

Ruptura intraperitoneal de vejiga por traumatismo inaparente de abdomen

Dr. DANIEL CASSINELLI *

En todo traumatismo cerrado de abdomen, se plantean ciertas dificultades de diagnóstico.

En primer lugar, establecer si hay o no una víscera lesionada. En algunas ocasiones, el diagnóstico se impone rápidamente, por la sintomatología abdominal o general del enfermo (rotura de víscera maciza, cuadro de anemia aguda; rotura de una víscera hueca a contenido séptico, cuadro peritoneal importante).

En otros casos, se hace difícil, y a veces imposible, llegar al mismo, ya que no existe repercusión general y la sintomatología local es mínima, o difícil de apreciar (a veces debida al estado de ebriedad) y no es posible discernir, si se debe al traumatismo parietal, o si es reflejo de una lesión intraperitoneal.

Otra de las dificultades diagnósticas, es establecer que víscera ha sido lesionada. En este caso, también, hay veces que el diagnóstico se presenta claro, por el sitio del traumatismo, y el síndrome general acompañante, pero en otros casos, por el tipo de víscera lesionada, no da sintomatología local o general evidente, y puede pasar desapercibida en un primer momento, una lesión visceral que puede llegar a ser importante, y manifestarse más tarde.

Estas dificultades de diagnóstico, se ven aumentadas aun en los casos en que el paciente que sufre el traumatismo está bajo los efectos del alcohol. El paciente en estado de ebriedad, no recuerda el traumatismo, o si lo recuerda no le da impor-

tancia, y la sintomatología está enmascarada por el estado de ebriedad.

Estas circunstancias se ven frecuentemente en el traumatismo con lesión de vejiga. Una víscera cuyo contenido no es séptico, en estado normal, y muy poco irritante, por lo cual su lesión no va acompañada de una reacción peritoneal intensa, sino leve y muy vaga, por lo menos en las primeras horas.

Además, se acompaña muy frecuentemente de un estado de ebriedad, ya que éste favorece la lesión vesical, por la retención urinaria que existe siempre en los ebrios, con la consiguiente distensión vesical, lo que expone a la víscera a la ruptura. Además, esta replección vesical, hace que en el sondaje vesical se pueda obtener orina, lo que hace que en muchos casos se aleje un poco el diagnóstico de lesión vesical.

Estos factores han sido puestos de manifiesto por varios autores al referirse a traumatismos de vejiga (2, 4).

Muy frecuentemente, habrá que seguir una conducta expectante con estos pacientes, controlándolos, lo que permitirá muchas veces, de acuerdo a los cambios de la sintomatología, efectuar un diagnóstico lo suficientemente precoz para hacer el tratamiento correcto de la lesión.

Fue lo que se hizo en el caso que vamos a relatar.

R. F., masc., 38 años. H. de Cl. Reg. 35.949. El día del ingreso, luego de una comida copiosa, y en estado de ebriedad, juega fútbol. Ingresa en la tarde con un cuadro doloroso abdominal, predominando en hemiventre inferior, sin fiebre. Es sondado, y se extraen 250 c.c. de orina francamente hematórica, aliviándose la sintomatología. Pasa bien la noche, y es dado de alta a la mañana siguiente, en

Trabajo del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de noviembre de 1969.
* Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

buen estado. A las 4 horas, reingresa por exacerbación importante de su cuadro doloroso abdominal. Persiste apirético, y presenta un cuadro de irritación peritoneal difusa, a predominio de hemiventre inferior. Nuevamente es sondado, extrayéndose 300 c.c. de orina hemática.

Con el diagnóstico de probable ruptura intraperitoneal de vejiga se interviene.

Mediana infraumbilical. Líquido intraperitoneal abundante, con las mismas características físicas que la orina del paciente. Ruptura del domo vesical de 2×2 cm. Sutura en dos planos con catgut cromado. Lavado peritoneal. Drenaje del Douglas suprapúbica. Sonda vesical a permanencia.

En el postoperatorio, ileo paralítico que cede con tratamiento médico. Evolución posterior sin complicaciones. Alta a los 10 días sin trastornos miccionales.

Como vemos, se presentaron en este caso los factores de los que hemos hablado antes:

Estado de ebriedad; traumatismo abdominal que por mínimo e inaparente que haya sido, ya que el paciente no lo relata, bastó para producir una lesión visceral, debido a una repleción exagerada. Al ingreso se presenta con un síndrome doloroso abdominal, y una hematuria, sin otra sintomatología. Mejora al ser sondado, ya que no hay más pasaje de orina al peritoneo. Reaparece su sintomatología 12 horas después, debido probablemente a una nueva repleción vesical, con nuevo pasaje de orina a la cavidad peritoneal.

Se hizo el diagnóstico de probable ruptura intraperitoneal de vejiga, por el síndrome peritoneal discreto, sin sintomatología infecciosa ninguna, y un excelente estado general, acompañado esto de una hematuria franca. La exacerbación de la sintomatología, al llenarse la vejiga, fue cto de los hechos que nos puso en el camino del diagnóstico.

Creemos que en este caso particular, no se precisaba más para confirmar el diagnóstico, y además urgía el tratamiento del paciente.

En otros casos, de diagnóstico no tan claro y de tratamiento no urgente, se puede recurrir a dos técnicas que pueden ser de gran utilidad para mostrar la lesión vesical. Estas son: la cistografía retrógrada, y la cistoscopia. La primera permite en ver el pasaje de la sustancia de contraste desde la vejiga a la cavidad peritoneal, la mayoría de las veces. Sin embargo, en al-

gunas ocasiones, no es posible objetivar el trayecto a pesar de existir éste (2). La cistoscopia no permitirá visualizar la lesión, siempre que esté situada en zona visible para el cistoscopio, aunque en general, la ruptura se hace en zona fácilmente alcanzable.

Con respecto al tratamiento, creemos que en vejiga sana la sutura simple, acompañada de drenaje vesical, basta para la curación. Con respecto al drenaje vesical, se puede efectuar por talla, o por sonda vesical a permanencia. Consideramos que esto último es más efectivo, salvo que la herida haya que transformarla en una talla, o que haya alguna lesión de la vía urinaria baja. Con respecto al drenaje peritoneal, en este caso era necesario, ya que llevaba 18 horas de evolución. En un traumatismo reciente, creemos que con un buen lavado peritoneal, se puede obviar el drenaje sin mayor problemas.

RESUMEN

Se ha presentado un caso de ruptura intraperitoneal de vejiga por traumatismo inaparente.

Se han puesto de manifiesto las dificultades de diagnóstico que se presentan, por el estado de ebriedad y la escasa repercusión.

Se pone de manifiesto la coexistencia de repleción vesical por la ebriedad con el traumatismo.

Se relata el tratamiento y la evolución correcta postoperatoria.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de rupture intrapéritonéale de la vessie par traumatisme inapparent.

L'auteur met en évidence les difficultés de diagnostic dues à l'état d'ébriété du malade et à la répercussion modérée de la lésion.

Il fait ressortir, de même, la coexistence de la réplétion vésicale par ébriété et du traumatisme.

Rapporte finalement le traitement et l'évolution favorable post-opératoire.

SUMMARY

We have had a case of intraperitoneal rupture of the bladder due to inapparent traumatism.

The paper states the difficulty in establishing the diagnosis due to a state of inebriation and to the slight repercussion.

It shows the coexistence of bladder repletion due to inebriation and traumatism.

The paper gives an account of the treatment and correct postoperative evolution.

BIBLIOGRAFIA

1. Di VICENTI, F., RIVES, J. and LABORDE, E. Blunt abdominal trauma. *J. Trauma.*, 8: 1004, 1968.
2. MELICOW and URAN. Rupture of the bladder. *J. of Urology*, 81: 705, 1959.
3. NEDELEC, M., AUBIGNE, J. et MOCQUET, A. Plaie intraperitoneale de la vessie. *J. d'Urologie*, 67: 521, 1961.
4. RIESER, C. and NICHOLS, E. Rupture of the bladder. Unusual features. *J. of Urology*, 90: 55, 1963.
5. WELLMER, H. Blunt abdominal trauma. *Munch. med. Wschr.*, 198: 2605, 1966.

DISCUSION

Dr. Suiffet: El tema que se ha tratado es muy interesante. La experiencia de los cirujanos no es muy abundante en materia de

rotura intraperitoneal de la vejiga en los traumas cerrados del abdomen.

A pesar de la frecuencia de los traumas cerrados del abdomen, la lesión vesical no es frecuente. Es posible que su topografía y las variaciones fisiológicas en su repleción, hagan que no sea fácilmente agredida por el trauma.

Hemos observado este tipo de lesión en dos oportunidades. El primer caso fue observado hace veinte años. El paciente había ingresado al hospital en estado de ebriedad, con traumas leves en diversas regiones de su cuerpo, doce horas antes de ser visto por nosotros. Despedado el estado alcohólico, se comprobó que el paciente no tenía sintomatología abdominal, pero no había orinado. Sondado, se comprobó que no había orina en la vejiga. No había razón para anuria. Se le instiló suero en la vejiga, el cual no volvió por la sonda. Se hizo laparotomía y se comprobó rotura intraperitoneal de vejiga. En el segundo caso había una fractura de pelvis y hematuria moderada. Se le practicó cistografía y se comprobó rotura de la vejiga. Fue operado. La evolución fue favorable en ambos.

Es muy difícil hacer el diagnóstico en aquellos casos que tienen poca sintomatología, como en el primero que relatamos. Pero debe sospecharse la lesión cuando existe algún indicio clínico. Al respecto deseamos hacer notar que el caso presentado, tenía hematuria y fue dado de alta sin aclararse su causa.

Creemos que la punción abdominal es un elemento muy importante de diagnóstico y debe ser utilizado criteriosamente como método de diagnóstico en los traumas cerrados del abdomen.