

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Disección de arteria renal tras traumatismo abdominal



Renal artery dissection after abdominal injury

Miguel Ángel Arrabal-Polo<sup>a,\*</sup>, María del Carmen Cano-García<sup>a</sup>, Paolo Fabiano<sup>b</sup>  
y Fernando Oulton<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Gestión Clínica de Urología, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

<sup>b</sup> Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

<sup>c</sup> Unidad de Gestión Clínica de Radiología, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

Disponible en Internet el 9 de febrero de 2016

Niño de 13 años sin antecedentes médicos de interés, que acude al servicio de urgencia por traumatismo craneal y abdominal tras caída accidental de bicicleta. Se realiza TAC de cráneo en el que no se evidencian lesiones secundarias al traumatismo. En la TAC abdomino-pélvica se observan 2 focos contusivos en bazo, sin sangrado activo y ausencia de captación del medio de contraste del riñón izquierdo por *stop* brusco en región proximal de la arteria renal izquierda (fig. 1). Se realizan imágenes de tomografía en fases tardías, observando eliminación normal del medio de contraste por parte del riñón derecho y ausencia de captación de contraste por el riñón izquierdo (fig. 2). Se realiza el diagnóstico de disección de arteria renal izquierda con trombosis completa de la misma, y ausencia de paso de contraste arterial a riñón izquierdo, no siendo posible revascularización renal ni colocación de *stent* arterial.

La obstrucción traumática y no traumática de la arteria renal es extremadamente rara<sup>1,2</sup>, siendo el tratamiento endovascular la primera opción terapéutica<sup>2</sup>. En los pocos casos que existen en la literatura de esta afección, se observa un éxito aceptable del tratamiento revascularizante, sin embargo, la funcionalidad renal y el desarrollo de complicaciones puede ser impredecible, existiendo, en ocasiones, hipertensión renovascular que requiere de nefrectomía<sup>3</sup>.

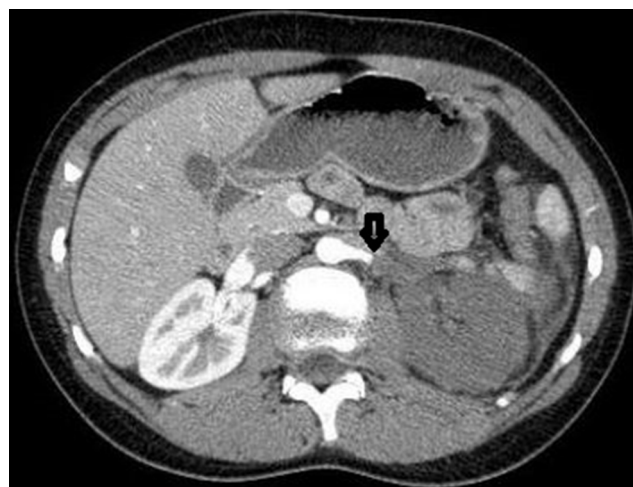


Figura 1 Fase arterial de la TAC con contraste en el que se observa ausencia de paso de contraste a través de la arteria renal izquierda por *stop* brusco próximo a su salida de la arteria aorta (ver flecha). Se observa ausencia de contraste en parénquima renal a diferencia del lado contralateral.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arrabalp@ono.com](mailto:arrabalp@ono.com) (M.Á. Arrabal-Polo).



**Figura 2** Fase excretora de la TAC con contraste en el que se continúa observando ausencia de captación del parénquima renal izquierdo (ver flechas), y de eliminación del contraste por el mismo. Se comprueba correcto funcionamiento del lado contralateral.

## Bibliografía

1. Abdel-Kerim A, Cassagnes L, Alfidja A, Gageanu C, Favrolt G, Dumousset E, et al. Management of isolated non-traumatic renal artery dissection: Report of four cases. *Acta Radiol.* 2012;53:401–5.
2. Dowling JM, Lube MW, Smith CP, Andriole J. Traumatic renal artery occlusion in a patient with a solitary kidney: Case report of treatment with endovascular stent and review of the literature. *Am Surg.* 2007;73:351–3.
3. Lopera JE, Suri R, Kroma G, Gadani S, Dolmatch B. Traumatic occlusion and dissection of the main renal artery: Endovascular treatment. *J Vasc Interv Radiol.* 2011;22:1570–4.