

Nombre:	Cecilia
Apellido:	Rubio Maicas
Otros Autores:	Nerses Nersesyan, Juan José Pomares Pomares, Juan Ignacio Cervera Miguel, Rosa Dosdá Muñoz, Julio Palmero da Cruz
E-mail:	<a href="mailto:ceciliarubiomaicas@hotmail.com">ceciliarubiomaicas@hotmail.com</a>
Hospital:	Hospital Clínico Universitario
Ciudad:	Valencia
Título:	Laceración de la vía excretora urinaria tras traumatismo abdominal leve
Presentación:	Mujer de 79 años que acude a urgencias por dolor costal izquierdo y hematuria tras contusión abdominal por caída casual en su domicilio. Se realiza TC abdominopélvico en vacío y tras administración de contraste intravenoso en fase arterial, venosa y excretora, donde se objetiva extravasación de contraste en la fase excretora a nivel de la unión ureteropélica izquierda asociado a mínima cantidad de líquido libre y cambios inflamatorios.
Discusión :	<p>El riñón es un órgano de localización retroperitoneal muy protegido por las estructuras que lo rodean (costillas, musculatura, peritoneo y grasa). Tras un traumatismo abdominal, el riñón puede estar afectado hasta en un 10% de los casos. Suelen ser lesiones menores pero en los casos graves es frecuente que asocien afectación de otros órganos. Lo más frecuente son los traumatismos cerrados por impacto directo o desaceleración rápida. La tomografía computarizada (TC) es la prueba de elección para el diagnóstico precoz por ser la más rápida y accesible siendo recomendable realizar cuatro fases (basal, arterial, venosa y excretora). Nos aporta información anatómica y funcional permitiendo clasificar las lesiones renales en cinco grados, siendo el grado I (contusión y/o hematoma renal) el más frecuente. Así mismo, nos permite valorar la afectación de la vía excretora (unión ureteropélica, uréteres, unión ureterovesical y vejiga) y de las estructuras vasculares.</p> <p>Las complicaciones secundarias a un traumatismo renal pueden ser tempranas (primer mes) o tardías. Las más frecuentes son la fuga urinaria, el urinoma infectado, absceso perirrenal, HTA e hidronefrosis.</p> <p>El tratamiento suele ser conservador pero hasta un 5-10% de los pacientes requerirán cirugía. En los traumatismos a partir de grado IV se recomienda realizar control radiológico 24-48h tras el ingreso si se ha decidido realizar manejo conservador sobre todo si existe extravasación urinaria.</p>
Conclusión:	La afectación renal y de la vía excretora urinaria supone hasta un 10% de las lesiones en pacientes politraumatizados. El diagnóstico precoz mediante TC en distintas fases es fundamental para el inicio del tratamiento y para evitar las complicaciones.
Bibliografía:	<p>CT findings in blunt renal trauma. Harris et al. RadioGraphics, 2001, October, Vol.21 Special Issue.</p> <p>Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma. Raquel Cano Alonso, Susana Borrueal Nacenta, Patricia Diez Martinez, Angel Sanchez Guerrero, Carlos Garcia Fuentes. RadioGraphics, 2009, Vol.29: 2033-2053.</p> <p>MDCT findings of renal trauma. Soo Jin Park, Jeong Kon Kim, Kyoung Won Kim, Kyoung-Sik Cho. AJR:187, August 2006.</p>
Pie de foto:	Mujer de 79 años. TC abdominopélvico axial en vacío (A), fase arterial (B), fase

	excretora (C) y coronal fase excretora (D). Laceración de la vía excretora izquierda con extravasación de contraste a nivel de la unión ureteropielica (flechas)
--	--