

# ROTURA VESICAL EXTRAPERITONEAL ESPONTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. CAPITÁN MANJÓN, A. TEJIDO SÁNCHEZ, J.D. PIEDRA LARA,  
C. GARCÍA PEÑALVER, A. ROSINO SÁNCHEZ, A. PALOMAR ESTRADA,  
C. MUYOR PIÑERO, O. LEIVA GALVIS

*Servicio de Urología. Hospital Doce de Octubre. Madrid.*

**PALABRAS CLAVE:**

Vejiga. Espontánea. Ruptura. Extraperitoneal.

**KEY WORDS:**

Bladder. Spontaneous. Rupture. Extraperitoneal.

Actas Urol Esp. 25 (4): 291-294, 2001

## **RESUMEN**

La rotura vesical espontánea es una entidad muy poco común y de difícil sospecha diagnóstica. Se define como la rotura de la pared vesical en ausencia de traumatismos o maniobras iatrogénicas. La extravasación suele producirse en la cavidad peritoneal, por la mayor debilidad de la cúpula vesical. El diagnóstico se basa en la cistografía retrógrada, siendo necesario el tratamiento quirúrgico en la rotura intraperitoneal, mientras que la extraperitoneal puede ser manejada de forma conservadora, con sondaje vesical.

Presentamos un caso de rotura vesical espontánea extraperitoneal, con oliguria, dolor abdominal y masa en hipocondrio derecho como presentación clínica. Debido a ello el diagnóstico fue realizado mediante la realización de una TAC, donde se apreciaba una solución de continuidad en vertiente anterior de vejiga, distribuyéndose el extravasado por la pared abdominal anterior. La cistografía retrógrada confirmó el diagnóstico definitivo. El tratamiento aplicado se basó en el mantenimiento del sondaje vesical y antibioterapia.

## **ABSTRACT**

The spontaneous extraperitoneal bladder rupture is an uncommon event and the diagnosis is very difficult. It is defined like the rupture of bladder wall in absence of traumatism or iatrogenic techniques. The extravasation usually is produced into the peritoneal cavity, because of the greater weakness of the vesical dome. The diagnosis is based on the retrograde cystography, being necessary the surgical treatment in the intraperitoneal rupture, while the extraperitoneal one, could be treated in a conservative way with a vesical catheter.

Here we present a case of spontaneous extraperitoneal bladder rupture, with oliguria, abdominal pain and a right hypochondrius mass as clinic presentation. Due to this, the diagnosis was made by the TAC, in which it was appreciated a continuity solution in the anterior bladder wall, with a contrast extravasation through the anterior abdominal wall. The retrograde cystography confirmed the definitive diagnosis. The treatment followed was based on the keeping of the vesical catheter and antibiotherapy.

La rotura vesical espontánea es una entidad clínica poco común, que se produce en ausencia de traumatismo o maniobras iatrogénicas<sup>1,2</sup>. Puede ser intra o extraperitoneal, siendo este último tipo mucho más infrecuente<sup>1,3</sup>. Si bien en la mayoría de los casos ocurre en vejigas con patología previa, en algunas ocasiones no se llega a conocer su etiología, a pesar de los estudios realizados (hablaríamos en este caso de rotura vesical espontánea primaria<sup>4</sup>). El diagnóstico es difícil, tanto por su escasa incidencia como por su presentación clínica, siendo necesario un alto nivel de sospecha<sup>5</sup>.

Se presenta un caso de rotura vesical espontánea extraperitoneal, en un paciente portador de sonda vesical permanente, en el que destaca la localización y distribución del urinoma en la pared abdominal.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 85 años de edad, portador de sonda vesical desde hace año y medio, con antecedentes de infecciones urinarias previas. Acude a Urgencias por oliguria y dolor en hipocondrio derecho de 3-4 días de evolución, acompañado de astenia, anorexia y febrícula. Varios días antes, fue diagnosticado de infección urinaria de forma ambulatoria, siéndole cambiada la sonda e iniciándose tratamiento con norfloxacinó vía oral, sin presentar mejoría clínica.

A la exploración física destacan: TA de 170/80, Tª de 37°C, y a la exploración abdominal, presenta dolor a la palpación en hipocondrio derecho de forma difusa sin signos de irritación peritoneal en dicha localización. No se objetivaban masas ni megalias, auscultándose ruidos hidroaéreos de características normales.

En la analítica sanguínea destacaba una leucocitosis de 11650 (88% neutrófilos), plaquetopenia de 44000 y creatinina de 1,57 mg/dl. El análisis elemental de orina mostraba abundantes leucocitos y hematíes, junto a bacteriuria con nitritos positivos. En la radiografía de tórax se apreció un pinzamiento de senos costofrénicos.

Se realizó una ecografía abdominal de urgencia en la que no se observaba ningún hallazgo de interés, a excepción de un quiste renal simple derecho de 2 cm de diámetro.

Con el diagnóstico de infección urinaria se inició tratamiento con ciprofloxacino vía intravenosa, presentando reacción urticariforme, siendo sustituido por ceftriaxona vía intravenosa. Ante el aumento del dolor en hipocondrio derecho, y la aparición de empastamiento y enrojecimiento cutáneo en dicha localización, se decide la realización de una nueva ecografía y una TAC abdominal, donde se objetivaron los siguientes hallazgos (Fig. 1): próstata aumentada de tamaño y sonda Foley en vejiga; pérdida del contorno derecho y anterior de la vejiga, con aumento de la grasa adyacente. Además, se observó una solución de continuidad en el borde derecho de la vejiga, con extravasado de orina, que asciende por la pared abdominal anterior, entre el peritoneo (al que desplaza posteriormente), y la aponeurosis del músculo oblicuo externo, borrando los planos musculares de la pared abdominal hasta la altura de los híllos renales.

**Figura 1. TAC mostrando extravasado de orina que asciende por la pared abdominal anterior entre peritoneo y aponeurosis del músculo oblicuo externo.**

La cistografía retrógrada pone de manifiesto la presencia de una fuga de contraste al espacio extraperitoneal, en borde superior y derecho de vejiga (Figs. 2 y 3).

Con el diagnóstico de rotura espontánea de vejiga extraperitoneal, se decide tratamiento conservador, manteniendo sonda vesical junto a antibioterapia. El paciente presenta mejoría clínica, corrigiéndose las alteraciones analíticas, siendo dado de alta, manteniendo sonda vesical con cambios periódicos.

## DISCUSIÓN

Los traumatismos pelvianos con fractura de las ramas isquípúbicas (90%) son la causa más frecuente de rotura vesical. Sólo un 3% no se asocia a traumatismos, hablándose entonces de rotura vesical espontánea (RVE)<sup>6</sup>. La RVE es, en la mayoría de los casos intraperitoneal, por ser la cúpula vesical el punto más débil. La porción extraperitoneal, protegida y fijada a estructuras adyacentes, no suele romperse espontáneamente<sup>2,4,5</sup>.

El primer caso descrito en la literatura de RVE extraperitoneal, fue aportado en 1991 por McAninch et al.<sup>7</sup>, habiéndose descrito una serie de factores predisponentes, como son: alteraciones de la pared vesical (lesiones inflamatorias agudas y crónicas, neoplasias vesicales, litiasis de larga evolución, divertículos, déficit de vascularización) y obstrucción del tracto urinario inferior (HBP, prolapso uterino, estenosis o tumor uretral, trabajo de parto, vejiga neurógena, ingesta de alcohol, cocaína o anfetaminas)<sup>3,4,8</sup>.

Su diagnóstico es difícil, ya que puede pasar inadvertida por su clínica insidiosa, lo que hace que no se piense en esta posibilidad<sup>1,6</sup>. Suele debutar como un dolor de localización suprapúbica (en hipocondrio derecho en nuestro caso), súbito, acompañado de oligoanuria y, en algunos casos, hematuria macro o microscópica<sup>1,8</sup>. La rotura extraperitoneal suele ser incluso, menos sintomática, lo que dificulta aún más su diagnóstico<sup>7</sup>. Analíticamente, los casos de RVE extraperitoneal no suelen provocar el aumento del nitrógeno ureico sérico (BUN) que produce la RVE intraperitoneal por reabsorción de productos nitrogenados<sup>1,5</sup>.

El diagnóstico definitivo nos lo proporciona la realización de una cistografía retrógrada<sup>1-10</sup>, aunque en ocasiones la ausencia de sospecha clínica nos lleva a la práctica de otras técnicas de imagen con anterioridad. En el caso presentado, el diagnóstico se llevó a cabo tras la realización de una TAC, lo que nos permitió observar la extravasación de orina, llegando a formar una colección de 14 cm, que desde el espacio prevesical, se distribuye a lo largo de la pared abdominal anterior. La cistografía confirmó posteriormente este diagnóstico.

El mantenimiento de una sonda vesical al menos 10 días<sup>2,3,6</sup> (lo que permite la cicatrización de la pared vesical), y una adecuada cobertura

**Figura 2. Cistografía retrógrada en proyección anteroposterior con extravasación de contraste.**

**Figura 3. Cistografía retrógrada lateral con extravasación de contraste por el borde superior y derecho de la vejiga.**

antibiótica, suele ser suficiente para el tratamiento de la rotura extraperitoneal de vejiga. La cirugía reparadora es requerida, sobre todo, en casos de roturas amplias y/o sobreinfección del urinoma. En este paciente, la evolución fue satisfactoria con sondaje vesical y antibioterapia.

### REFERENCIAS

1. PATEL I, HAAS C, SPIRNAK JP, ERHARDT C: Spontaneous extraperitoneal bladder rupture. *J Urol* 1998; **159**: 2.089-2.090.
2. RODRÍGUEZ RA, VENDREL 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.
3. LOSADA GUERRA JL: Rotura vesical extraperitoneal espontánea. *Arch Esp de Urol* 1994; **47**: 627-629.
4. GONZÁLEZ CF, MONCADA II, HERRANZ AF, DIEZ CJM, ESCRIBANO PG, LLEDO GE, RODRÍGUEZ FE, HERNÁNDEZ FC: Rotura vesical espontánea sin causa aparente, una presentación clínica particular. *Arch Esp de Urol* 1995; **48**: 848-850.
5. MUNSHI IA, HONG JJ, MUELLER CM, BARIE PS: Spontaneous rupture of the urinary bladder in the alcoholic patient. *J Traum* 1999; **46**: 1.133-1.134.
6. FERNÁNDEZ BORRELA, PEINADO IF, FERNÁNDEZ AM, GÓMEZ-SANCHA F, MUÑOZ VE, TEBA DEL PINO F, ROMERO TJC, PEREIRA SI: Perforación vesical espontánea secundaria a candidiasis vesical. *Actas Urol Esp* 1997; **21**: 701-704.
7. McANINCH JW, MARSHALL JA, DIXON CM: Substance abuse-related spontaneous bladder rupture. *J Urol* 1991; **145**: 135.
8. VALLEJO GC, VICENTE PE, REIG RC, RAVENTOS BC, MOROTE RJ, SOLER RA: Rotura vesical espontánea secundaria a tuberculosis urinaria. *Actas Urol Esp* 1994; **18**: 829-832.
9. FUJIKAWA K, YAMAMICHI F, NOMOMURA M, SOEDA A, TAKEUCHI H: Spontaneous rupture of the urinary bladder is not a rare complication of the radiotherapy for cervical cancer: report of six cases. *Ginecol Oncol* 1999; **73**: 439-442.
10. KOKO AH, ONUARA VC, AL SHABANI NA, MEABED AH, AL TURKI M, AL JAWINI N: Rupture of the urinary bladder during labour: an unusual presentation of bladder tumor. *BJU international* 1999; **83**: 348-349.

---

Dr. C. Capitán Manjón  
C/ Arce, 3 – 2º C  
28100 Alcobendas (Madrid)

(Trabajo recibido el 10 Enero de 2001)