, el cual reporta 20 eritrocitos por campo, sin hematuria macroscópica, lo sometimos a una TAC, la cual reporta exclusión renal izquierda, con abundante líquido en retroperitoneo de ese mismo lado, inclusive el contenido peritoneal está rechazado hacia delante.

En la figura 1, observamos la TAC, donde se muestra la exclusión renal con una gran colección líquida.

Aunque no existe una correlación clínico-image-nológica, decidimos explorar al paciente en quirófano, por lo cual lo sometimos a una laparotomía exploradora, al abordar la cavidad abdominal no encontramos hemoperitoneo, aunque localizamos un gran hematoma retroperitoneal del lado izquierdo, el cual rechaza el ángulo esplénico del colon y las asas de intestino delgado, como se muestra en la figura 2.

Abordamos el retroperitoneo a través de la fascia de Toldt, mediante la maniobra de Rockytanski, apreciamos abundante líquido hemático, se toma

una muestra de líquido para citoquímico y cultivo, la que resultó compatible con orina y abundantes eritrocitos, no encontramos un sitio de sangrado activo, al aspirar el líquido evidenciamos una cavidad de tipo quística renal, rota, sin sangrado activo, como se aprecia en la figura 3.

Tomamos la decisión de extirparlo, dado que no se definió con claridad el tejido renal y por el riesgo de urinomas y consecuentemente sepsis, localizamos el hilio hipotrófico, los vasos renales disminuidos de calibre, se aislan, se pinzan y ligan por separado, seguimos el uréter también adelgazado en su calibre y lo ligamos distal. La pieza extirpada se muestra en la figura 4.



18

Figura 1. Observamos exclusión renal izquierda con gran contenido líquido, rechazando las asas.

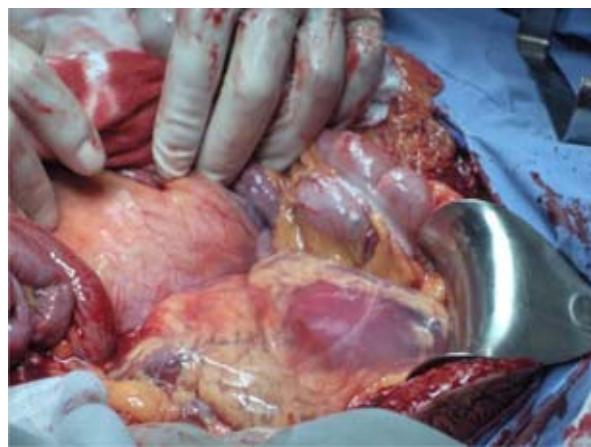


Figura 2. Gran hematoma retroperitoneal Zona II derecha, el colon se ve rechazado.



Figura 3. La cavidad quística renal rota como se encontró al momento de exponerla.



Figura 4. Se muestra la pieza extirpada.

Se colocó un drenaje tipo Penrose al lecho renal, mismo que se retiró en 3 días por ausencia de pérdidas, la función renal, conservada; desde el principio se demostró la funcionalidad del riñón contralateral, se egresa a los 5 días de internamiento sin ninguna complicación, se cita a la consulta externa.

No se pudo dar seguimiento porque el paciente no regresó a la consulta externa, así mismo, la pieza se le entregó por petición familiar, por lo que hasta el momento desconocemos los hallazgos histopatológicos. Debido al tipo de población y casos que atendemos en nuestro hospital, debemos tomar decisiones rápidas y precisas, siempre tratando de integrar todos los elementos diagnósticos a nuestro alcance.

Referencias

1. Evaluation of incidental renal and adrenal mass. www.aafp.org/20010115/288.htm
2. Villanueva V. Enfoque diagnóstico de la hematuria. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina* 2001; 101: 31-35.
3. Rodríguez MF, Viteri Y, Vivas L, Ottolino P. *Manejo del paciente traumatizado*. Editorial Básica 1 CA. 1^a Edición.
4. Ferrada RRA. Trauma. Ed. Sociedad Panamericana. 1a. edición.
5. Santucci RA, McAninch et al. Validation of the American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Severity Scale for the Kidney. *Journal Trauma* 50: 195-200.
6. Skinner, Parisky et al. Management of complex urologic injuries. *Surg Clin North Am* 1996; 76: 861-878.
7. Federle, Brant et al. *Computed tomography in the evaluation of trauma*. 2nd Ed. Baltimore. Williams & Wilkins. 1986: 265-270.