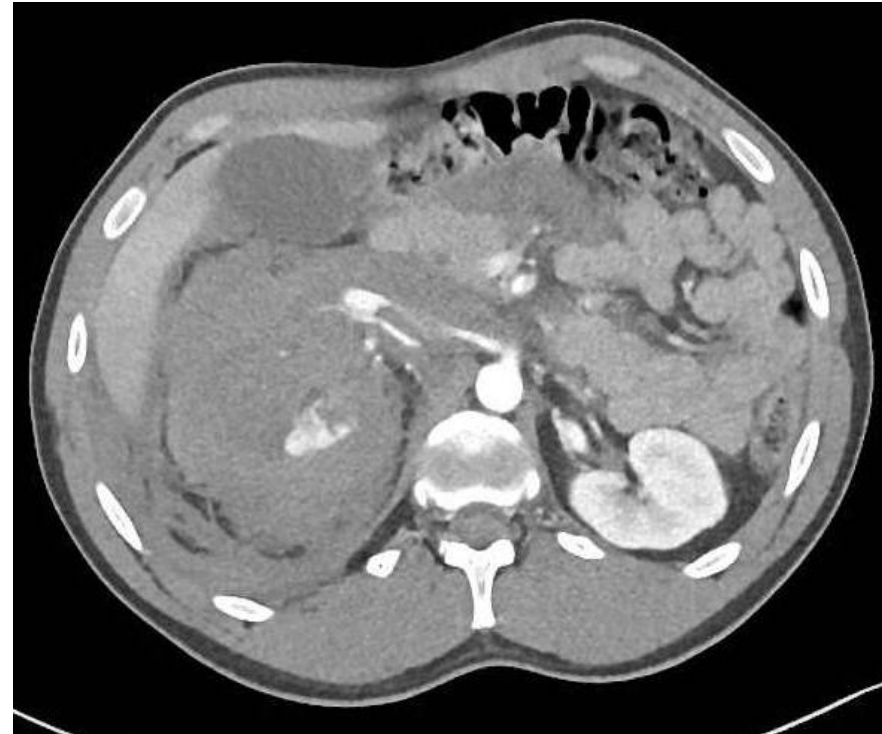


# TRAUMA RENAL



***Dr. Pablo PRATESI***

***Jefe de UCI – HUA***

***Director de la Carrera de Medico Intensivista – UA***

***Profesor de Emergentologia – FCB – UA***

***Ex-Presidente SAMCT***



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
**AUSTRAL**

UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS



## OBJETIVOS

- **Caso Clínico**
- **Epidemiología**
- **Diagnostico**
- **Tratamiento**

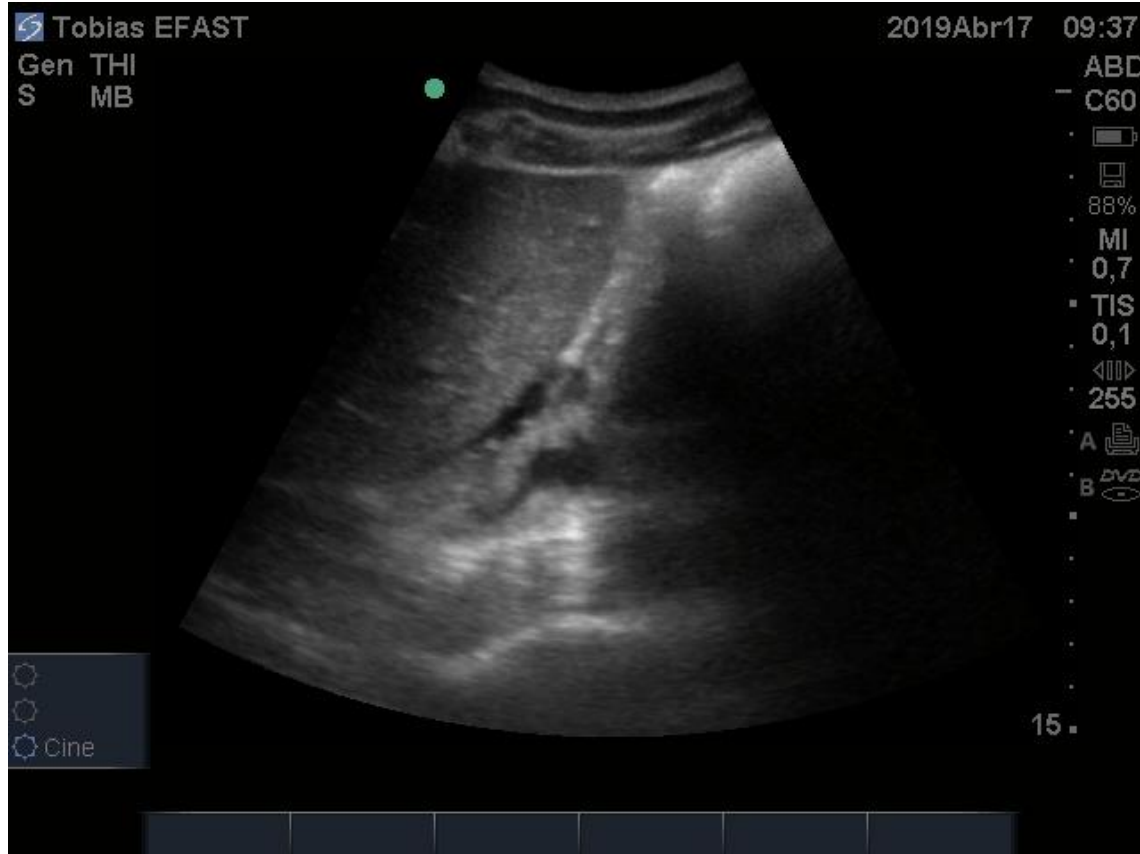
## CASO CLINICO

- **Varón, 25 años**
- **Trauma Contuso de Torso, secundario a Práctica Deportiva**
- **Evaluación Inicial**  
**A – B: Ok / C: Taquicardia / D – E: Ok**
- **Dolor Abdominal. Descenso de la Hb (14 a 10)**

# TRAUMA RENAL

**E-FAST**

# TRAUMA RENAL



# TRAUMA RENAL



## Angio TC

# TRAUMA RENAL

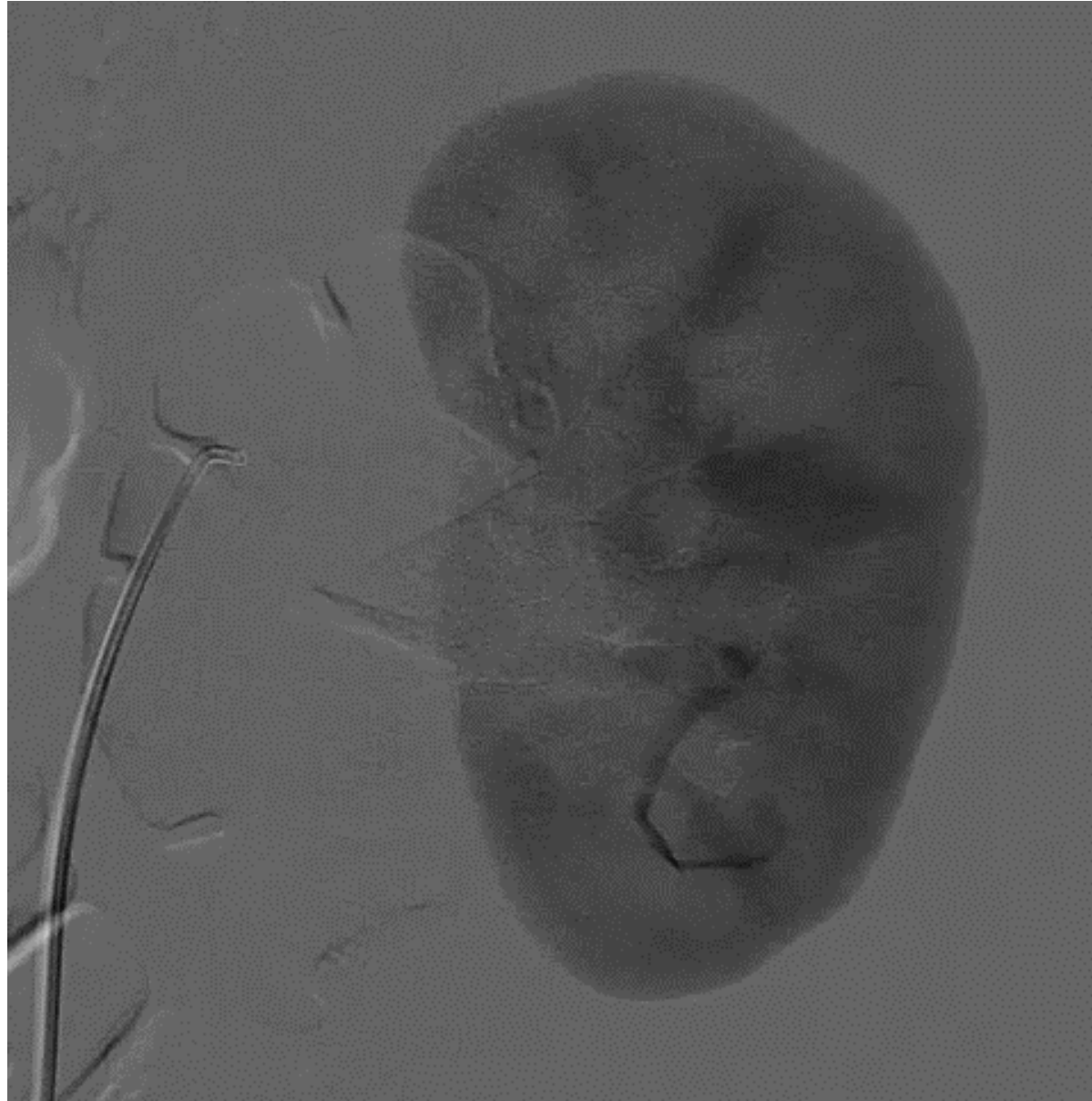


**Hemodinamia  
c/Eventual Embolización**

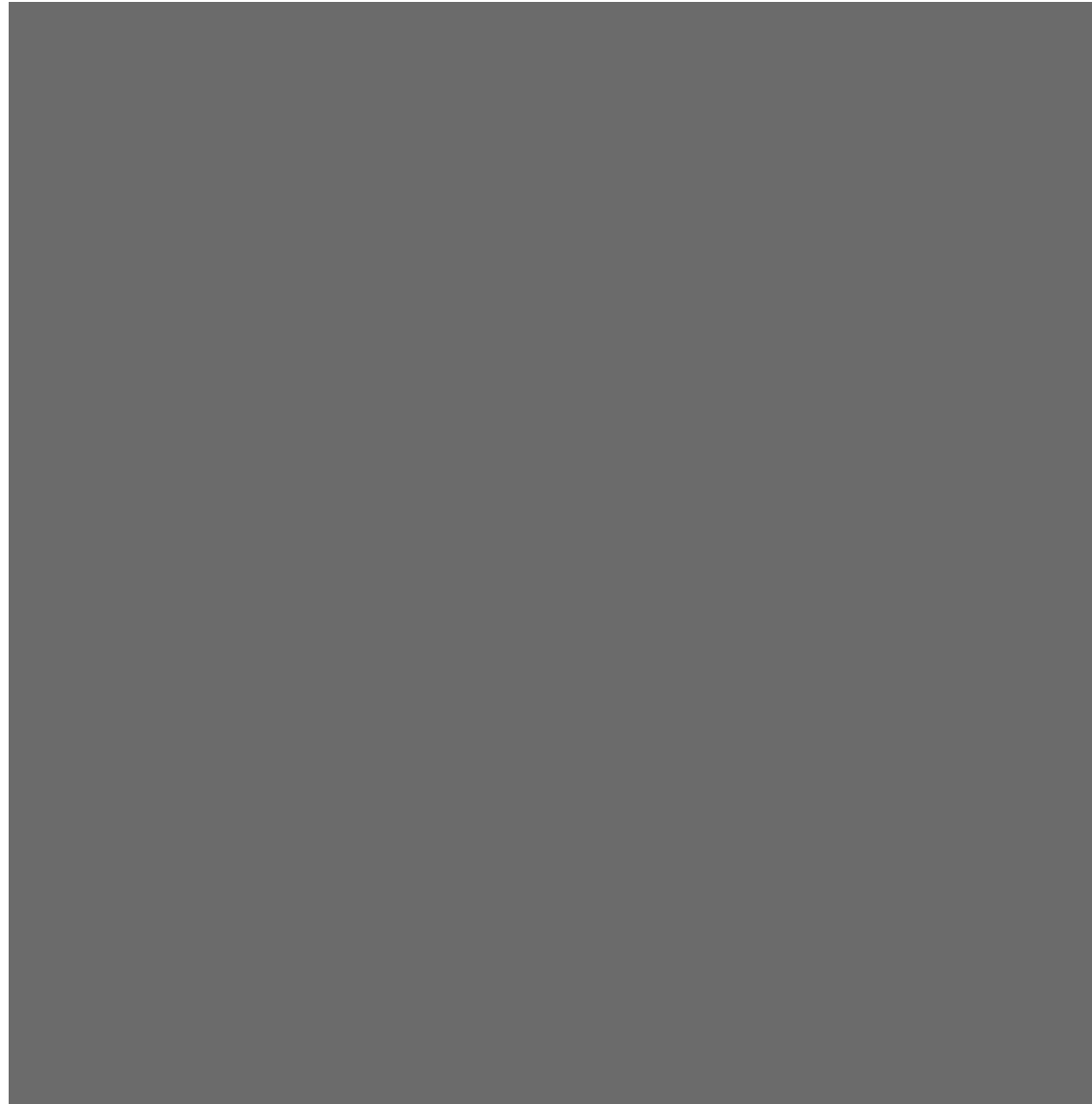
# TRAUMA RENAL



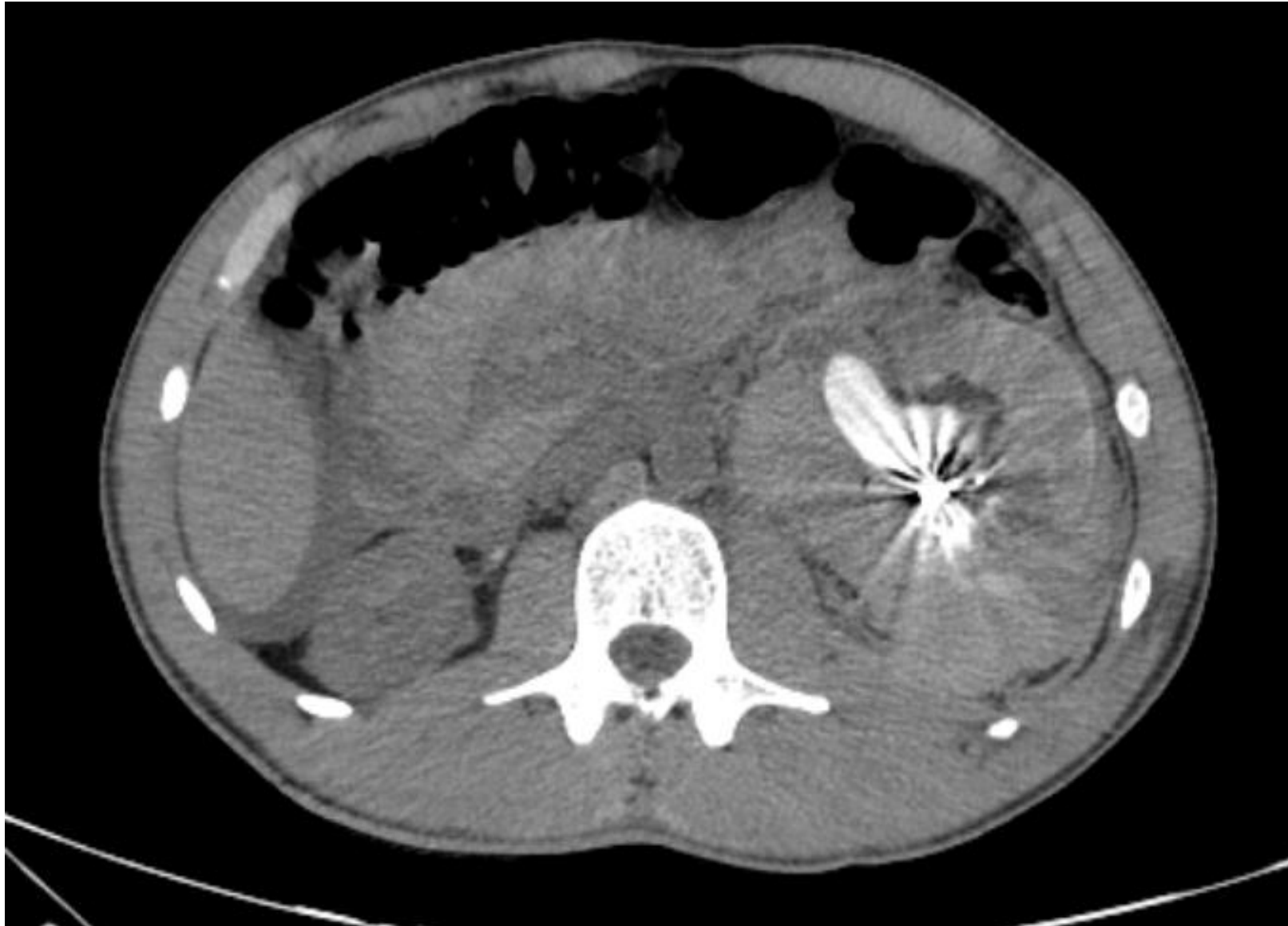
# TRAUMA RENAL



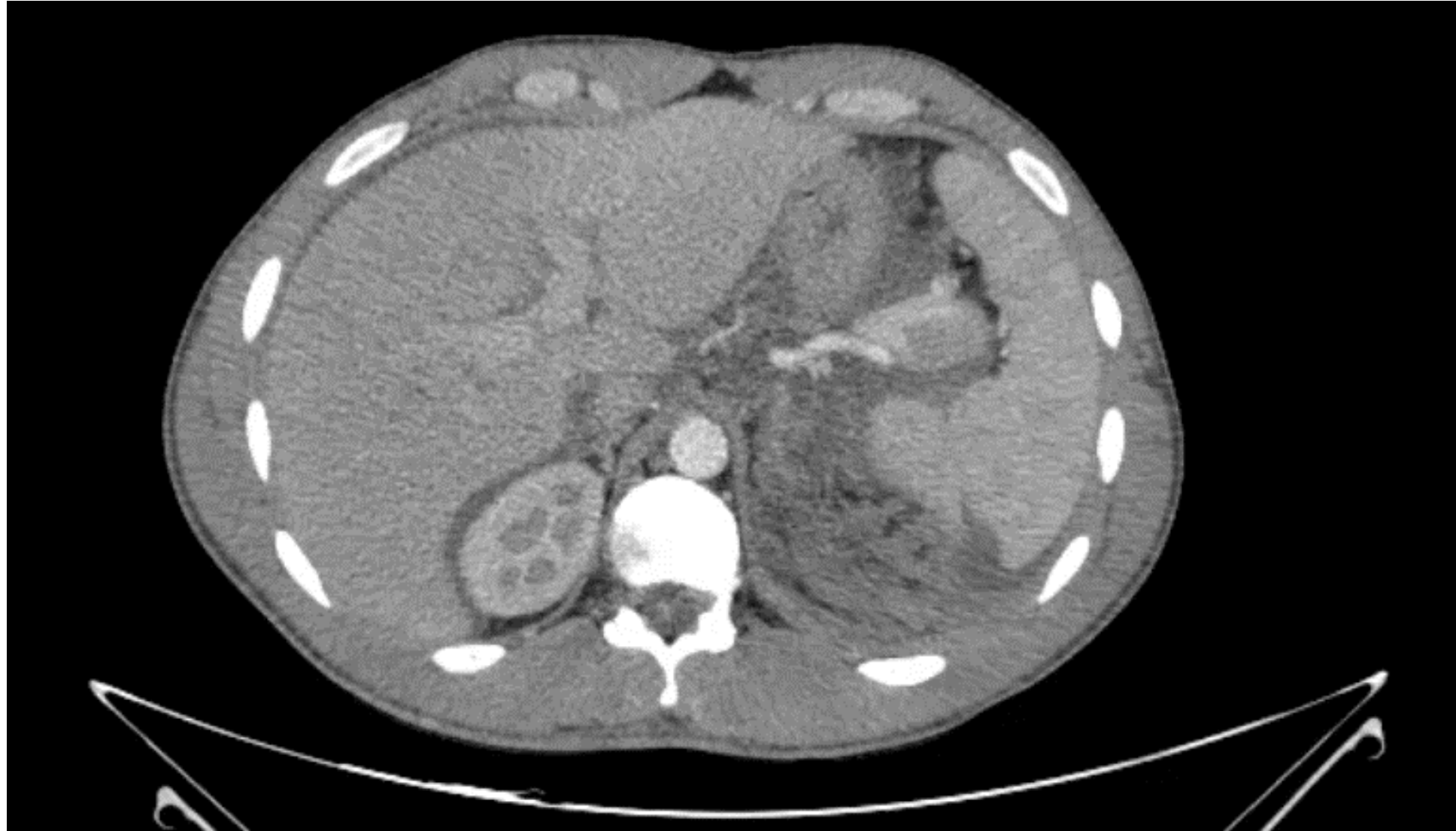
# TRAUMA RENAL



# TRAUMA RENAL



# TRAUMA RENAL



# TRAUMA RENAL

- **Manejo NO Operatorio**
- **EFAST +**
- **Angioembolizacion**
- **Leak Urinario: Cateter Doble J**
- **Control Evolutivo**
- **Alta a los 14 dias**

# TRAUMA RENAL

## EPIDEMIOLOGIA

- TR: 1 – 5% de los Ingresos por Trauma
- 10% de los Ingresos por Trauma Abdominal
- Tr. Contuso 9:1 Trauma Penetrante

- **Causas:**

CONTUSO	IATROGENICO
Caídas	Procedim. Urológicos (Litotr. Ext)
Vehículos de Recreación	Biopsia Renal
Bicicletas	Procedim. Percutáneos
Deportes	Intraoperatorio
	Rechazo de Injerto Renal

## DIAGNOSTICO

- **Antecedente Traumático: Mecanismo Lesional**
- **Semiología: Dolor** (abdomen, lumbar, flancos)
- **Hematuria** (macro y micro)
- **Sistemática**

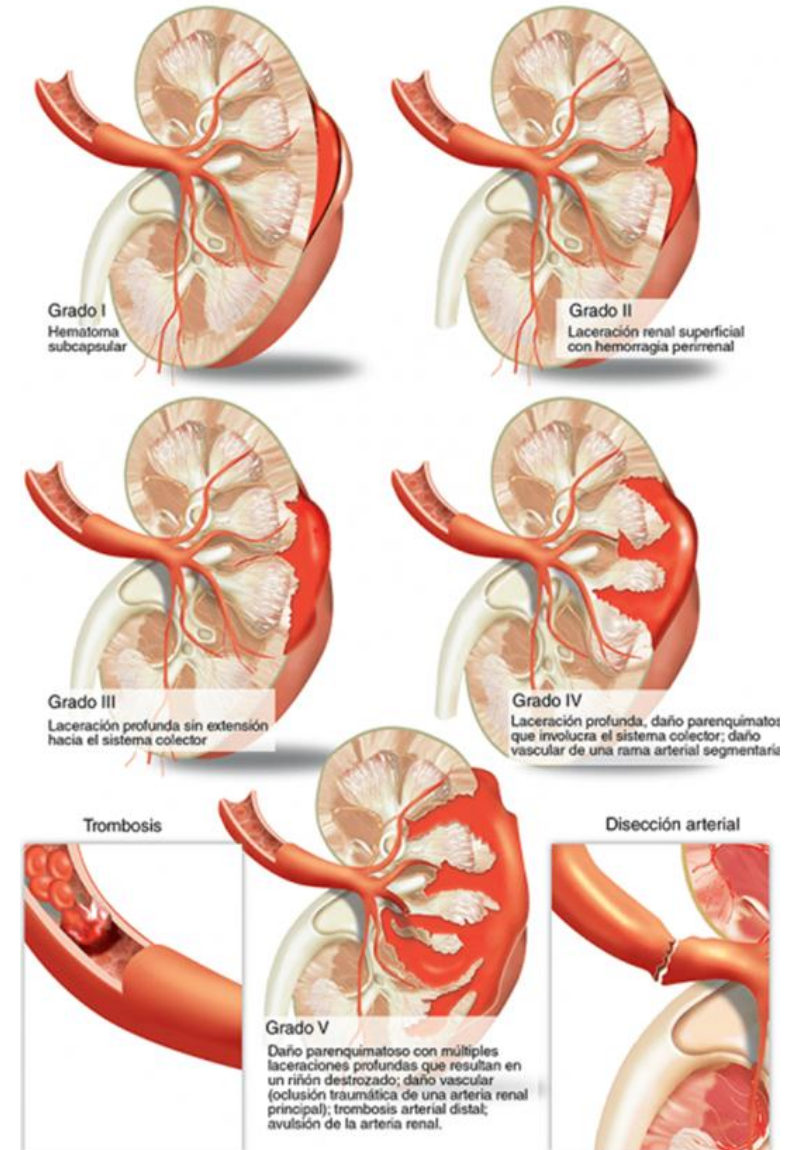
En Lesiones Vasculares Graves puede estar ausente

J. Trauma 1991: 63% de pac. con Trauma Grave tuvieron Hematuria, y solo 12,5% tenían Trauma Renal

# TRAUMA RENAL

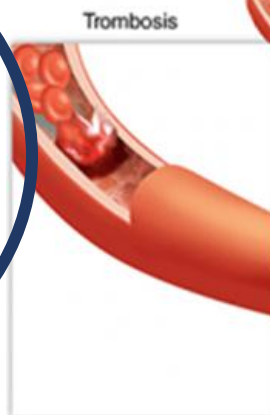
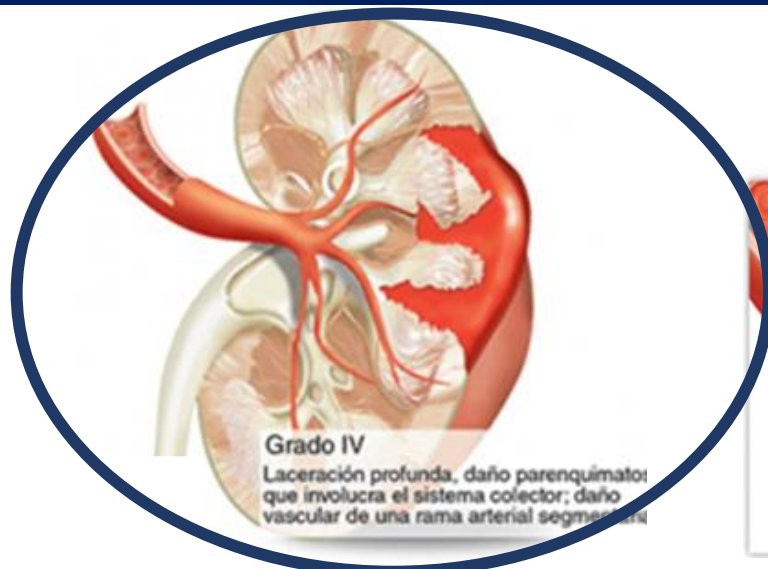
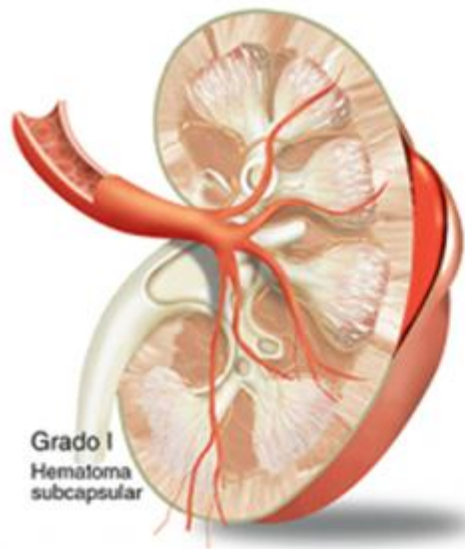
## DIAGNOSTICO

- EFAST
- Urograma en el DE o en Qx
- AngioTC
- Arteriografía



# TRAUMA RENAL

## CLASIFICACION AAST



# TRAUMA RENAL

## DIAGNOSTICO

- **EFAST** 
- Urograma en el DE o en Qx
- AngioTC
- Arteriografia

- ✓ **Parte de la Evaluacion Inicial**
- ✓ **A todos los Pacientes**
- ✓ **En el Shock Room**
- ✓ **Busco Liquido Libre**

## DIAGNOSTICO

- EFAST
- Urograma en el DE o en Qx
- AngioTC
- Arteriografia

- ✓ En Paciente Inestable
- ✓ Veo Anatomía y Función
- ✓ Veo si hay 2 Riñones
- ✓ Ayuda a la estrategia Qx

## DIAGNOSTICO

- EFAST
- Urograma en el DE o en Qx
- **AngioTC** →
- Arteriografía

- ✓ En Paciente Estable
- ✓ Mayor S y E
- ✓ Estadificación AAST
- ✓ Evalúa Extravasación

## DIAGNOSTICO

- EFAST
- Urograma en el DE o en Qx
- AngioTC
- **Arteriografia** 

- ✓ **Diagnostico y Terapéutico**
- ✓ **Post TC**
- ✓ **En Sangrado Persistente**
- ✓ **En Fistula AV post Trauma**

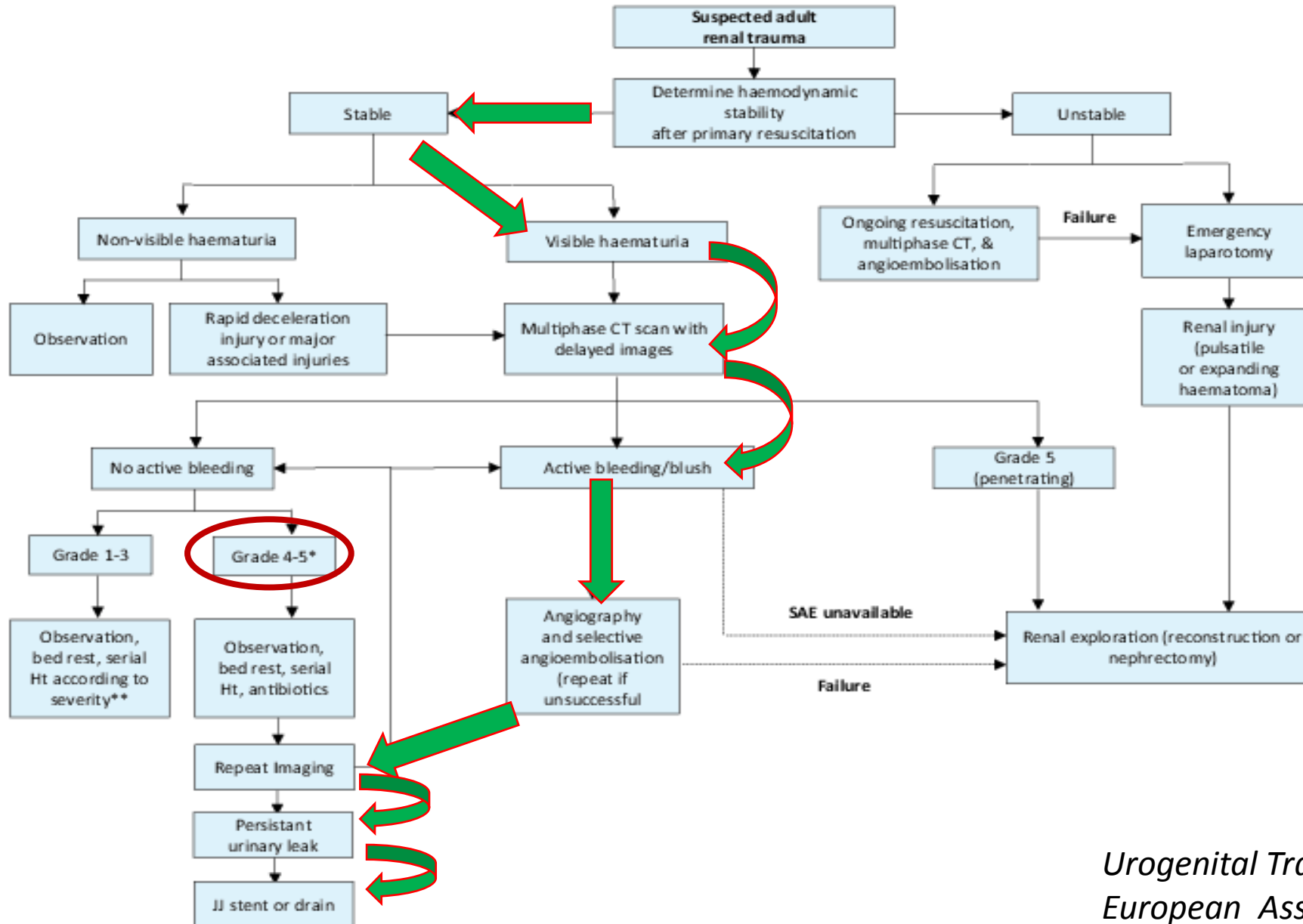
## TRATAMIENTO

- 1. Manejo NO Operatorio: 85% de los casos**
- 2. Descartar otras lesiones**
- 3. El Retroperitoneo cerrado ayuda al “Taponaje”**
- 4. Radiologia Intervencionista**
  - Angioembolizacion
  - Stenting Ureteral
  - Drenaje Percutaneo de liq. Perirenal o urinomas

## TRATAMIENTO

- 1. Shock: Tratamiento Quirurgico**
- 2. Si Tto NO Op: Reevaluacion y Alerta**
- 3. Stent de Ureter si presenta Urinoma Creciente o Sintomatico**
- 4. Sangrado Activo con Estabilidad HD: Angioembolizacion**
- 5. Cx Abierta siempre que haga falta**

# TRAUMA RENAL



*Urogenital Trauma Guidelines.  
European Association of Urology. 2018*

## CONCLUSIONES

- 1. SOSPECHA CLINICA. BUSCAR TODAS LA LESIONES**
- 2. LA HD DEFINE LA ESTRATEGIA DE DIAGN Y TTO**
- 3. EFAST SIEMPRE**
- 4. MAS FREC MANEJO NO OPERATORIO**
- 5. GRAN UTILIDAD: ANGIOGRAFIA + EMBOLIZACION**
- 6. TRATAR LAS COMPLICACIONES URINARIAS**