

Juan Enrique	Nombre:
Gutiérrez Alliende	Apellido:
Rogelio Velazco, Carme Lozano	Otros Autores:
juanegutierrez@gmail.com	E-mail:
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Hospital:
Barcelona	Ciudad:
Hematuria en un paciente politraumatizado.	Título:
Niña de 11 años sin antecedentes clínicos derivada de Andorra por politraumatismo en relación a accidente de esquí. En TC toraco-abdominal se observa un neumotórax izquierdo asociado a fracturas costales. Es derivada a nuestro centro donde ingresa hemodinámicamente estable refiriendo dolor lumbar izquierdo que requiere manejo con mórficos. En la analítica de ingreso destaca leucocitosis y la presencia de macrohematuria. Se realiza ecografía abdominal que muestra disminución de la ecogenicidad renal izquierda asociado a disminución de la señal doppler por lo que se decide realizar TC abdominal con contraste EV en el que se evidencia una lesión traumática de la arteria renal izquierda a 1 cm de su origen con la consecuente ausencia de captación de contraste de la mayor parte del riñón izquierdo.	Presentación:
Se realiza el diagnóstico de infarto subtotal renal izquierdo secundario a lesión traumática de la arteria renal ipsilateral en contexto de politrauma. Los politraumatismos son la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y la patología neoplásica, siendo la primera causa de muerte en pacientes menores de 45 años. El riñón es el tercer órgano más afectado en traumatismo abdominal no penetrantes. Las lesiones vasculares renales son el 10% de todas las lesiones renales en politraumatismo no penetrantes. La lesión aislada de la arteria renal después de un traumatismo no penetrante es muy rara, con una incidencia de 0.01% de todos los pacientes traumáticos. La oclusión/laceración de la arteria renal se asocia a mecanismos de desaceleración rápida.	Discusión :
Si bien las lesiones vasculares en pacientes postraumáticos no penetrantes son raras, se deben sospechar ante politraumatismo graves con mecanismos de aceleración/desaceleración importante (accidente de coche, deportes de riesgo). Se debe sospechar una lesión renal en contexto de politrauma ante un paciente que presenta hematuria (micro/macro), PAS < 90 mmHg, y dolor en flancos.	Conclusión:
N. Djakovic, E. Plas, L. Martínez- Piñeiro, Th. Lynch, Y. Mor, R.A. Santucci, E. Serafetinidis, L.N. Turkeri, M. Hohenfellner. Guía clínica sobre los traumatismos urológicos. European Association of Urology Paparel P, N'Diaye A, Laumon B, Caillot JL, Perrin P, Ruffion A. The epidemiology of trauma of the genitourinary system after traffic accidents: analysis of a register of over 43,000 victims. BJU Int 2006 Feb;97(2):338-41.	Bibliografía:

<p>Bruce LM, Croce MA, Santaniello JM, Miller PR, Lyden SP, Fabian TC. Blunt renal artery injury: incidence, diagnosis, and management. Am Surg 2001 Jun;67(6):550-4; discussion 555-6</p> <p>Kawashima A1, Sandler CM, Corl FM, West OC, Tamm EP, Fishman EK, Goldman SM. Imaging of renal trauma: a comprehensive review. Radiographics. 2001 May-Jun;21(3):557-74.</p>	
<p>TC abdominal. A) Oclusión completa de la arteria renal izquierda a aproximadamente 1 cm de su origen (flecha roja). B) En relación a lo anterior se observa una ausencia de captación de contraste EV de la mayor parte del riñón izquierdo. Persiste perfusión del polo superior.</p>	<p>Pie de foto:</p>