

RUPTURA VESICAL DE ORIGEN TRAUMATICO Y UROPERITONEO

POLICLINICO FERROVIARIO DE OLAVARRIA

Dres. Eduardo J. Garzón
Arnaldo Bintana
Florián Díaz

Introducción

Es en 1878, con el importante trabajo de BARTELLS, que tiene lugar la iniciación del estudio de las heridas, rupturas y desgarros de la vejiga.

Este tipo de lesiones son consideradas como poco frecuentes, si se las compara con aquellas vinculadas a otras vísceras, tales como las pertenecientes al abdomen o al tórax.

Generalidades

La vejiga en estado de vacuidad, es un órgano de situación pelviana; distendida progresivamente por la orina y sobrepasando moderadamente su capacidad normal es fácilmente reconocible en el abdomen. Posee sectores frágiles, por ejemplo el correspondiente al segmento pósterosuperior, móvil y extensible; de otra parte, zonas de resistencia como la región inferior, fija e inextensible. Su relación con estructuras vecinas la expone a lesiones en el curso de ciertas intervenciones, particularmente las vinculadas con útero, anexos, anillo inguinal.

Contusiones - Ruptura - Desgarros de la vejiga

Con las denominaciones citadas arriba, comprendemos a las lesiones traumáticas de la pared vesical no acompañadas de heridas de los tejidos y tegumentos que la protegen y por lo tanto no comunicantes con el exterior.

La contusión es una ruptura incompleta; o bien cura sin ser diagnosticada o puede completarse y entonces confundirse con la ruptura o el desgarro.

La ruptura difiere del desgarro por su mecanismo: estallido en la ruptura; arrancamiento en el desgarro.

En el estallido es posible comprobar el derrame de orina no infectada dentro de la cavidad peritoneal, constituyéndose el uroperitoneo.

En el desgarro, el arrancamiento que tiene lugar hace participar a las estructuras extraperitoneales.

Causas predisponentes a la ruptura traumática de la vejiga

Replecion vesical

Cuando la vejiga se halla completamente ocupada, su pared disminuye notablemente en espesor y esto la hace particularmente vulnerable al agente traumático.

Etilismo agudo

En este estado la micción normal puede alterarse por la abolición de la sensibilidad refleja y crearse la situación de una retención completa sin que el portador acuse el deseo voluntario de su evacuación.

Iatrogenia

En una vejiga de pared alterada, el llenado brusco destinado bien sea a un exámen endoscópico o a un simple lavado, puede ser motivo y dar lugar a su ruptura en un punto de menor resistencia; es también posible ver este accidente en el curso de una neumocistografía.

Causas determinantes

- Pueden considerarse dos, a saber:
- 1 Rupturas y desgarros traumáticos propiamente dichos y debidos a una violencia exterior.
 - 2 Rupturas traumáticas por esfuerzo.

En el primer caso, la caída sobre el abdomen inferior; en este caso la vejiga se encuentra entre dos fuerzas de diferente sentido, el agente vulnerante que la comprime contra el marco óseo y las vísceras fijas, y la presión endovesical que al sobrepasar cierto límite determina su estallido.

En el segundo caso, la violenta contracción de los músculos del abdomen actuando sobre la vejiga llena puede dar lugar a su ruptura.

En otro orden, podemos tener ruptura con la vejiga de pared acentuadamente engrosada, en la que asociado al espesamiento parietal tiene lugar el aumento de su resistencia estática ejerciéndose el poder muscular sobre un contenido que no se comprime.

POLICLINICO FERROVIARIO DE OLAVARRIA

Servicio de Guardia

H.C. 1730. Paciente R. R., 35 años de edad; chileno; casado.

Ingresa con motivo de una caída sobre su abdomen inferior ocurrida 24 horas antes. Al interrogarlo, el paciente manifiesta que desde el momento de su accidente no pudo orinar más.

Un rápido examen permite comprobar un enfermo en mal estado general, abdomen muy defendido acompañado de distensión e íleo progresivo. Se intenta cateterismo vesical y sólo se obtiene sangre por la sonda uretral. Inmediatamente, en un estudio radiológico realizando cistografía con el empleo de sulfato de bario diluído, es posible comprobar su pasaje a la cavidad abdominal. Con el diagnóstico de certeza de ruptura vesical, y previos exámenes de laboratorio, se decide su exploración quirúrgica.

Protocolo operatorio

Cirujano: Dr. Eduardo J. GARZON
 Ayudante: Dr. Florián DIAZ
 Anestesiista: Dr. Jorge CAPILLA
 Instrumentadora: Srta. Silvia PALAY

Laparotomía mediana suprapúbica. Abierto el peritoneo es posible comprobar la presencia de gran cantidad de orina y coágulos provenientes de una amplia brecha ubicada en la pared posterior de la vejiga. Se aspira el contenido intraperitoneal y se procede al cierre cuidadoso de la herida vesical, dejando sonda permanente; avenamiento del Retzius. Exploración del contenido abdominal y cierre por planos. La evolución es favorable.

18/4/73 Cistograma de control: buen resultado quirúrgico.

20/4/73 Alta.

bacti-unil

< trimetoprima + sulfametoxazol + diaminofenilazopiridina >
Comprimidos recubiertos



Terapéutica de elección para
el tratamiento causal y sintomático
de las infecciones genitourinarias
agudas y crónicas de ambos sexos



SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

SESION DEL 25 DE ABRIL DE 1974

P. Dr. Otamendi:

Quisiera saber por qué con una sintomatología tan característica y prácticamente con todos los signos de ruptura vesical, efectuó la cistografía pudiendo ir directamente a la intervención quirúrgica. Si eso lo hace en forma acostumbrada y por qué.

Dr. Saenz:

Nosotros no estamos acostumbrados a usar el bario, pero está descripto en la literatura que con el uso del bario en las cistografías hay posibilidad de reflujo con la precipitación del mismo a las cavidades renales y la formación de cálculos, por lo que consideramos en realidad un poco riesgoso su uso. Quería preguntarle al doctor, si no ha considerado también esa posibilidad.

Dr. Castría:

Sumándome a la inquietud diría si no hubiese sido más conveniente haber realizado una urografía excretoria antes que un cistograma.

R. Dr. Socolovsky:

En la experiencia de traumatismos renales y vesicales lo hemos empleado. Siempre son casos graves los que llegan y tratamos de mejorarlos un poco antes de llevarlos a la sala de operaciones. En 5 casos que hemos tenido que operar, siempre hemos tenido oportunidad de hacer el urograma previo apenas mejoró un poco el cuadro general -unas horas-. Usamos el urograma por infusión directamente, eso nos permitió ver rupturas renales y vesicales y nos ayudó muchísimo para la parte quirúrgica, con lo que recalco el uso del urograma por infusión en un riñón de shock que se está recuperando -del traumatismo-. Cuando uno lo está mejorando, haciendo un urograma por infusión se nota un déficit de concentración de la sustancia de contraste que da un urograma con poca concentración, pero que es suficiente para establecer el diagnóstico.

Dr. Eduardo J. Garzón:

La cantidad de bario que se utiliza no supera nunca los 30-40 cm³, diluidos prácticamente en una solución de 300 cm³ o más de suero fisiológico, de los cuales no ingresan todos a la vejiga, y es tan rápido el examen que yo no he visto esas precipitaciones; conozco el problema por lo que he leído, pero no las he visto. Yo creo que tal vez el bario, usado tan diluido es inocuo. Le puedo contestar al Dr. Saenz que ya sea en el Hospital Ferroviario o en el Hospital Olavarría, hace por lo menos 5 años que en las cistografías -prácticamente salvo en la policistografía, en que a veces podemos recurrir al yodado-, nos resulta más cómodo pese a lo caro, nos resultan más lindas las imágenes y haciendo las cistografías con bario muy diluido, no hemos tenido problemas. No se ha publicado esa inquietud o no se ha comentado, porque todavía no hemos considerado apropiado traerla a discusión, pero si realmente se justifica no hay ningún inconveniente en retomar el camino andado, reunirnos con las cistografías que se han hecho con bario y en alguna otra sesión traerlas con mucho gusto para que ustedes vean que los enfermos no han sufrido absolutamente ningún inconveniente. En una palabra, no hemos visto ninguno en estos últimos 5 años -por lo menos que hayan vuelto a nosotros-, quizá hayan ido a Buenos Aires o a La Plata; de allá no hemos recibido ningún informe. Litiasis desencadenada por acción iatrogénica no hemos visto.

El Dr. Otamendi tiene razón, el estado en que llegó el paciente indicaba una laparotomía inmediata, rápida. El deseo de poder tener como testigos estas radiografías

y estos "slides", nos hizo ser tal vez un poquito arriesgados y hacerle correr un cierto riesgo al paciente. En ese momento tratamos de perder el menor tiempo posible Dr. Castría, y el interés nuestro era aliviar al paciente que llevaba ya 24 horas de sufrimiento, y pese a que él lo negaba, por el tipo de golpe y por la pequeña lesión que había en piel, presumíamos que era un etilista y deseábamos solucionar rápidamente el problema, como felizmente se consiguió. Por esa razón se obvió el urograma.
