Caso	(290) Rotura vesical en paciente politraumatizado
Autores	Nerea Torena Lerchundi, Ignacio De Garcilán De La Joya . José Martínez -checa Guiote. Gabriela Serra Del Carpio. Áurea Díez Tascón. Silvia Ossaba Vélez
Centro	Hospital Universitario La Paz

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 19 años que sufre un accidente laboral precipitándose de un quinto piso con caída libre aproximada de 5-7 metros. Al caer se incorpora por sus propios medios, el SUMMA lo intuba y lo traslada al hospital donde se realiza TC con protocolo de politrauma.

En el TC se observa sonda de Foley vesical con burbujas de aire intravesicales que son inespecíficas dado el antecedente de manipulación reciente. En la región declive de la luz vesical se identifica moderada cuantía de material hiperdenso compatible con coágulos. Se observa un foco hiperdenso en contacto con la pared anterior izquierda, en posible relación con lesión parietal a este nivel. En fase excretora no se consigue demostrar extravasado de contraste que confirmen rotura vesical, sin embargo la vejiga no se encuentra completamente rellena de contraste por lo que no se puede descartar rotura vesical y se recomienda realizar cistoTC.

En el cisto TC se confirma defecto en la pared vesical anterior izquierda de aproximadamente de 9x12 mm que se acompaña de fuga de contraste al espacio de Retzius y pelvis anterior.

DISCUSIÓN

Las perforaciones vesicales se dividen en dos grandes grupos en función de su origen, pudiendo ser traumáticas o espontáneas. La mayoría son secundarias a traumatismos; muchas veces asociadas a fracturas de pelvis.

Existen varias clasificaciones, aunque lo primordial es distinguir si la rotura es intra o extraperitoneal, puesto que el manejo es distinto en ambos casos. La extraperitoneal es mucho más frecuente (80/90%) y su tratamiento es conservador , mientras que la rotura intraperitoneal requiere cirugía.

Las lesiones extraperitoneales pueden ser simples o complejas. En las simples la extravasación de contraste se limita al espacio extraperitoneal pélvico, mientras que en las complejas el contraste se dispersa por la pared abdominal anterior, el pene, el escroto o el periné como resultado de una disrupción de los planos de la fascia de la pelvis.

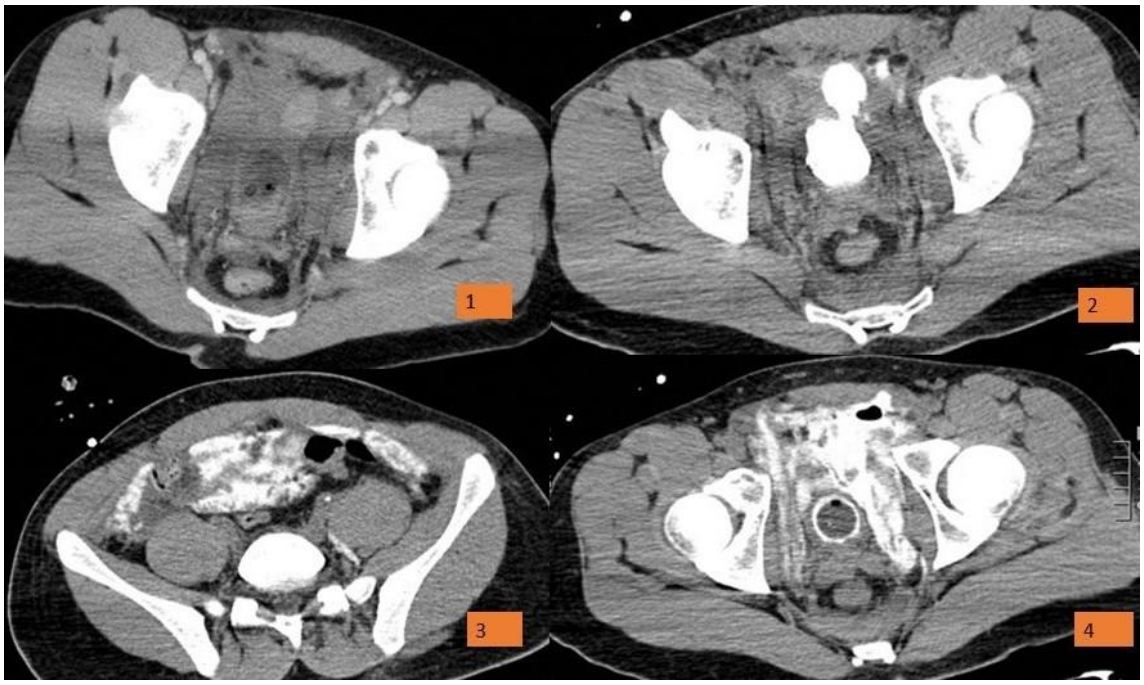
La ruptura intraperitoneal ocurre cuando existe una compresión o un golpe sobre la porción inferior del abdomen con una vejiga distendida, lo que produce un incremento repentino de la presión intraluminal y una ruptura de la cúpula, que es la porción más débil de la vejiga y la que está cubierta por peritoneo.

La lesión combinada, intra y extraperitoneal ocurre en un 5% de los casos

Se debe realizar un cisto TC para realizar un correcto diagnóstico; la distensión activa de la vejiga con contraste es esencial para excluir de manera fidedigna una ruptura vesical. La distensión pasiva que tiene lugar durante la fase excretora de un TC abdominopélvico con contraste no es suficiente para diagnosticar ruptura vesical.Es necesario instilar un mínimo de entre 300-350 ml de contraste diluido a través de la vejiga y obtener un TC axial de la pelvis para descartar una ruptura vesical.

CONCLUSIÓN

El retraso en el diagnóstico y tratamiento de una vejiga rota puede incrementar sustancialmente la mortalidad. Se debe realizar un cisto TC para realizar un correcto diagnóstico.



1. Se aprecia la presencia de líquido libre y una imagen hiperdensa de localización anterior a vejiga, sugestivo de corresponder a un coágulo. 2 Tras relleno vesical con contraste a través de sonda uretral se aprecia una solución de continuidad en cara anterior vesical con extravasación del contraste a espacio prevesical. 3 Se puede apreciar contraste extravasado en ambos flancos, a nivel de espacios parietocólicos, así como contraste que difunde en cavidad peritoneal. Se confirma rotura intraperitoneal. 4 Se observa que el contraste rellena espacios paravesicales, confirmando extravasación extraperitoneal. Hallazgos compatibles con rotura intra y extraperitoneal.

BIBLIOGRAFÍA

Ramchandani P, Buckler PM. Imaging of Genitourinary Trauma. AJR 2009; 192:1514-1523.

Gross JS, Rotenberg S, Horrow M. Resident and Fellow Education Feature Bladder Injury: Types, Mechanisms, and Diagnostic Imaging. Radiographics 2014;34:802-803.

Vaccaro JP, Brody JM. CT cystography in the evauation of Mayor Bladder Trauma. Radiographics 2000; 20:1373-1381.