

A PROPOSITO DE UN CASO DE ESTALLIDO DE VEJIGA

Dr. Carlos A. Pascale.

La rotura aislada de la vejiga, en ocasión de traumatismos por lo general abdominales, es de observación poco frecuente.

De acuerdo con las clasificaciones clásicas, las rupturas vesicales se pueden dividir en extraperitoneales e intraperitoneales, siendo las primeras las más frecuentes, sobre las segundas, con un porcentaje del 99%.

El mecanismo de producción de tales accidentes aceptados por todas, es que para que se produzcan la lesión, la vejiga debe estar llena de orina en el momento del traumatismo.

El primer síntoma, constante es el dolor y a éste le sigue el chock de intensidad relativa a las lesiones hemorrágicas que puedan existir.

La inspección del enfermo revela que hay un abdomen globuloso, distendido en mayor o menor grado, inmóvil con respiración torácica.

La percusión se hace mate en hipogástrico y sonora en el resto del abdomen.

Por lo general el tacto rectal revela un fondo de saco de Douglas ocupado y doloroso; o libre si el epiplón ha bloqueado el paso de orina y la exploración de la vacuidad o no de la vejiga puede precisamente revelar que ésta se halla totalmente vacía o parcialmente llena, dependiendo esto último de la magnitud de la lesión.

El enfermo agrega a su estado de imposibilidad de orinar (hay un falso deseo miccional) y solo orina algunas gotas de orina sanguinolenta.

En la exploración debemos mencionar la ejecución de un urograma excretor, cistografía de relleno y cistocopia, no olvidando que todas las maniobras instrumentales endovesicales, pueden agravar una infección peritoneal y complicar la evolución posterior.

La punción abdominal es práctica habitual para comprobar el derrame líquido en cavidad peritoneal, pero puede ser negativo si el epiplón ha tabicado la salida.

La peritonitis que se instala obedece al siguiente mecanismo:

el paso de la orina aseptica origina una inflamación de la serosa que al principio es benigna sin toxemia y puede tolerarse algunos días, a diferencia de la de origen intestinal, la serosa tolera bien al principio la orina. La toxicidad depende de la transformación química de la orina, las sales de potasio son muy agresivas y el amoníaco produce supuración y gangrena. Si las orinas son septicás se instala una peritonitis de entrada.

La cronología de la evolución revela que en las primeras 12 horas hay dolor y shock y defensa parietal; en las siguientes 12 horas la reabsorción de la orina produce toxemia e ileo paralítico.

Al final de estas primeras 24 horas se instala ya francamente la peritonitis.

Presentamos un caso de ruptura de vejiga intraperitoneal sin lesión de otras vísceras, cuya historia clínica es la siguiente:

N. A. A. argentino 26 años, casado.

Historia Clínica No 4387 Hospital Alvear.

Antecedentes personales: alcoholismo crónico - no ha sufrido enfermedades.

Antecedentes hereditarios: Sin datos de interés.

El enfermo es traído de la sala de guardia del Hospital Alvear presentando un cuadro de traumatismo abdominal, consistente en hematuria total sin coágulos, dolor en hemiabdomen derecho superior y epigástrico, defensa muscular generalizada y empastamien-

A PROPOSITO DE UN CASO DE ESTALLIDO DE VEJIGA

to en la zona del hipocóndrio derecho y signo de Jober positivo en hemi-abdomen derecho.

Ambas fosas lumbares libres e indoloras.

Tacto rectal: Próstata normal, fondo de saco de Douglas indoloro y libre.

El paciente refiere que hace 12 horas sufrió un traumatismo al subir la escalera que lo conducía a su habitación, en el 1er. piso de un edificio, cayendo de bruces, golpeando con el abdomen en el filo de un escalón. Su estado era según lo manifestado ligeramente ebrio. No presenta signos de escoraciones.

Al recibir el enfermo comprobamos que su estado es lúcido y su facia abotagada y afebril.

En la sala de guardia fue sondado, evacuándose 100 cc. de orina hemática y algunos coágulos.

Se le efectúa de inmediato una radiografía directa de abdomen no arrojando ésta ningún dato de interés.

Se le efectúa a continuación un urograma excretor visualizándose en la directa ambos polos y algunos haustraciones intestinales.

A los 10' y 30' se visualizan ambas pelvis renales con buena arquitectura y concentración de la sustancia y vejiga normal.

Se le efectuaron controles de laboratorio sin estos normales y la T.A. es 150-90. Como presenta vómitos y signos peritoneales, se le medica sintomáticamente.

A la mañana siguiente, a pesar del tratamiento médico solo había orinado 50 cc. de orina hemática. Ante la sospecha de una ruptura de vejiga se efectuó cistografía, comprobándose una vejiga pequeña y la difusión del líquido por fuera de los límites de la misma. Se piensa en ruptura de vejiga y se decide su intervención.

Operación: cirujano Dr. Pascale - ayudante Dr. Berri.

Anestesia raquídea completada con Pentotal y Valium.

Se abren los distintos planos hasta llegar a la cara anterior de la vejiga, comprobándose su estado indemne.

Se abre peritoné y sale gran cantidad de líquido hemorrágico y coágulos.

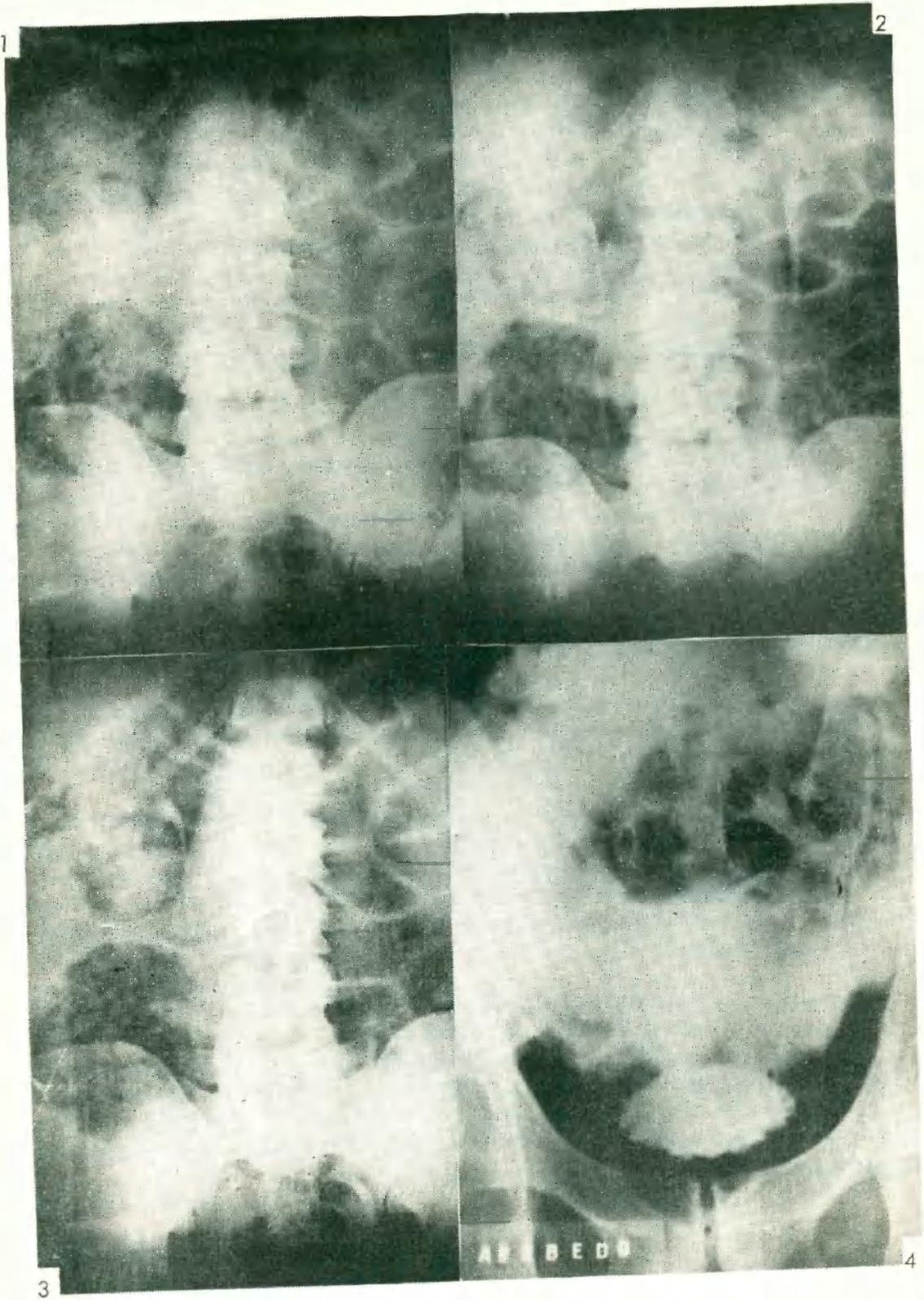
Se hace perfecta limpieza y luego se explora la cavidad abdominal no encontrando ninguna víscera dañada y como única lesión una gran perforación de vejiga, en amplia comunicación con la cavidad peritoneal y de bordes irregulares. Se libera la vejiga del peritoneo y se sutura la pared muscular de la vejiga.

Por encima se efectúa un plano de sutura de la serosa peritoneal, corriendo de esta manera la comunicación. Se deja sonda por talla y drenaje del fondo del espacio de Douglas.

Se cierra en un plano la pared abdominal con catgut-crómico y se refuerza con puntos capitonados de seda gruesa. Piel con puntos de lino.

El enfermo es dado de alta curado y con control cistográfico a los 18 días.

Comentario: Presentamos un caso de ruptura de vejiga aislada intraperitoneal, cuya sintomología inicial no hacía sospechar la lesión única de vejiga y cuya conducta quirúrgica permitió corroborar el diagnóstico presuntivo que se hizo luego de completar su estudio.



1) Simple de árbol urinario que muestra las haustraciones intestinales. 2) Urograma de excreción a los 10'. Buen dibujo pielocalicial bilateral. 3) Urograma a los 30'. 4) Cistografía de relleno muestra la difusión del líquido de contraste por fuera de los límites vesicales.

A PROPOSITO DE UN CASO DE ESTALLIDO DE VEJIGA



5) Cistografía de relleno (de perfil). Iguales consideraciones que la anterior.

BIBLIOGRAFIA:

- Traumatismo de vejiga - Semana Médica 1968 - 133 No 13.
Pagliere Hebert - ruptura de vejiga - congreso Argentino de Cirugía 1963 - Tomo II.
Polacios Rodolfo - ruptura de vejiga - Orientación Médica 1964 - No 612.