

Sociedad Argentina de Urología

Presidente: Dr. Tomás Schiappapietra

Vicepresidentes: Dr. Constante Comotto

Secretario: Dr. José Casal

8ª. Sesión científica ordinaria - 22 de noviembre de 1956.

TRAUMATISMO DE VEJIGA

Por el Dr. GERARDO MOSER

Un traumatismo sobre abdomen inferior en forma de golpe directo, por contragolpe en caso de caídas sobre las nalgas, compresión de la vejiga entre dos fuerzas que previamente han destruido el cinturón óseo pelviano, punción de la vejiga por fragmentos óseos, sobredistensión en lavajes vesicales, etc., trae consigo una rotura de pared vesical con la consecuente extravasación de su contenido.

La fuerza necesaria para que se produzca la ruptura estará condicionada por el estado de la pared, así en las distensiones crónicas de vejiga, alteraciones inflamatorias, degenerativas o tumorales, el esfuerzo necesario es mínimo llegándose a lo que se llama rotura espontánea durante un acceso de tos, estornudo, etc.

Si la vejiga es sana y la rotura se produce por aumento de la presión endovesical, el sitio en que se halla la lesión es en la parte superior y posterior del órgano, como allí el peritoneo es adherente a la víscera, se desgarrará simultáneamente y la extravasación se hará a la cavidad peritoneal. Es la rotura intraperitoneal.

En caso que existan alteraciones previas de la pared vesical y en las fracturas de la pelvis, la pared vesical se desgarrará también en cualquier otro sitio, constituyendo las roturas extraperitoneales.

Sintomatología y diagnóstico: Como todo traumatismo abdominal y especialmente si va acompañado de fractura de la pelvis, trae un acentuado estado de shock, no es posible tomar éste para el diagnóstico como síntoma de rotura vesical.

Sólo tiene valor cuando el trauma ha sido mínimo, en los desgarros de pared durante alguna manipulación endovesical, lavaje, electrocoagulación, etc., en que se observa el intenso dolor y shock, debido exclusivamente a la perforación e irritación del peritoneo por el líquido extravasado.

Más valor tienen los deseos frecuentes de orinar acompañados de poca o ninguna orina o con hematuria, aunque la ausencia de uno o de todos estos síntomas no permite descartar la perforación vesical. Así es factible que en desgarros pequeños, no exista hematuria macroscópica, la vejiga sea capaz de contener cierta cantidad de orina y los tenesmos no se presenten. Además en los grandes traumatismos la lesión queda enmascarada en la sintomatología

general y local del trauma como serían los dolores al tacto rectal, en hipogastrio y periné con irradiación a muslos que se describen en las roturas vesicales. Por dicha razón es necesario pensar en la posibilidad de la participación vesical y descartar la lesión de dicho órgano. Para obtenerlo, el medio de diagnóstico más inocuo es el urograma por excreción que nos muestra la repleción vesical o la extravasación del medio de contraste. La falta de dicha extravasación en el urograma no significa la ausencia de rotura vesical como nos fué posible constatar en el paciente que origina este relato.

El cateterismo vesical nos permite constatar una uretra libre, la existencia o no de orina y sangre y además nos permite realizar una cistografía inyectando en la vejiga el medio de contraste. Tiene como inconveniente la posibilidad de la contaminación, que con debidas precauciones de asepsia y antisepsia y la aplicación de antibióticos, no constituye un riesgo que obligue a dejar de lado este examen.

La cistoscopia no representa un medio de exploración más exacto que el radiológico; no siempre es fácil localizar visualmente la lesión, la contaminación es más factible, no se consigue la repleción vesical suficiente y el medio se enturbia fácilmente con sangre.

También otros medios de diagnóstico como inyectar en la vejiga determinada cantidad de líquido y medir la cantidad recobrada o realizar esto mismo con aire, no son métodos seguros para descartar la rotura de la pared vesical.

En resumen, de todos los medios a nuestro alcance para confirmar o descartar la existencia de una rotura de la pared vesical, el más seguro es el de la cistografía como nos fué posible comprobar en el paciente que motiva este relato.

Tratamiento: Las roturas intraperitoneales se suturan por vía transperitoneal sin inconvenientes, salvo cuando son muy posteriores en que es conveniente realizar la extraperitonealización de la vejiga.

En las extraperitoneales la sutura es generalmente fácil aunque no imprescindible, siendo de gran importancia el drenaje de la zona perivesical y en todos los casos, la precocidad del tratamiento.

Hist. Clínica: M. L. Español, de 48 años, el día 27 de agosto de 1956 cae por el hueco de un ascensor, de varios pisos de altura. Es traído al Servicio de Traumatología del Hospital Alemán, donde se trata su shock y se constatan las siguientes fracturas: Fractura longitudinal del sacro por los agujeros de conjugación lado derecho. Fractura de las ramas ilio e isquio pubianas de ambos lados. Fractura de cuerpos de III y IV lumbares, de apófisis transversas de III, IV y V lumbares.

Como constatan en el servicio de traumatología la existencia de tenesmos con hematuria, solicitan la colaboración urológica.

El enfermo, ya mejorado de su shock, presenta un abdomen ligeramente distendido, timpánico a la percusión, doloroso en la región hipogástrica, debido a las fracturas de las ramas pubianas de ambos lados, a la auscultación no hay ruido hidroaéreo de motilidad intestinal, hematoma de pene y escroto. No hay hematoma del ombligo, Flancos libres. No existe el signo del amatista.

Como antecedente, relata que antes de su caída, por la índole de su trabajo ya estaba varias horas sin orinar y recuerda haber tenido la sensación de plenitud vesical antes del trauma.

El urograma por excreción, informa lo siguiente: No se aprecian particularidades del diseño pieleocalicial. Buena repleción vesical sin difusión perivesical.

Se efectúa el cateterismo, la sonda pasa sin dificultad evacuándose una reducida cantidad de orina teñida con sangre.

Se realiza una cistografía comprobándose según informe del radiólogo: extravasación de líquido opaco por ruptura de vejiga.

Repuesto ya del shock, se interviene.

Anestesia general, Incisión media suprapúbica. El espacio de Retzius se halla infiltrado por líquido urohemático, se individualiza la vejiga por sus fibras musculares, se toma su

pared con dos pinzas de Allis, se abre, la exploración permite constatar un desgarro situado sobre el lado izquierdo, deja pasar la yema de un dedo meñique.

La vejiga se halla rodeada por ambos lados y por delante por la infiltración urohemática. La exploración digital no permite reconocer ninguna espina ósea fuera del lugar.

Drenaje en cigarrillo paravesical, drenaje vesical con sonda Pezzer suprapúbiano, cierre de la pared con catgut.

Post-operatorio sin temperatura mayor de 38° rectal en los 20 días subsiguientes.

Cicatrización sin inconvenientes.

A los 12 días se retira el drenaje en cigarrillo.

A los 15 días se retira la sonda de Pezzer y se coloca sonda de Foley por uretra.

Curado de su afección vesical a los 20 días

En conclusión, vemos que el diagnóstico se pudo hacer con certeza, recién en base a la cistografía, mientras el urograma no dió ninguna extravasación vesical. Esto justifica correr el riesgo de contaminación en caso en que la sospecha de ruptura vesical no se puede confirmar con el urograma excretario.

BIBLIOGRAFÍA

Luis A. Sutraco: Tercer Congreso Interamericano de Cirugía, 1946, T. II, p. 559.

Lowsley y Kirwin: *Clinical Urology*, Vol. 11, pág. 942. W. y W. Phi. 1940.

Dodson: *Urological Surgery*, Pág. 476. Mosley. 1950.

H. Boeminghaus: *Urologie*, Verlag Banaschewski. 1945.

F. Legueu: *Tratado Médico Quirúrgico de las Vías Urinarias*, Salvat, T. II, p. 453.

Youngs: *Practice of Urology*, Vol. II, pág. 146.

DISCUSION

Dr. Rebaudi. — Es indiscutible que algunas veces resulta difícil hacer el diagnóstico de una ruptura de vejiga. En una ruptura de vejiga sobre todo intraperitoneal tendría mucho temor de hacer un cateterismo y más un examen de vejiga con sustancia opaca, ya que de este modo, podría llevar microbios de afuera hacia adentro y agregarlos a los existentes, en especial si el organismo ha comenzado a defenderse.

Nunca realizo cateterismo ante una presunta ruptura de vejiga. Prefiero buscarla en el acto operatorio antes que practicar un cateterismo. Ultimamente, hará alrededor de una semana, atendimos una ruptura de vejiga en el servicio del Hospital Alvarez. Se trataba de una mujer de la maternidad que se había arrojado desde el segundo piso. Además de otras fracturas, había la desaparición completa de toda la región pubiana, las dos ramas del púbis habían desaparecido por completo. Se le hizo una talla vesical, que permitió encontrar dos rupturas, del lado derecho e izquierdo. El deseo de sondar de un colega fué detenido por mí y pedí que se fuera a la intervención, a la que permitió hallar, como dije, dos focos de ruptura, de ambos lados. Debe evitarse la realización de sondajes que pueden llevar al enfermo a la infección, forzando de ese modo el mecanismo defensivo del paciente.

Dr. Schiappapietra. — ¿Ese enfermo estaba en retención?

Dr. Moser. — Tenía una retención de pocos centímetros cúbicos.

Dr. Schiappapietra. — Voy a presentar el caso de un enfermo que fué atendido por nosotros después de sufrir un traumatismo en una localidad del interior, sin tenerse en cuenta para nada la información de los colegas que lo atendieron en el primer momento.

Era un hombre que se encontraba shockado, en mal estado general, séptico, con gran oliguria, tenía una herida desde 3 días antes, que iba del ombligo hasta la región suprapúbica. Llegó a la guardia en pésimas condiciones. El médico que lo vió resolvió ponerle una sonda. Una hora después lo vi yo; interrogué a los familiares y al médico. No había infiltración de orina sino un gran hematoma. No había ningún tipo de drenaje. Por el ángulo inferior de la herida resumía orina sanguinolenta. A pesar de que el médico tratante había obtenido orina al sondarlo, le dejó la sonda. Eliminaba escasa cantidad de orina.

Traté de poner al enfermo en mejores condiciones, ya que tenía una urea alta, mal estado general, podría decir que estaba en acidosis y me prepuse tratar su estado general para ver cuál sería la actitud a seguir. Ese mismo día quise hacer un urograma que me imaginé que no nos iba a dar información alguna porque la orina era escasa. Al tocar al enfermo presumía que tenía una fractura muy seria de pelvis. No excretaba absolutamente nada. Ese enfermo llevaba ya tres días del accidente. Su hipotensión, su estado de shock mantenido, su estado tóxico y su acidosis me hacían suponer que la urografía no arrojaría resultado alguno. Con los recelos consiguientes, realicé una maniobra ascendente en un episodio agudo

y me determinó a ello el hecho de que el enfermo no había llegado limpio a mis manos. Comprobé la existencia de una ruptura de vejiga. Lo hice por orientación de diagnóstico y porque no podía llevarlo a la mesa de operaciones. Una vez mejorado, lo operamos y al día siguiente nos llegó la comunicación del médico que lo asistió en el momento de producirse el accidente. Nos decía: "Llegó a nuestras manos a las 5 y media, sin pulso, sin presión arterial. Salió de él con Levofeuv, ACTH, etc. Como el hematocrito cayó se le dió sangre. Para obtener orina se le practicó un sondaje que dió solamente sangre. Por supuesto que no insistimos y supusimos, dado su traumatismo de cadera, que se trataba de una ruptura de uretra posterior o sino de vejiga. Como el enfermo aquejaba fuertes dolores en el abdomen inferior y contractura y defensa muscular persistente del estado de shock y había caído el hematocrito hice una punción abdominal y dió sangre. Abierto el vientre no se comprobó lesión visceral ni sangre. No nos explicamos por qué la punción fué positiva. Se cerró el peritoneo y se intentó una talla sin éxito". Es decir, que no encontraron la vejiga porque lógicamente estaba deshecha.

Cuando lo operé después de haber cambiado su pulso, decidí hacerlo porque los familiares me transmitían que ellos creían que no habían operado vejiga y venía sin ningún drenaje. El peritoneo estaba suturado y en la parte inferior se había completado el cierre con un gran trozo de vejiga. La vejiga había estallado. Hubo que abrir la sutura, sacar ese colgajo de vejiga y reconstruir donde iba la orina. Alcancé a extraer algunos trozos de esquirlas, la orina había fraguado una gran cavidad donde se hacía reservorio que ya estaba pútrido y que refluía por el ángulo inferior de la herida. Limpié la cavidad, saqué los secuestros e hice un drenaje perineo-hipogástrico perivesical, reconstruí la vejiga e hice otro drenaje uretro-hipogástrico y tuve la fortuna de reconstruir la vejiga.

A posteriori hice otro urograma y a pesar de que llegó a dar 1900 c.c. de orina, además de la que refluía por vía perineal, el poder de concentración de los riñones era nulo. Había una anuria que no llegó a sacarlo de la urea que llegó a 4.80. Salió de su acidosis porque se alcalinizó, pero no así de la uremia por su insuficiencia renal. Es curioso que haya hecho una insuficiencia renal tan aguda porque nunca sufrió de sus riñones.

Confieso que es la única vez que he hecho una maniobra ascendente en un proceso agudo. Siempre lo he podido resolver con la urografía excretora y si procedí de ese modo fué porque llegó séptico a mis manos. Las maniobras ascendentes deben reducirse a la indicación precisa cuando no se puede obtener una imagen excretora. En este caso, considero que si bien es afortunado, habiendo ruptura de pelvis y hematuria, yo practicaría con más conformidad, la exploración quirúrgica.

Dr. Moser. — La finalidad no era justificar únicamente la realización de la cistografía sino demostrar que el urograma por excreción no permite en caso de ser negativo, excluir la existencia de una ruptura de vejiga.

En cuanto a la contaminación peritoneal, después de estar casi años practicando cirugía general, no le tengo tanto temor al peritoneo en lo que respecta a la infección cuando ésta no es prolongada. Mayor es el temor de la infección del tejido celular, pericelular y de la osteomielitis. Con respecto a la conveniencia o no de hacer la cistografía, por lo menos en este caso, el hecho de no haber tenido una temperatura rectal mayor de 38° en los 20 días subsiguientes demostró su inocuidad sin querer decir que esto sea obligatorio hacerlo.
