



# Tratamiento de los traumatismos de la vejiga

A. Oitchayomi, A. Doerfler

*Las lesiones vesicales se asocian con frecuencia a lesiones de otras estructuras, como la pelvis ósea, que pueden comprometer el pronóstico vital. Las heridas vesicales iatrogénicas son las más frecuentes. En una intervención quirúrgica de riesgo se hace necesario sospecharlas y buscarlas porque es más fácil tratarlas de entrada. El manejo inicial de los traumatismos vesicales se basa por lo general en la reanimación, pues supone la estabilización de un paciente politraumatizado. Las pruebas de imagen permiten evaluar las lesiones asociadas. La cistografía y la cistotomografía computarizada (cisto-TC) son los métodos de referencia que permiten establecer el diagnóstico, la clasificación de las lesiones y, por tanto, la conducta terapéutica. El tratamiento conservador mediante colocación de sonda vesical transuretral se propone en caso de ruptura extraperitoneal sin otras lesiones próximas que requieran intervención quirúrgica. En todos los demás casos, la sutura vesical es la norma y puede efectuarse por laparoscopia si se trata de un monotraumatismo vesical intraperitoneal. El pronóstico de los traumatismos vesicales presenta una correlación directa con las lesiones asociadas. En esta situación, la mortalidad es considerable a pesar de un tratamiento precoz y de los progresos de la reanimación. En cambio, la mortalidad es casi nula en el caso de un traumatismo vesical aislado. La regla general suele ser la curación sin secuelas.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Vejiga; Traumatismo de la vejiga; Ruptura vesical; Urinoma

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Etiologías</b>	1
Traumatismos cerrados	1
Heridas penetrantes	2
Lesiones iatrogénicas	2
Rupturas espontáneas	2
■ <b>Diagnóstico</b>	2
Clínica	2
Pruebas complementarias	3
■ <b>Tratamiento</b>	4
Clasificación	4
Contusión vesical	4
Ruptura intersticial	4
Ruptura extraperitoneal	4
Ruptura intraperitoneal	5
Ruptura mixta	5
Heridas penetrantes	5
Heridas iatrogénicas	5
■ <b>Evolución y pronóstico</b>	5
■ <b>Conclusión</b>	6

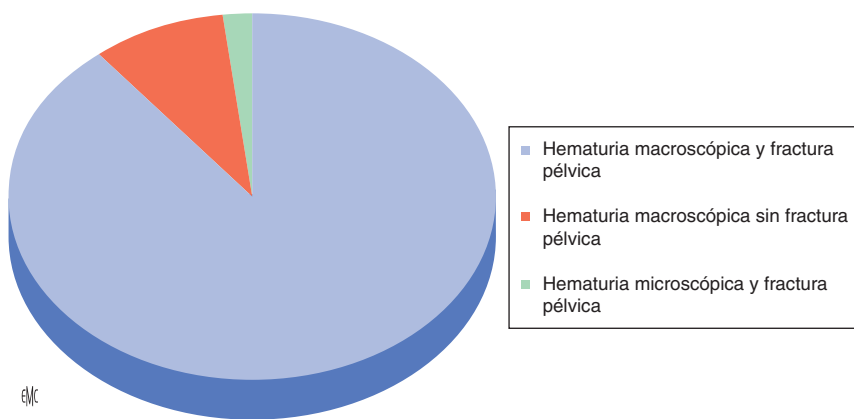
## ■ Introducción

La vejiga, situada detrás del pubis, está protegida por el marco osteotendinoso de la pelvis. Por lo tanto, permanece cubierta cuando su volumen es escaso, y su lesión es producto de un traumatismo indirecto de alta energía. Cuando se llena, la cúpula vesical rebasa el marco óseo y es vulnerable a un traumatismo directo de energía de menor intensidad. Por último, también pueden producirse lesiones iatrogénicas, ya sea por una intervención quirúrgica o un cateterismo vesical. El pronóstico de estas lesiones suele ser bueno si el diagnóstico y el tratamiento se establecen con rapidez. El pronóstico depende sobre todo de las lesiones asociadas (digestivas, óseas, vasculares) o de otras lesiones del árbol urinario (uretra, uréter).

## ■ Etiologías

### Traumatismos cerrados

La mayoría de las heridas vesicales por traumatismo cerrado están producidas por un golpe de alta energía,



**Figura 1.** Distribución de las heridas vesicales por traumatismo cerrado en función de la hematuria.

y en el 85% de los casos se asocian a lesiones de otros órganos [1], pero menos del 2% de los traumatismos abdominales incluyen una ruptura vesical [2]. El diagnóstico se sospecha en un paciente con fracturas de la pelvis y hematuria macroscópica, una asociación frecuente. En más del 80% de los pacientes con herida vesical se asocia una fractura de la pelvis, y en el 10% de éstas se asocia una lesión vesical [3-5].

La mayoría de estos traumatismos vesicales cerrados se producen por accidentes de tráfico (64%), laborales (20%), deportivos (7-20%) o por caídas de altura [5].

## Heridas penetrantes

Los traumatismos vesicales por herida penetrante representan menos del 1% de los traumatismos por arma de fuego, su mayoría en heridos de guerra [6]. Casi siempre, se trata de heridas laceradas con un 80-85% de lesiones asociadas: del intestino delgado (50%), del colon sigmoide (50%), del recto (20-30%) y vasculares (10-15%) [6]. Las heridas por arma blanca con lesión vesical son infrecuentes, menos lacerantes, a menudo puntiformes (14-49%). Casi el 90% de las heridas penetrantes se deben a traumatismos por arma de fuego [7].

## Lesiones iatrogénicas

La etiología más frecuente de los traumatismos vesicales es iatrogénica y representa por sí sola alrededor del 50%. Las especialidades más implicadas son, por orden de frecuencia, las cirugías urológica, ginecológica, abdominal, ortopédica y vascular [2, 8]. Pueden tener que ver la dificultad de la cirugía (antecedente quirúrgico abdominal, de radioterapia, tumor pélvico de gran volumen) o la experiencia del cirujano.

En urología, las lesiones iatrogénicas se producen la mayoría de las veces en los procedimientos endoscópicos. La incidencia de las perforaciones vesicales durante las resecciones endoscópicas de la vejiga es del 1,3-5%. En este caso, las lesiones suelen ser extraperitoneales (83-88%) [9, 10]. La resección transuretral de la próstata se complica con una perforación vesical en el 0,1% de los casos [11].

En cirugía ginecológica, la vejiga es el órgano del tracto urinario que se lesiona con mayor frecuencia. La incidencia de las lesiones vesicales es del 0,2% (0,49% en ginecología y 0,18% en obstetricia). La intervención más frecuentemente responsable de una lesión vesical es la histerectomía por vía abdominal [12].

En la colocación de bandas suburetrales, el riesgo de lesión vesical es mayor con la banda TVT (*tension-free vaginal tape*) que con las bandas transobturadoras; puede alcanzar el 11,5% [13].

Con la promontofijación laparoscópica se corre un riesgo vesical del 1-7% [14, 15].

En cirugía digestiva, el índice medio de lesiones vesicales peroperatorias es del 0,15%, con variaciones del 0,12-0,14% en cirugías ileocólicas y del 0,27-0,41% en cirugía rectal [16].

## Rupturas espontáneas

Las rupturas vesicales espontáneas son excepcionales. Se han descrito algunos casos después de radioterapia, de alcoholización masiva o de infecciones intestinales crónicas [17, 18].

## Diagnóstico

### Clínica

La presentación clínica depende del tipo de traumatismo. Siguiendo el protocolo para el paciente politraumatizado, la exploración física debe ser completa. En caso de lesión considerable de la pelvis, hay que buscar una lesión uretral, rectal y/o vaginal.

### Traumatismos cerrados

En los traumatismos cerrados, de alta energía, a menudo asociados a lesiones abdominales o a fractura de la pelvis, el diagnóstico se sospecha por hematuria, anuria o dolor suprapúbico. La exploración física puede ser difícil debido al dolor o a un hematoma pélvico. Se busca una distensión suprapúbica, defensa abdominal o un hematoma pelviperineal.

La hematuria macroscópica tiene buena sensibilidad y especificidad y debe hacer buscar de forma sistemática una lesión vesical [19]. La asociación de traumatismo vesical cerrado con hematuria y fractura pélvica es la piedra angular del diagnóstico. En la gran mayoría de los casos, la hematuria de esta tríada es macroscópica, mientras que la hematuria microscópica es excepcional (Fig. 1). La tríada es incompleta en el 9% de los pacientes (sin fractura de la pelvis). El dolor suprapúbico resultante de una ruptura traumática de la vejiga puede ser superado por el dolor de la fractura pélvica, pero la asociación de hematuria macroscópica y fractura de la pelvis debe hacer sospechar el diagnóstico de forma prioritaria: el 75-90% de las rupturas vesicales se asocian a una fractura de la pelvis [2, 3, 20]. La probabilidad de lesión vesical aumenta de manera significativa si existe una diástasis de la sínfisis. El riesgo relativo es de más o menos un factor 10 si la diástasis es superior a 1 cm [21]. Una diástasis sacroilíaca, una fractura sacra, una fractura de las alas ilíacas o de las ramas del pubis también presentan una probabilidad más elevada de lesión vesical [21, 22].

En la mujer debe enfocarse la atención en la búsqueda de sangre intravaginal, que puede corresponder a una lesión vaginal, uretral o vesical [23].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268674>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268674>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)