

## Ruptura intraperitoneal de vejiga en un paciente con cistoplastia de aumento: tratamiento conservador

### Intraperitoneal bladder rupture in a patient with augmentation cystoplasty: conservative management

Dres. Vázquez Avila L. G.;

Guraiib Muhala A. F.;

Santomil F. M.;

Varea S. M.

#### INTRODUCCIÓN

La ruptura intraperitoneal de vejiga en pacientes con cistoplastia de aumento es una patología que cuenta con escasos reportes en la literatura.

El diagnóstico suele ser difícil y debe sospecharse ante un paciente con dolor abdominal de comienzo brusco, con o sin hematuria.

La exploración quirúrgica es el *gold standard*, pero algunos autores recomiendan tratamiento conservador en pacientes que se presentan sin compromiso hemodinámico y sin empeoramiento progresivo de los síntomas.

Paciente de sexo masculino de 56 años de edad, con antecedente de enfermedad celíaca, ex tabaquista severo, EPOC, linfoma no *Hodgkin* de células grandes anaplásico CD 30+, de localización inguinal, diagnosticado en 2001 y tratado con quimioterapia (CHOP) y radioterapia. Recibe terapia oral con corticoides desde hace más de un año.

En 1988 sufrió un tratamiento de pelvis por aplastamiento, con sección completa de la uretra. Se le realizó una anastomosis término-terminal y una operación de *Turner-Warwick*, pero ambas fracasaron. Finalmente se le colocó una cistostomía.

En 1990 se le confeccionó un meato perineal y posteriormente una ampliación vesical con íleon, quedando con cateterismo intermitente limpio.

En 1993 se le drenó un absceso retropubiano que cultivó una *Pseudomona aeruginosa*.

Quince días antes de la aparición de los síntomas actuales, se le diagnosticó una recidiva pulmonar de su linfoma.

El paciente presentó dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y flanco derecho de aparición brusca, con defensa y signos de irritación peritoneal, que apareció luego de efectuar maniobra de *Valsalva*. El cuadro se acompañaba de fiebre de 38°C.

Al segundo día de internación se solicitó una TC de abdomen que mostró abundante cantidad de líquido libre a nivel subhepático (Figura 1). A continuación se colocó catéter en flanco derecho y se evacuó líquido amarillento turbio y fétido. A las pocas horas, el mismo tenía color ámbar, tipo orina. El cultivo del mismo fue positivo para *Escherichia coli* y *Klebsiella*.

El día tres se realizó cistografía que evidenció perforación a nivel de la cúpula vesical, hacia la derecha correspondiente al segmento de íleon. Luego se inyectó material de contraste por el catéter de drenaje constatándose el trayecto fistuloso (Figuras 2a y 2b). Posteriormente se colocó sonda vesical *Foley* N° 20 por el meato perineal.

Al sexto día en una TC de abdomen de control, se observó una franca disminución del líquido intraabdominal.

Por persistir abundante débito por el catéter, se realizó, al décimo día, una cistos-

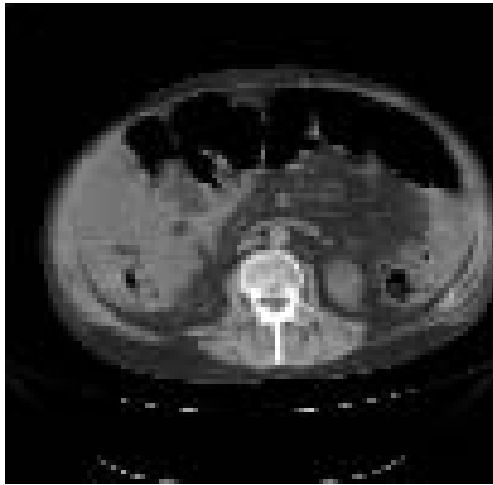


Figura 1. TC de abdomen.

copia en la que no se vio lesión y al duodécimo día un urograma excretor que no mostró extravasación de contraste.

A partir del decimotercer día, y coincidiendo con el comienzo del lavado de la sonda vesical, disminuyó el débito por el catéter hasta hacerse nulo.

El decimotavo día se cerró el catéter y se controló con una TC de abdomen que no evidenció líquido libre, por lo que al vigésimo día se retiró el catéter de drenaje.

El paciente presentó evolución satisfactoria, con picos febriles aislados atribuibles a su enfermedad neoplásica de base.

## DISCUSIÓN

La perforación de una ampliación vesical es una complicación rara, pero que amenaza la vida, con una tasa de mortalidad del 23 al 25%.<sup>1</sup>



Figura 2a. Cistografía.

El diagnóstico suele retrasarse a causa de la falta de sospecha de esta condición y a veces por los hallazgos físicos inespecíficos y los exámenes radiológicos negativos.<sup>2</sup>

El sitio más frecuente de perforación es la unión entre el intestino y la pared vesical, en la parte alta del lado derecho del reservorio, correspondiente a la parte terminal del segmento de íleon elegido para la reconstrucción vesical.<sup>3</sup> El íleon terminal es abastecido por la rama terminal de la arteria ileocólica y la rama ileal de la arteria mesentérica superior. Durante la reconstrucción vesical, el intestino es seccionado 15 cm proximal a la válvula ileocecal. Teniendo en cuenta la variabilidad de la circulación mesentérica en esa área, esta sección puede interrumpir el aporte sanguíneo de la arteria ileocólica para el segmento de íleon elegido y debilitar la vascularización de la futura rama derecha del reservorio, con lo cual se intensificaría el riesgo de lesiones isquémicas crónicas a ese nivel.<sup>4</sup> Además, la sobredistensión o las altas presiones intravesicales pueden causar una oclusión microvascular localizada transitoria, creando un punto débil, el cual puede romperse luego de un aumento abrupto intrínseco o extrínseco de la presión.<sup>5</sup> La relación física expresada por la Ley de Laplace ( $T = PR/2$ ) entre la presión intraluminal (P), radio (R) y tensión parietal (T) puede aplicarse para explicar el fracaso de la pared intestinal en la sobredistensión de la neovejiga.<sup>6</sup> A pesar de que la explotación quirúrgica es el tratamiento más utilizado en estos casos, inclusive con una cistografía negativa, algunos autores recomiendan un manejo conservador en pacientes que se presentan sin compromiso hemodinámico y sin empeoramiento progresivo de los síntomas.<sup>5,7</sup>



Figura 2b. Fistulografía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Elder, J. S.; Snyder, H. M.; Hulbert, W. C. y Duckett, J. W.: Perforation of the augmented bladder in patients undergoing clean intermittent catheterization. *J. Urol.* 140: 1159-1162, 1988.
2. Greenwell, T. J.; Venn, S. N. y Mundy, A. R.: Augmentation cystoplasty. *BJU International* 88: 511-525, 2001.
3. Desgrandchamps, F.; Cariou, G.; Bathelemy, Y.; Boyer, C.; Teillac, P. y Le Duc, A.: Spontaneous rupture of orthotopic detubularized ileal bladder replacement: report of 5 cases. *J. Urol.*, 158: 798-800, 1997.
4. Thirlby, R. C.: Optimizing results and techniques of mesenteric lengthening in ileal pouchanal anastomosis. *Amer. J. Surg.*, 169 (5): 499-502, 1995.
5. Slaton, J. W. y Kropp, K. A.: Conservative management of suspected bladder rupture after augmentation enterocystoplasty. *J. Urol.*, 152: 713-715, 1994.
6. Crane, J. M.; Scherz H. S.; Billman, G. F. y Kaplan, G. W.: Ischemic necrosis: an hypothesis to explain the pathogenesis of spontaneously ruptured enterocystoplasty. *J. Urol.*, 146: 141-144, 1991.
7. Leyland, J. W. y Masters, J. G.: Conservative management of an intraperitoneal rupture of an augmentation cystoplasty and continent urinary diversion in an adult. *J. Urol.*, 170: 524, 2003.