

RUPTURA TRAUMÁTICA DE VEJIGA*

Dr. Signori, Hugo A.

Introducción

George C. Prather dijo que "el urólogo tiene una responsabilidad mayor cuando se enfrenta al problema de los traumatismos vesicales. La demora en el diagnóstico y la falla en embarcarse en una pronta y adecuada cirugía resultará inevitablemente en la muerte del paciente; sin embargo, el diagnóstico inmediato con un tratamiento operatorio pronto y expeditivo contribuirá incuestionablemente a una completa recuperación.

Una breve recorrida histórica nos revela que la mortalidad se mantuvo en 100 % de los casos hasta aproximadamente 1876, en que comienzan a realizarse las derivaciones urinarias; era en 1929, de 73,5 % en las intraperitoneales y de 42,9 % en las extraperitoneales (Campbell) y se redujo a 36,5 % global en 1943 (Becon).

Estas referencias constituyen un serio alerta sobre la gravedad del problema, que no debe ser despreciado.

Reporte: Tr. vejiga - Historia

Año	Autor	Relato
	Homero	En dos ocasiones, la lanza de Merion causó fatal injuria (Iliada).
	Hipócrates	Lesión indefectiblemente fatal.
	Galeno	Recuperación de un paciente. No existía tratamiento específico.
	Dubaron Larrey	Guerras napoleónicas. Lesión fatal.
1792	Chopart	Derivación de la orina mediante sonda.
1876	Otis, George A.	Intraperitoneales mortales. Extraperitoneal fatal por supuración.
1876	Gross	Mortal por derrame e infección. Derivación urinaria.
1878	Bartels	Estudio estadístico. Drenaje y derivación urinaria.
1905	Evans y Fowler	La operación reduce la mortalidad de 100 a 28 %.
1908	Watson y Cuningham	Drenaje y derivación precoz.
1912	Guiteras	Cierre y derivación.
1918	Surgeon General	Drenaje, sutura y derivación, uretral o suprapúbica.
1924	Crosble	Importancia de la cistostomía suprapúbica.
1929	Campbell	Cistostomía.
1929	Stirling	Cistostomía.
1935	Hinman	Cistostomía.
1938	Herman	Cistostomía.
1944	Dodson	Cistostomía.
1938	Varios	Drenaje y derivación suprapúbica, más importantes que la sutura de la vejiga (II guerra mundial).

Presentación

Según el profesor Joseph Montie, 70 % de los pacientes con lesiones vesicales por traumatismos no penetrantes tienen fracturas concomitantes de la pelvis. La gran mayoría de estas rupturas son extraperitoneales. Las rupturas intraperitoneales se producen fundamentalmente en pacientes que sufren un traumatismo en el abdomen bajo con la vejiga distendida, generalmente sin fractura ósea, y ocurren en esa zona por carecer de protección osteomuscular.

La mayoría de los pacientes presentan fractura de pelvis y, por lo tanto, no hay dificultad en sospechar la existencia de lesión vesical.

En los casos sin lesión ósea puede existir solamente dolor y hematuria, y de acuerdo con el tiempo transcurrido, abdomen agudo, mal estado general y sepsis.

Diagnóstico

En todo paciente con traumatismo vesical, debe sospecharse siempre la lesión concomitante de la uretra

Los signos y síntomas normalmente se contraponen: uretorrhagia y globo vesical en las lesiones de uretra y ausencia de globo con conservación de escasas micciones sanguinolentas en los traumas de vejiga.

Por ello, antes de colocar la sonda es prudente realizar, con todas las precauciones de asepsia, una uretrografía retrógrada para evitar agravar la lesión por iatrogenia.

Una vez colocada la sonda se realiza un cistograma a repleción, que nosotros aconsejamos sea hecho por goteo con un sistema aséptico cerrado a una altura de 25-30 cm. Esta altura puede aumentarse si no se observa una rápida extravasación.

Es conveniente obtener placas posevacuación en oblicua para investigar pequeñas extravasaciones.

En todos los pacientes, y especialmente en los politraumatizados, es fundamental la realización de un urograma excretor si la tensión arterial es suficiente.

Tratamiento

En general debe aconsejarse el tratamiento quirúrgico inmediato del paciente, siempre que su estado general lo permita.

El fundamento de esta intervención es, en primer lugar, la exploración y drenaje del espacio perivesical, evacuación del extravasado y del hematoma, hemostasia y ocasionalmente remoción de esquirlas óseas.

Secundariamente, la sutura vesical, con realización de una cistostomía o sin ella de acuerdo con la magnitud de la lesión y/o lesiones uretrales concomitantes.

Sin embargo, Leadbetter y Witherington, entre otros, coincidiendo con la opinión del Dr. Santucho, han presentado pequeñas series de casos no operados, con buena evolución.

Este hecho también se encuentra avalado por los casos con traumatismos con fractura pelviana, internados en los servicios de traumatología con sonda permanente y hematurias moderadas, por los que se consulta después de varios días. Estos casos tienen habitualmente buena evolución, a pesar de haberse ignorado la probable lesión vesical.

Las condiciones a tener en cuenta para tomar esta decisión ya fueron expuestas por el autor, pero insistiremos en que:

- 1) El diagnóstico debe ser precoz (antes de las 12 hs.).
- 2) No debe haber antecedentes de infección urinaria y deberíamos agregar que tampoco de maniobras endouretrales o endovesicales sépticas extemporáneas y previas al manejo urológico.
- 3) El tamaño y la extensión del hematoma y de la extravasación deben ser pequeños o muy moderados y su evolución ser observada de cerca.
- 4) Ante cualquier manifestación que no asegure una buena evolución, debe realizarse la exploración, drenaje y derivación urinaria.

* Comentario sobre el trabajo del Dr. N. Santucho y col. sobre "Tratamiento cerrado del traumatismo vesical".

Complicaciones

Las complicaciones habituales son la hemorragia y la sepsis. Se han descrito en esta misma sociedad casos de muerte en perforaciones vesicales durante la litotricia endoscópica debido a pericistitis y sepsis.

En este punto merece un comentario el hecho de la probable habitualidad de las perforaciones vesicales durante la RTU. Las perforaciones deben ser cuidadosamente evitadas, y en caso de producirse y ser de gran tamaño, tal vez lo más prudente sea suspender la operación. En caso de haberse continuado y producido una gran extravasación como para provocar empastamiento del hipogastrio, la realización de un drenaje hipogástrico mínimo del pericisto es una maniobra que no complica fundamentalmente la intervención.

Los hematomas pueden reabsorberse espontáneamente si no se infectan, pero la posibilidad de su organización y fibrosis puede

comprometer a largo plazo la permeabilidad de los uréteres. Por esta razón, los pacientes deben ser controlados durante varios años.

Conclusiones

La elección de la táctica intervencionista o conservadora en los traumatismos cerrados de vejiga no debería constituir una controversia, sino imbuirnos de la necesidad absoluta de un diagnóstico adecuado y precoz, de la correcta evaluación de la magnitud de la lesión y del estado general del paciente, de las lesiones concomitantes y de sus posibles complicaciones, todo ello a la luz de la experiencia personal del urólogo.

Podría decirse que ante factores de duda razonables y ante la falta de experiencia adecuada, es preferible la intervención quirúrgica.

Bibliografía

1. Violette, Guy: "Traumatismes et plaies de la vessie". Enciclopedia Francesa, 18214A10, 1, 1965.
2. Prather, George: "Injuries of the bladder". Campbell, sección IX, 909.
3. Surraco, Luis A.: "Ruptura de la vejiga". La Prensa Médica Argentina, 41, 2443, 1952.
4. Montie, Joseph: "Heridas vesicales". Clin. Urol. Amer., cap. 8, 67, 1977.