

ESTALLIDO INTRAPERITONEAL DE LA VEJIGA POR CONTUSION ABDOMINAL

Por los Dres. ALFREDO L. BONINO y RAFAEL Z. JAUREGUI

Historia Clínica: C. M. soldado conscripto, edad 20 años, antecedentes hereditarios sin importancia, antecedentes personales sin importancia.

Enfermedad actual: su enfermedad comienza alrededor de la una hora, a raíz de una serie de golpes que recibiera en una pelea estando en estado de ebriedad, es examinado alrededor de ocho horas de ocurrido el accidente traumático, constatándose el siguiente cuadro:

Shock traumático, decúbito dorsal activo, con los miembros inferiores en abducción y flexión, intenso tenesmo urinario, dolor espontáneo en abdomen más intenso en hipogastrio donde se observan ligeras excoriaciones. A la palpación se despierta dolor en todos los cuadrantes; siendo mucho más importante en hipogastrio; donde se evidencia ligera contractura muscular. A la percusión no se comprueba nada de anormal. Presión arterial máxima 9%, mínima 6 al baumanómetro. Resto del examen clínico sin particularidades.

Frente a este cuadro y sospechando una ruptura de vejiga se practica sondaje vesical, obteniéndose orina sanguinolenta en regular cantidad, la que aclara rápidamente y mejora notablemente el cuadro general; lo que hace decidir una conducta expectante que se mantiene durante 48 horas; en este interim las cifras de la presión se elevan a 12 y 8 y un recuento globular que arroja 14.000 glóbulos blancos, hematíes dentro de cifras normales, sin constatarse sintomatología peritoneal.

El estudio radiográfico del abdomen muestra un ileo y neumoperitoneo subdiafragmático que nos llevó a la presunción diagnóstica de ruptura de víscera hueca.

Intervenido con el Doctor Guzmán y practicando anestesia raquídea llegamos a la cavidad abdominal por una insición mediana infraumbilical. Llamó la atención unas zonas perfectamente bien localizadas en el tejido preperitoneal de infiltración. En la cavidad peritoneal constatamos regular cantidad de orina clara y la exploración nos permitió observar una herida desgarrada en el vértice y pared posterior de vejiga de 8 cm. más o menos y bordes limpios. Sutura en tres planos con catgut, y cierre de la pared también por planos, no se deja drenaje. Sonda vesical permanente.

Evolución: al segundo día enfermo afebril y orina completamente clara. Alta a los trece días de la operación, completamente curado. Sigue incorporado hasta completar su período de conscripción.

Segundo Caso. M. M. Boliviano, 26. Conduce un vehículo en estado de ebriedad y a raíz de tener que frenar bruscamente es proyectado hacia adelante golpeándose con el volante en el abdomen. Ingresa al servicio con el siguiente cuadro clínico general y local:

Estupor alcohólico, decúbito indiferente, taquicárdico, ligero dolor difuso en abdomen sin reacción peritoneal, náuseas y vómitos. La presión arterial es de Mx. 11 y Mn. 7.

A las diez horas de ocurrido el traumatismo aqueja fuerte tenesmo urinario y esbozo de reacción peritoneal; en estas condiciones y con la sospecha de estallido vesical se efectúa el sondaje que da sangre en gran cantidad apenas diluida en orina; tensión arterial Mx. 9 Mn. 6.

Con el diagnóstico de estallido vesical se lleva a la sala de operaciones; la intervención realizada conjuntamente con el Dr. Perovic y bajo anestesia general, se llega a la cavidad abdominal por una laparotomía mediana infraumbilical; la que se encuentra inundada de sangre la que una vez aspirada deja ver lesión desgarrada en vértice de vejiga de dirección transversal, de aproximadamente 10 cm. de longitud y con bordes que sangran profusamente. Hemostasia previa al cierre que se efectuó en tres planos con catgut. Cierre de la pared por planos sin dejar drenajes; sonda permanente tipo Nelatón.

Evolución: se mantiene febril después de la operación durante 14 días con un estado general satisfactorio. La orina desde el primer momento en el postoperatorio fué aclarando paulatinamente. Alta curado a los 40 días de su ingreso.

CONSIDERACIONES

Los dos pacientes tienen de común la condición patogénica de la intoxicación alcohólica y la hiperdistensión vesical que ella presupone y que la anamnesis confirmó; conforme lo hace resaltar Wehner.

A raíz de la observación del neumoperitoneo en el primer caso; por su inocuidad creemos indicado inyectar sin presión a través de la sonda vesical una cantidad de aire (10 a 20 cm.) y practicar el estudio radiológico de pie y de perfil en la posición decúbito dorsal, con el fin de constatar el neumoperitoneo subdiafragmático que nos confirmaría el diagnóstico de estallido intraperitoneal de vejiga, o de observarse enfisema en el espacio de Retzius, nos objetivaría la lesión extraperitoneal.