

# ESTALLIDO TRAUMÁTICO INTRAPERITONEAL DE VEJIGA

Por los Dres. R. BERNARDI, EDUARDO PUY y EDUARDO AUDISIO

Presentamos otro caso de ruptura intraperitoneal de la vejiga ("Sobre un caso de ruptura traumática de la vejiga por fractura de la cintura pelviana", por los Dres. Ricardo Bernardi y Julio Uriburu. Soc. Arg. de Urología, mayo de 1943) que por las raras circunstancias de su etiología (volante de auto), la gran lesión vesical en forma de V. de 7 cm. de longitud, aproximadamente, por rama y la evolución seguida, conceptuamos interesante.

*M. da S.*, portugués, 43 años de edad, chauffeur.

*Antecedentes hereditarios y personales:* sin importancia.

*Enfermedad actual:* A las 2 de la mañana del 23 de marzo del corriente año, hallándose alcoholizado y mientras conducía su automóvil, chocó violentamente, contra una columna perdiendo el conocimiento.

Fue trasladado inmediatamente al hospital Fiorito, muy shockado, quejándose, luego, de dolor en el abdomen inferior.

Seis y media horas después, vale decir a las 8.30 levantamos el siguiente: *Estado actual:* cara angustiosa, intranquilidad, disnea intensa y taquicardia (110 pulsaciones).

*Abdomen:* inmóvil, respiración del tipo costal, globuloso, con discreto dolor espontáneo en hipogastrio y ambas fosas; timpanismo generalizado sin desaparición de la matitez hepática pero con discreta matitez en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda.

—Signo de López Cross: positivo.

*Examen génito-urinario.*

Por la obnubilación mental, consecutiva al shock y la alcoholización, no se pudo averiguar si tuvo micciones espontáneas, por lo que se le practica un sondaje vesical extrayéndosele 30 cc. de orinas intensamente teñidas por sangre con algunos coágulos; la defensa muscular y la presencia de coágulos nos obligan a inyectar líquido para constatar la permeabilidad de la sonda. A raíz de esta maniobra, el enfermo acusa agudización del dolor hipogástrico con irradiación hacia el ombligo y sensación nauseosa, reteniendo la cantidad inyectada.

*En síntesis:* la ausencia de globo vesical y de orina recogida por cateter, así como la retención del líquido inyectado, por un lado y el empeoramiento lento, pero progresivo del estado

general, la extensión del timpanismo abdominal y la *irradiación del dolor hacia el ombligo* con la entrada de la solución a través de la sonda, por el otro, indicaba que estábamos en presencia de una *ruptura de vejiga, probablemente intraperitoneal*.

La intervención confirmó el diagnóstico clínico.

*Operación:* 23 de marzo de 1944 a las 11 horas (9 horas después).

Cirujano: Dr. Bernardi; Ayudantes: Dres. Puy y Audisio.

Incisión mediana infraumbilical; aparece un gran infiltrado sanguíneo en el espacio pre-vesical; se abre deliberadamente el peritoneo, observándose cierta cantidad de líquido uro-hemático y líquido inyectado que certifican la abertura de la vejiga en la serosa.

La vejiga presenta una enorme brecha en su cara postero-superior, de aspecto irregular, en forma de V invertida cuyas ramas tienen alrededor de 7 cm., por lado, dividiéndola, prácticamente en mitades (antero-superior y postero-inferior).

Sutura de la vejiga en dos planos con catgut simple y cromado, *amplio drenaje del Douglas con un Mikulicz*) sulfamida intraperitoneal y cierre incompleto de la serosa.

A continuación se hace una cistostomía *extraperitoneal* complementaria, colocándose una sonda de Pezzer y gasa iodoformada en el Retzius.

*Post-operatorio:* Regular estado general: 120 pulsaciones; *íleus marcado* por lo que se le inyecta una ampolla de Prostigmin cada 2 horas, durante 24 y cada 4 horas en las 24 subsiguientes, además del suero clorurado hipertónico, fisiológico, sulfatiazol, etc.

Mejora paulatinamente su estado general y el *íleus*, extrayéndose el Mikulicz a los 7 días.

El enfermo es dado de alta a las 3 semanas con buen estado general y local, previas uretrografías de control.

## CONSIDERACIONES

El éxito obtenido a pesar del gran desgarramiento vesical, y la inversión peritoneal y la demora en intervenirlo (9 horas después del accidente) lo atribuimos a varios factores:

- 1º) Al conocimiento preciso y tratamiento adecuado de la lesión;
- 2º) Al amplio drenaje del fondo de saco de Douglas con el Mikulicz, contrariamente a la opinión de algunos autores, que no drenan la cavidad en estos casos;
- 3º) A la sulfamida intraperitoneal; y
- 4º) Al tratamiento precoz e intensivo del *íleus paralítico*, presente siempre en los grandes traumatismos abdomino-pélvicos, al que, casi nunca, se le ha asignado mayor importancia y causante, en muchas ocasiones de la muerte del enfermo, cuando instalado en forma imprevista y sin tratamiento adecuado se hace irreductible.

En todos estos casos, los trastornos neuro-vegetativos, traducidos por el *íleus* adquieren tal significación que exigen un tratamiento precoz e intensivo para evitar un fatal desenlace.

## DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — *¿El Douglas se drenó hacia el periné o hasta el recto?*

Dr. Bernardi. — *Se hizo un Mikulicz en plena cavidad peritoneal.*

Dr. Schiappapietra. — *A mí me ha tocado tratar rupturas de vejiga intra y extraperitoneales pero siempre he drenado por periné. El resultado de esas rupturas, por supuesto, han estado en relación con el factor de que sea intra o extraperitoneal, pero tanto en unos como en otros casos, el drenaje lo he hecho por vía perineal, sobre todo, en las extraperitoneales.*

*El asunto es distinto cuando la ruptura es quirúrgica. Cuando la ruptura es una complicación en un urinario, es muy distinto su pronóstico en la ruptura espontánea en un no urinario. El tiempo transcurrido entre la ruptura y el tratamiento es de suma importancia.*

Dr. Bernardi. — *Quiero preguntarle al Dr. Schiappapietra cómo procede él para drenar un caso de ruptura extraperitoneal por el periné. O mejor dicho, si efectúa el drenaje por el periné o por vía abdominal, porque considero que es mucho más práctico hacerlo por la misma vía de acceso.*

Dr. Schiappapietra. — *Me he referido a la ruptura extraperitoneal.*

Dr. Bernardi. — *Creí que se refería a las dos situaciones.*

---