

PERFORACIÓN VESICAL EXTRAPERITONEAL ESPONTÁNEA POR CARCINOMA VESICAL

J.A. VALERO PUERTA, M. MEDINA PÉREZ*, A. MONTEAGUDO PARREÑO**,
R. ENAMORADO INTERIANO***, I. VALPUESTA FERNÁNDEZ,
M. SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Servicio de Urología. Servicio de Anatomía Patológica, Servicio de Radiología**,
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias***. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla).*

PALABRAS CLAVE:

Vejiga. Perforación espontánea. Carcinoma.

KEY WORDS:

Bladder. Spontaneous perforation. Carcinoma.

Actas Urol Esp. 24 (10): 817-819, 2000

RESUMEN

Aportamos un caso de perforación vesical extraperitoneal espontánea, debida a la presencia de un carcinoma vesical de naturaleza urotelial.

ABSTRACT

We show a case of spontaneous extraperitoneal vesical perforation due to presence of a bladder cancer with urotelial origin.

La perforación espontánea de la vejiga es un hecho infrecuente. En un 5-8% de los casos se explica por la presencia oculta de un tumor vesical¹.

Generalmente suelen ser perforaciones intraperitoneales. Son escasas las comunicaciones de perforaciones vesicales extraperitoneales espontáneas, debidas a un tumor vesical².

En el presente trabajo describimos una perforación vesical debida a un carcinoma vesical infiltrante, que se localizó extraperitonealmente.

CASO CLÍNICO

Varón de 73 años. Destacan entre sus antecedentes personales alergia a las pirazolonas, mal de Pott, infarto agudo de miocardio dos años antes, intervenido de colecistectomía. Sufrió de síndrome prostático en tratamiento con Finasteride y había presentado dos episodios de pielonefritis (cuatro y dos años antes de su ingreso).

Ingresa por presentar cuadro de fiebre con escalofríos de 48 horas de evolución, con dolor en hipogastrio. Se coloca sonda vesical, obteniéndose una orina purulenta.

En la analítica se aprecia leucocitosis (26.800/ml) y una creatinina de 3,1 (siendo normal unos cuatro días antes).

Se comienza tratamiento con ciprofloxacino y cefotaxima en espera de urocultivo. Sin embargo el paciente presenta defensa en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, acompañado de inestabilidad hemodinámica que precisa su ingreso en unidad de cuidado intensivos.

Se realiza ecografía abdominal apreciándose ligera ectasia renal derecha, vejiga discretamente replecionada con pared engrosada y dudosa presencia de gas en su pared, líquido ascítico en espacio subhepático y paracólico derecho. Se sospecha proceso diverticular perforado, entonces se decide realizar enema opaco que resulta ser normal. Se

realiza posteriormente, Tomografía Axial Computerizada inyectando contraste en vejiga a través de sonda vesical evidenciando perforación vesical con fuga de contraste a nivel de espacio de Retzius (Fig. 1).

Se practica laparotomía urgente encontrando perforación vesical extraperitoneal en cara anterior, acompañado de infiltración de todo el espacio de Retzius. Se toma biopsia de la zona perforada, se procede al cierre vesical con sutura absorbible, en dos planos. Se desbrida el espacio perivesical y se deja drenaje.

El paciente evoluciona tórpidamente, no consigue superar el cuadro séptico, incluso se complica con infección nosocomial por *Candida albicans*, y fallece.

El estudio de la biopsia es informado como carcinoma urotelial pobremente diferenciado, sólido e infiltrante.

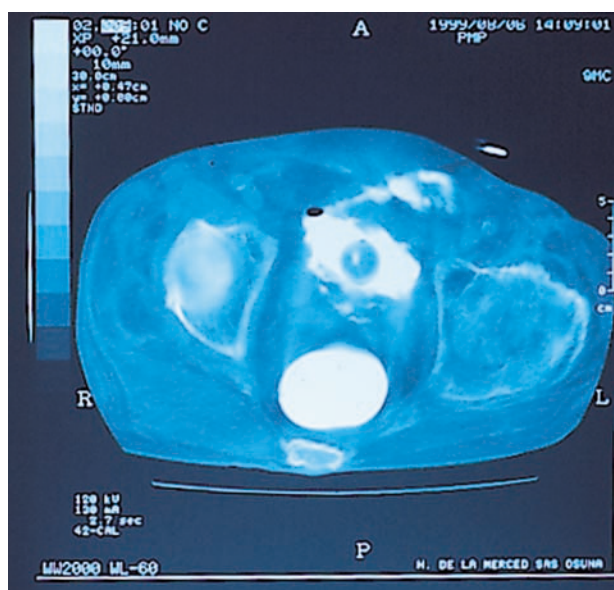


FIGURA 1. T.A.C.: Se observa la salida de contraste de vejiga, que pasa a zona perivesical.

DISCUSIÓN

La perforación vesical extraperitoneal espontánea debida, a tumor vesical ha sido comunicada en escasas ocasiones^{1,2}. Es algo más común la perforación espontánea intraperitoneal acompañando a las neoplasias vesicales^{1,3-5}.

La escasa incidencia de perforaciones extraperitoneales se explicaría por la protección que ofre-

cen el diafragma pélvico, pubis, ligamentos púbicos y pared abdominal anterior. Del total de las perforaciones vesicales las extraperitoneales sólo suponen el 7,4%⁶⁻⁸.

Además las perforaciones extraperitoneales, son difíciles de sospechar por su clínica insidiosa, la no presencia clara de signos de irritación peritoneal y escasos síntomas miccionales. Por lo que se piensa en otros procesos como diverticulitis, apendicitis, infección urinaria, absceso, etc.^{6,8}. En nuestro caso la sospecha clínica de inicio fue un cuadro infeccioso urinario, que al presentar defensa en hipogastrio y fosa iliaca derecha se pensó en una posible diverticulitis o apendicitis, por esto se realizó enema opaco, que no mostró ninguna alteración.

En un inicio aparece dolor en hipogastrio, que progresivamente se va haciendo más intenso. Al evolucionar es frecuente la presencia de signos de irritación peritoneal y sepsis, sobre todo si se produce colección perivesical sobreinfectada^{2,6}.

En ocasiones se establece el diagnóstico al realizar una laparotomía exploradora¹.

Sospechar la etiología tumoral de una perforación es difícil. Tan sólo ante pacientes con antecedentes de carcinoma vesical, más aún si han recibido radioterapia, biliarziosis^{1,5}. La presencia de hematuria, puede ser algo indicativa; en la revisión de Selling, de 13 casos, sólo cuatro presentaron hematuria¹.

Generalmente se trata de tumores uroteliales pobremente diferenciados, o con diferenciación escamosa¹⁻⁴.

La ecografía abdominal es bastante inespecífica y suele mostrar una mala visualización de la vejiga, aunque se puede sospechar la perforación ante la ausencia de repleción vesical al inyectar suero salino por la sonda vesical⁷. En nuestro caso existía cierta cantidad de líquido libre intraperitoneal, que puede llevar a la confusión, pero como luego se demostró, la perforación extraperitoneal sobre todo si se acompaña de proceso séptico en el espacio perivesical, puede dar lugar al aumento de líquido intraperitoneal por una irritación peritoneal.

La cistografía es la prueba que debemos realizar ante la sospecha de una perforación vesical^{3,6-8}. En nuestro caso la realización de una Tomografía Axial Computerizada con inyección de contraste a través de sonda vesical, demostró la perforación y nos indicó su localización.

Aunque se propone en las perforaciones extraperitoneales, un tratamiento conservador con sondaje vesical⁸, muchas veces es preciso llevar a cabo intervención quirúrgica para drenar el absceso perivesical que se se puede formar, por lo que no es descabellado valorar una actitud agresiva desde el principio. Esta actitud está más justificada en paciente diabéticos, orinas purulentas, o signos de sepsis⁶.

La asociación de perforación espontánea y tumor vesical suele tener un pésimo pronóstico, ya que suele tratarse de tumores infiltrantes, sólidos, que no permiten una actitud de cirugía radical y además generalmente las condiciones de los pacientes no lo permiten.

REFERENCIAS

1. RASMUNSEN JS: Spontaneous bladder rupture in association with carcinoma. *Scand J Urol Nephrol* 1994; **28**: 323-326.
2. SORENSEN VT, ASKLIN B, BRUNKWALL P: Extraperitoneal perforation of the urinary bladder in association with urotelial cancer in a female. *Scand J Urol Nephrol* 1991; **25**: 277-278.
3. SÁIZ ESTRADA RV, PÉREZ CASTRO E, ESTRADA PÉREZ V: Abdomen agudo de origen urológico. *Actas Urol Esp* 1996; **20**: 662-663.
4. PARDO GARCÍA JL, PÉREZ CALVO J, DOMINGO GARCÍA P, CARRASCO GONZÁLEZ L, GONZÁLEZ PINA B, MURCIA VALCARCE A: Cáncer de vejiga oculto en hernia inguinal encarcerada. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Esp de Urol* 1997; **50**: 1.007-1.008.
5. HOLMÄNG S, KLEITS H, LUNDSTAM S, BORGHED G: Spontaneous perforation of the bladder after external beam radioterapy for bladder carcinoma. *J Urol* 1996; **155**: 645.
6. RODRÍGUEZ A, VENDRELL R, LUQUE P, LÓPEZ-ALVARADO S, ALCARAZ A, CARRETERO P: Perforación vesical espontánea secundaria a cistitis bacteriana. Causa de abdomen agudo en ancianos diabéticos. *Actas Urol Esp* 1995; **19**: 393-397.
7. VALLEJO C, VICENTE E, REIG C, RAVENTOS C, MOROTE J, SOLER A: Rotura vesical espontánea secundaria a tuberculosis urinaria. *Actas Urol Esp* 1994; **18**: 829-832.
8. OJADOS F, MORENO E: Rotura extraperitoneal espontánea. *Arch Esp de Urol* 1988; **41**: 147-148.

Dr. J. A. Valero Puerta
Servicio de Urología
Hospital de la Merced
Avda. de la Constitución, nº 2
41640. Osuna. Sevilla

(Trabajo recibido el 5 Abril de 2000)