

TRATAMIENTO CERRADO DEL TRAUMATISMO VESICAL

Dr. Santucho, N. - Dr. Garao, A. - Dr. Rosenfeld, C. - Dr. Troncoso, C. - Dr. Rodríguez, J.

Resumen

Se presentan dos casos de traumatismo vesical cerrado, con rotura extraperitoneal, tratados con éxito con sonda permanente y control clínico-radiológico intensivo.

Se hacen consideraciones sobre la precisa indicación de esta conducta.

Introducción

El tema de exposición y discusión se refiere al hecho de haber tratado dos enfermos con rotura vesical por traumatismo externo (rotura por estallido), solamente, con sondaje vesical permanente.

El fundamento para decidir esta conducta, juzgada como muy audaz por algunos colegas, se basa en que una víscera hueca es suturada para impedir la hemorragia y separar dos compartimientos incompatibles y normalmente no comunicados, y de esa forma impedir el desarrollo de un tercer espacio patológico. En el caso de la rotura vesical, la situación de mayor gravedad está dada por la comunicación traumática con el peritoneo y el vuelco de la orina en esta cavidad. Pero también, la vejiga tiene una porción extraperitoneal, y la extravasación a ese nivel puede no tener la misma repercusión.

Esto lo hemos comprobado en la práctica diaria de la RTU, donde han sido descritas efracciones habituales, especialmente en la unión capsulovesical, incluso con exteriorización clínica, como ser cierto empastamiento y/o crepitación dolorosa del hipogastrio y ambas regiones inguinales.

Sobre este tema ha trabajado Reuter en larguísima experiencia con RTU a baja presión, quien hace la distinción entre perforación cubierta de la vejiga (circunscrita al tejido perivesical) y perforación abierta de la vejiga (que comunica con peritoneo o recto) y, por supuesto, trata en forma distinta a ambas.

La cirugía endoscópica prostática la realizamos casi regularmente con trocar suprapúbico, y si bien al principio nos preocupábamos por dejar una perforación vesical en comunicación con el Retzius, la experiencia adquirida nos fue tranquilizando, ya que esto se soluciona sin contratiempos.

Vale, por lo tanto, un viejo concepto urológico: ante una vejiga efraccionada en forma extraperitoneal, es más importante el drenaje de la misma que su propia sutura.

Por supuesto, no pretendemos caer en generalizaciones ni exageraciones riesgosas, tal como le hemos visto a un urólogo español. Este autor, ante una perforación vesical intraperitoneal, durante un RTU, efectuaba punción aspirativa del parietocólico correspondiente, dejando instalado un catéter de diálisis peritoneal. Según él, suspendiendo la RTU y dejando sonda uretral no hace falta operar al enfermo (¿?).

Bibliografía

1. Reuter, H. J.: "Técnica de la Endoscopia Urológica", 1979.
2. Montie, J.: "Heridas vesicales". Clínicas Urológicas de Norteamérica, págs. 65-64, 1977.
3. Rocha Brito, R.: "Prostatectomía transuretral". II Congreso de la Conf. Arg. Urol., págs. 295-303, 1968.

Entre nosotros, Andrade y Parada Parejas tratan cuatro enfermos con rotura extraperitoneal con sonda permanente, pero no detallan los principios para decidir esta conducta. También, Dotta y col. relatan tres casos de traumatismo vesical tratados con sonda permanente, pero la decisión de este recurso fue debido a que los enfermos fueron vistos por el urólogo varios días después del traumatismo, y sólo fue operado uno de ellos, pero para drenar un absceso urinoso. Montie cita a Richardson y Leadbetter y a Mulkey y Witherington, los cuales publicaron pequeñas series de traumatismos vesicales cerrados tratados con sonda únicamente, y hacían consideraciones sobre las indicaciones.

Casística

Por todo lo expuesto, decidimos correr un riesgo calculado y tratar dos enfermos con rotura vesical extraperitoneal por traumatismo externo, con sondaje vesical permanente, antibiótico, terapia y control clínico y radiológico periódico.

Se trató de un hombre de 50 y una joven de 20 años, ambos con traumatismo y fractura de cadera por accidente automovilístico. Los dos tenían la uretra indemne y no registraban antecedentes urinarios o patología asociada. Ninguno tenía otra lesión que no fuera la fractura de cadera y la rotura vesical extraperitoneal. Con los controles ya descritos se realizó el seguimiento, obteniéndose el cierre vesical espontáneo en aproximadamente 15 días. No hubo infección urinaria durante ni después del tratamiento. No hubo infiltración ni complicaciones sépticas parietales.

Comentario

Es necesario elegir muy cuidadosamente el caso clínico que permita tratarlo de esta manera. Los parámetros a tener en cuenta son:

- 1) Lesión extraperitoneal.
- 2) Ausencia de patología urológica asociada (rotura uretral, rotura intraperitoneal, infección urinaria previa).
- 3) Ausencia de lesiones no urológicas (rotura de víscera hueca o maciza, heridas penetrantes).
- 4) Ausencia de hemorragia vesical incontrolable.
- 5) Ausencia de algún otro factor clínico que en el momento del examen obligue a cambiar la actitud.

4. Dotta y col.: "Traumatismo de vejiga". II Cong. de la Conf. Arg. Urol., págs. 166-170, 1968.
5. Andrade, R. F., y Parada Parejas, R.: "Traumatismo vesical". II Cong. de la Conf. Arg. Urol., págs. 159-161, 1968.