

## Casos Clínicos

# ROTURA ESPONTÁNEA DE VEJIGA URINARIA POST PARTO VAGINAL

*Eduardo Reyna-Villasmil, Joel Santos-Bolívar, Elvia Peña-Paredes.*

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Maternidad "Dr. Nerio Beloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

### RESUMEN

*Antecedentes:* La rotura de la vejiga en el post parto es una condición poco común y cuando ocurre se convierte en una emergencia que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato. *Caso clínico:* Paciente de 41 años, multipara de 4, se presenta al Servicio de Urgencia 4 días después del parto, con distensión abdominal progresiva asociado a oliguria y dolor abdominal de tres días de duración. Los exámenes de laboratorio revelaron presencia de marcada elevación de las concentraciones de urea y creatinina. La ecografía abdominal reveló la presencia de ascitis con hígado y riñones de aspecto normales. Las condiciones de la paciente empeoran y se decide efectuar laparotomía exploradora, encontrándose una lesión vertical en la cara posterior de vejiga de 5 cm, orina libre en abdomen y signos de peritonitis. Se efectúa sutura vesical. No se reconoce rotura uterina. Se retira sonda vesical al décimo día y es dada de alta con buena función vesical. *Conclusión:* La rotura espontánea de la vejiga urinaria post parto es extremadamente rara. Un diagnóstico temprano y la exploración inmediata disminuye la morbilidad y mortalidad en esta condición.

**PALABRAS CLAVES:** *Rotura espontánea de vejiga, peritonitis post parto*

### SUMMARY

*Background:* Bladder rupture in an uncommon condition and when it occurs is converted in an emergency and require immediate diagnosis and treatment. *Case report:* A 41-year-old patient, IV para, assisted four days after vaginal delivery with progressive abdominal distention, associated with oliguria and abdominal pain of three days of duration. Laboratory showed the presence of a marked elevation of urea and creatinine concentrations. Abdominal ultrasonography revealed the presence of ascites with normal liver and kidneys. Patients conditions worsened and a laparotomy is done, where a 5 cm vertical lesion of bladder in his posterior face were found, with free urine in abdomen and peritonitis signs. Bladder was sutured. Uterine rupture is not recognized. Foley catheter was withdrawn to the tenth day and the patient was discharged with good bladder function. *Conclusions:* Postpartum spontaneous bladder rupture is extremely rare. Early diagnosis and immediate exploration diminish morbidity and mortality in this condition.

**KEY WORDS:** *Spontaneous bladder rupture, postpartum peritonitis*

## INTRODUCCIÓN

Las principales causas de peritonitis generalizada son apendicitis, perforación asociada a diverticulitis, úlcera péptica, obstrucción gangrenosa del intestino delgado con formación de adherencias, hernia encarcelada y vólvulos (1,2). La rotura de la vejiga es una condición poco común y cuando ocurre se convierte en una emergencia que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato. La presentación usual es de un abdomen agudo. El diagnóstico es difícil tanto por su baja incidencia como por su presentación clínica, siendo necesario un alto nivel de sospecha (3). Se presenta un caso de rotura espontánea de vejiga post parto vaginal.

### Caso clínico

Paciente de 41 años, múltipara de 4, se presenta 4 días (fecha de parto: 15 de julio de 2007) después de parto vaginal espontáneo, con distensión abdominal progresiva, asociado a oliguria y dolor abdominal de tres días de duración. Parto eutócico, asistido en un hospital rural de la localidad, recién nacido vivo de 3,9 kilos, con trabajo de parto de 6 horas aproximadamente, sin complicaciones durante el parto. La paciente refirió que no se realizó ningún tipo de medida externa durante el periodo expulsivo.

La paciente se encontraba en buenas condiciones generales, con signos vitales normales, febril (38,7°C) y abdomen distendido con ligera ascitis. Negaba la presencia de hematuria después del parto. No se palparon masas ni visceromegalias y los ruidos hidroaéreos eran normales. No se detectaron anomalías en el tacto vaginal o rectal.

Los exámenes de laboratorio revelaron presencia de concentraciones normales de hemoglobina (10,5 g/dL), leucocitosis (16.000 x mm<sup>3</sup>), marcada elevación de las concentraciones de urea (80 mg/dL) y creatinina (2,57 mg/dL), lo que sugería el diagnóstico de insuficiencia renal.

La ecografía abdominal reveló la presencia de ascitis con hígado, vesícula y riñones normales. La cavidad uterina se apreciaba normal. La radiografía de tórax demostró la presencia de derrame pleural derecho. Luego de 12 horas, las condiciones de la paciente empeoran y se decide realizar laparotomía exploradora. Los hallazgos intraoperatorio demostraron la presencia de una lesión vertical en la cara posterior de vejiga de aproximadamente 5 centímetros, la cavidad de la vejiga se aprecia limpia, sin lesiones macroscópicas y con escasa cantidad de coágulos, con la presencia de aproximadamente 350 ml de orina libre en cavidad abdominal,

además de la presencia de peritonitis química. Se realizó la reparación de la vejiga en dos capas con puntos invaginantes y material reabsorbible (crómico 2-0). No se realizó resección de los bordes al no observar signos de necrosis. No se encontraron evidencias de rotura uterina y el segmento inferior del útero estaba intacto.

La paciente se recuperó sin complicaciones, el catéter urinario se retiró al décimo día del postoperatorio y fue dada de alta a los 11 días de la intervención con recuperación total de la función vesical.

### DISCUSIÓN

La rotura espontánea de la vejiga es una causa rara de peritonitis y generalmente esta asociada a antecedentes recientes de trauma o patología vesical preexistente (1). Puede ser intra o extra peritoneal, siendo este último tipo el más raro (2). Existen pocos informes de rotura espontánea de la vejiga asociada con el embarazo. La lesión se observa en forma más común en los partos vaginales posterior a cesárea y a la rotura espontánea preparto de divertículos de la vejiga al momento de la cesárea (3-5). En algunos casos el diagnóstico es difícil, pero los síntomas y signos clínicos como la oliguria/anuria, dolor abdominal de leve intensidad y ascitis, junto con las modificaciones en los exámenes de laboratorio que sugieren insuficiencia renal, deben alertar al médico sobre la posibilidad de la rotura de la vejiga (3,4).

La rotura vesical en la mayoría de los casos es intraperitoneal, por ser la cúpula vesical el punto más débil. La porción extraperitoneal, protegida y fijada a estructuras adyacentes, no suele romperse espontáneamente (5). Se han descrito una serie de factores predisponentes como: alteración de la pared vesical (lesiones inflamatorias agudas y crónicas, neoplasias vesicales, litiasis de larga duración, divertículos, déficit de la vascularización) y obstrucción del tracto urinario inferior (prolapso uterino, estenosis o tumor uretral, trabajo de parto, vejiga neurogénica, ingesta de alcohol, cocaína o anfetaminas) (4,6,7).

El diagnóstico es difícil, ya que puede pasar inadvertida por su clínica en ocasiones insidiosa, lo que hace que no se considere esta posibilidad. Suele aparecer como dolor de localización suprapúbica, súbito, acompañado de oliguria/anuria y en algunos casos hematuria macro o microscópica (1). La rotura extraperitoneal suele ser, incluso menos sintomática, lo que dificulta aún más el diagnóstico (5). En la rotura intraperitoneal se produce una rápida absorción de la orina en la cavidad peritoneal y el

equilibrio de las concentraciones de urea y creatinina (autodiálisis) se produce entre el líquido ascítico y el plasma. Además, las concentraciones de potasio aumentan y las de sodio y cloruro disminuyen. Las concentraciones de urea y creatinina están elevadas en 45% de las pacientes en las primeras 24 horas posteriores a la ruptura de la vejiga (2,3,5).

Los principales exámenes para el diagnóstico son la cistografía retrograda, la exploración quirúrgica y la determinación de urea, creatinina y electrolitos en el líquido ascítico. En la cistografía, el material de contraste puede ser visto en el fondo de saco de Douglas y alrededor de las asas intestinales, la coxífera paracólica y las vísceras intraperitoneales. La sensibilidad es del 78% y la especificidad del 99% (2,3). No se deben utilizar estudios radiográficos con contrastes endovenosos (7).

Se sabe que la rotura de las paredes de la vejiga ocurre en pacientes con parto vaginal posterior a cesárea, donde la rotura de la pared posterior ocurre cuando se produce la dehiscencia de la histerorrafia (4,6,8). En la paciente no se realizó ningún tipo de presión abdominal antes del parto o masaje abdominal después de este, maniobras a las que se les puede atribuir la rotura de la vejiga. Es conocido que la vejiga se vacía en forma deficiente durante el parto y el postparto llevando a un incremento de la retención urinaria (4,9). Por lo tanto es aconsejable la vigilancia continua para descartar problemas comunes durante el postparto.

Todas las pacientes con rotura intraperitoneal de la vejiga deben ser sometidas a reparación quirúrgica inmediata. Las roturas extraperitoneales de la vejiga pueden ser tratadas con drenaje con catéter si la sangre en orina desaparece rápidamente, el catéter drena bien y el cuello de la vejiga no está involucrado en la lesión (5). De otra forma, la corrección quirúrgica es obligatoria (4,5).

El tratamiento consiste en la sutura de la rotura, asegurar un buen drenaje vesical y la permanencia de la sonda vesical por al menos 10 días (lo que permite la cicatrización de la pared vesical). El uso de un catéter de drenaje suprapúbico no ha demostrado producir una reducción significativa en la mortalidad a largo plazo (2). La toma de una muestra de tejido de la vejiga durante el operatorio, puede estar indicado en patología subyacente que no es evidente a la visualización simple de la pared vesical traumatizada (3).

El seguimiento de estas pacientes se realiza solo cuando se sospecha la presencia de alguna patología inflamatoria o neoplásica que puede ser la causa primaria de la rotura. La realización de la citoscopia solo estaría indicada en presencia de persistencia de hematuria o sospecha de obstrucción (7).

## CONCLUSIÓN

La rotura espontánea de la vejiga urinaria postparto es extremadamente rara. Un diagnóstico temprano y exploración inmediata disminuye la morbilidad y mortalidad en esta condición.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Patel I, Haas C, Spirnak J, Erhardt C. Spontaneous extraperitoneal bladder rupture. *J Urol* 1998;159:2089-90.
2. Tabaru A, Endou M, Miura Y, Otsuki M. Generalized peritonitis caused by spontaneous intraperitoneal rupture of uterine bladder. *Intern Med* 1996;35:880-2.
3. Titton R, Gervais D, Hahn P, Harisinghani M, Arellano R, Mueller P. Urine leaks and urinomas: Diagnosis and imaging-guided intervention. *Radiographics* 2003;23:1133-47.
4. Zeteroglu S, Bayrakli H, Yilmaz Y, Sahin H. Combined bladder, urethral and uterine rupture after a normal, spontaneous vaginal delivery at home: a case report. *J Reprod Med* 2005;11:874-6.
5. Capitán C, Tejido A, Piedra J, García C, Rosino A, Palomar A, *et al.* Rotura vesical extraperitoneal espontánea. Presentación de un caso. *Actas Urol Esp* 2001;25: 291-4.
6. Forsnes E, Browning J, Gherman R. Bladder rupture associated with uterine rupture. A report of two cases occurring during vaginal birth after cesarean. *J Reprod Med* 2000;45:240-2.
7. Roberts C, Oligbo N, Swinhoe J. Spontaneous bladder rupture following normal vaginal delivery: a postpartum emergency. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:381-2.
8. Abuzoda U, Pozyczka A, Preston J. Spontaneous bladder rupture during labour diagnosed at caesarean section. *J Obstet Gynaecol* 2003;23: 670-1.
9. Aruna N, Nitin K, Vishwambhar N, Lakshmi S. Spontaneous rupture of the urinary bladder in the puerperium. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1997;37:473-4.