



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

La ruptura vesical durante el parto. Reporte de caso

K. Harou*, F. Majdi, A. Bassir, L. Boukhani, A. Aboulfalah, H. Asmouki y A. Soummani

Departamento de Ginecología y Obstetricia Polo Madre Niños, Centro Hospitalario Universitario Mohammed VI, Facultad de Medicina, Universidad Cadi Ayyad Marrakech, Marruecos, África

Recibido el 23 de abril de 2012; aceptado el 29 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Ruptura vesical;
Hematuria;
Sutura quirúrgica;
Cateterismo vesical

KEYWORDS

Bladder rupture;
Hematuria;
Surgical suture;
Bladder
catheterization

Resumen La ruptura de la vejiga durante el parto es una complicación rara. Puede ser primaria o secundaria, complicando un traumatismo obstétrico. Presentamos un caso infrecuente en una mujer de 34 años que presentó una ruptura uterina complicada con una ruptura vesical a través de la cual se describen los aspectos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de la ruptura vesical durante el parto.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Bladder rupture during labor: a case report

Abstract Rupture of the bladder during labor is a rare complication that can be primary or secondary, complicating an obstetric trauma. We report an unusual case in a 34-year-old woman who presented with a uterine rupture complicated with bladder rupture. We describe the diagnosis, prognosis and treatment of bladder rupture during labor.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La ruptura de la vejiga durante el parto es una complicación poco frecuente. Su ignorancia expone esencialmente al riesgo de que se produzca una fístula urogenital. Esta complicación plantea, principalmente, algunos problemas diagnósticos y terapéuticos. Presentamos un caso infrecuente en una mujer de 34 años operada de una ruptura uterina complicada con ruptura vesical a través de la cual se describen los aspectos diagnósticos, pronóstico y el tratamiento de las lesiones.

Reporte del caso

Una parturienta de 34 años, III gesta III para, con embarazo de 38 semanas, ingresada en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal y metrorragia. La paciente tenía antecedentes de 2 cesáreas y había acudido 3 veces a consultas durante el embarazo.

En el examen físico se objetivó una parturienta con una tensión arterial de 90/50 mmHg, un pulso de 130 lat/min y una temperatura de 37,5° C. El examen obstétrico objetivó una metrorragia de media abundancia con abdomen quirúrgico, una hematuria con oligoanuria, una dilatación cervical de 5 cm y muerte fetal in útero.

Los estudios de laboratorio demostraron una hemoglobina de 6g/dl, plaquetas de 160.000/ml, leucocitos de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: harou.karam@gmail.com (K. Harou).

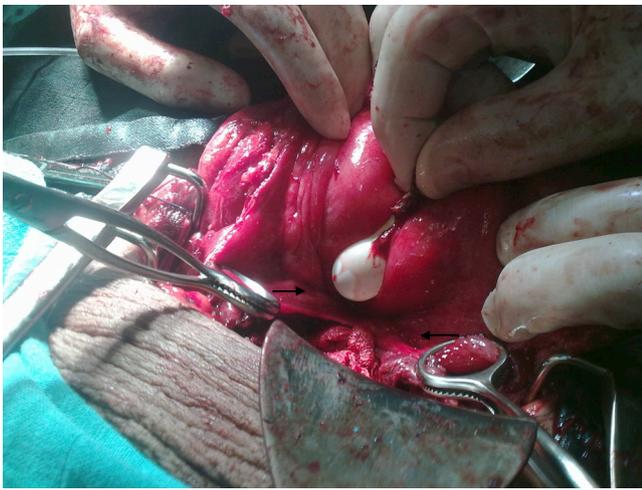


Figura 1 Imagen operatoria mostrando una ruptura vesical de la región trigonal. Las flechas negras indican la localización de los orificios ureterales.

6,000/mm³, urea plasmática de 7 mmol/l, creatinina plasmática de 65 mmol/l y un ionograma normal.

Se realizó, por laparotomía, una histerectomía total con conservación ovárica. La exploración quirúrgica encontró una ruptura compleja de la región trigonal de la vejiga a distancia de los meatos ureterales (fig. 1). El tratamiento consistió en una sutura en doble plano, primero la mucosa y después la muscular, y la serosa con hilo absorbible sintético multifilamentoso y entrelazado 3/0. La prueba final de llenado de la vejiga con azul de metileno mostró un buen sellado (fig. 2). La sonda vesical fue mantenida durante 15 d en el postoperatorio y el residuo posmiccional fue correcto.

La paciente es seguida regularmente en consulta y no presenta ningún síntoma de disfunción urinaria.

Discusión

La ruptura de la vejiga durante el parto es una urgencia urológica poco frecuente pero sigue siendo reportada en los países en desarrollo con falta de acceso a servicios de

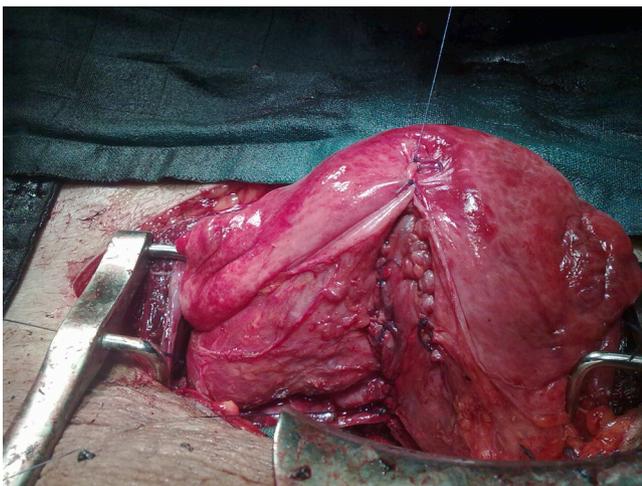


Figura 2 Aspecto después de la reparación quirúrgica.

salud. Estas lesiones vesicales son, en la mayoría, extraperitoneales y puede ser única o asociada a lesiones genitales, uretrales o ureterales¹. Los principales factores de riesgo son: antecedentes de cesárea, parto prolongado, una ruptura uterina concomitante, edad avanzada y un alto índice de masa corporal².

El mecanismo de las lesiones puede ser explicado por una compresión prolongada de la vejiga, causando una isquemia y una fragilidad de los tejidos con un riesgo de dehiscencia de la zona densa entre la vejiga y el útero. Cuando la lesión de la vejiga es aislada el mecanismo probable es un fenómeno de desaceleración/compresión, causando hiperpresión con presiones que exceden los 300 cm de H₂O; la vejiga se extiende y su cúpula puede llegar a romperse^{1,3,4,5}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y depende del momento de la ruptura. Durante el parto, con mayor frecuencia, la ruptura de la vejiga está asociada con una ruptura uterina, siendo los signos más comunes la presencia de hematuria, oliguria o anuria. Sin embargo, la mayoría de casos se descubren durante la cirugía con la visualización directa de la lesión o después de la prueba del azul de metileno. No obstante, la ruptura aislada es más difícil de diagnosticar, sobre todo en el posparto, y se muestra generalmente con anuria, hematuria, ascitis y en algunos casos una septicemia con insuficiencia renal y oclusión intestinal^{4,6,7}.

En casos de sospecha las pruebas complementarias pueden ayudar al diagnóstico. La cistografía retrógrada es el examen más eficiente para demostrar una ruptura vesical mediante la visualización de difusión de contraste en la cavidad peritoneal. La urografía intravenosa está diseñada para explorar el tracto superior pero objetiva la lesión en el 50% de los casos y se debe completar con una uretrocistografía retrógrada y miccional¹. La cistoscopia puede ser útil cuando se sospecha una fístula vesicogenital precoz⁷. Estas exploraciones no deben retrasar la cirugía.

El tratamiento es quirúrgico y depende de la topografía de la lesión y su extensión y la presencia de lesiones asociadas. El abordaje extravésical está reservado para las lesiones de la cúpula y el abordaje intravésical se reserva para las lesiones mayores trigonales y subtrigonales que ofrecen una exposición óptima y una mejor identificación de los meatos ureterales⁸. La exploración se inicia con la identificación de la lesión, su localización, la visualización de los meatos ureterales y la búsqueda de lesiones asociadas. La ruptura puede ser reparada con sutura absorbible 2/0 o 3/0 en 2 planos (la mucosa y la seromuscular) o de un solo plano, incluyendo mucosa, muscular y serosa. La sutura se puede realizar con una sutura continua o con puntos separados⁹.

El drenaje vesical es una parte integral del tratamiento y debe ser realizado por una sonda vesical de 20 a 22 ch de calibre o por cistotomía al menos durante 10 a 14 d^{8,9}.

El pronóstico es generalmente bueno. Sin embargo, se han descrito complicaciones: infecciones del tracto urinario, cálculos vesicales, dehiscencia de sutura y fístulas vesicogenitales¹⁰. La prevención consiste en una buena selección de mujeres con factores de riesgo y un sondaje de las parturientas durante el parto. El cálculo del espesor del segmento inferior puede ser un factor predictor de ruptura de vejiga asociada a una ruptura uterina⁴.

Conclusión

La ruptura de la vejiga durante el parto es una complicación rara y grave. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La reparación quirúrgica es necesaria de forma inmediata y el pronóstico es generalmente favorable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Benchekroun A, Lanckar A, Soumana A, Farih MH, Belahnech Z, Marzouck M, et al. Traumatic rupture of the bladder. Report of 12 cases. *Ann Urol (Paris)*. 1999;33:71-4.
2. Phipps MG, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL. Risk factors for bladder injury during caesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2005;105:156-60.
3. Pal DK, Bag AK. Spontaneous rupture of urinary bladder in puerperium. *Indian J Surg*. 2005;67:325-6.
4. Ho SY, Chang SD, Liang CC. Simultaneous uterine and urinary bladder rupture in an otherwise successful vaginal birth after cesarean delivery. *J Chin Med Assoc*. 2010;73:655-9.
5. Durand X, Chapuis O, Deligne E, Jancovici R. Combined traumatic rupture of the bladder and ileum. *Prog Urol*. 2004;14:1216-8.
6. Gaikwad PR, Sharma S, Kanitkar SV, Kachane T. Spontaneous rupture of the urinary bladder in the puerperium. *J Obstet Gynaecol India*. 2011;61:208-9 (peritonite et septicemia et ice rénale).
7. Png KS, Chong YL, Ng CK. Two cases of intraperitoneal bladder rupture following vaginal delivery. *Singapore Med J*. 2008;49:e327-9.
8. Corriere Jr JN, Sandler CM. Management of extraperitoneal bladder rupture. *Urol Clin North Am*. 1989;16:275-7.
9. Rock JA, Jones HW. *TeLinde's operative gynecology*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 975-6.
10. Cass AS, Luxenberg M. Management of extraperitoneal ruptures of bladder caused by external trauma. *Urology*. 1989;33:179-83.