

Casos clínicos

ABDOMEN AGUDO POR PERFORACIÓN VESICAL EN EL CONTEXTO DE CISTITIS ENFISEMATOSA

F. López-Bernal, Z. Valera-Sánchez, M. Flores-Cortés, F. Pareja-Ciuró, E. Prendes-Sillero

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción

La cistitis enfisematosa representa una causa poco frecuente de perforación vesical. Es poco común que se presente como abdomen agudo quirúrgico. Presentamos el caso de una perforación vesical reparada con rafia y complementada con esponja de fibrina.

Caso Clínico

Varón de 61 años sin alergias conocidas. Fumador de 2 paquetes al día y bebedor moderado. Entre sus antecedentes tenía fibrilación auricular crónica, un episodio de trombosis venosa profunda realizando tratamiento con Sintrom® y posteriormente con ácido acetil salicílico y un AVC isquémico hacía un año. Era portador de sonda urinaria. Acude a Servicio de Urgencias por síndrome febril (39° C) y dolor abdominal. Se había retirado sondaje vesical 48 horas antes y presentaba disuria.

En la exploración física se apreciaba mal estado general y el paciente estaba mal perfundido y con tendencia al sueño. En la auscultación cardio-pulmonar, se observaba taquicardia y taquipnea, con buen murmullo en ambos campos

pulmonares. Presentaba abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en hipogastrio con peritonismo. El enfermo mostró un empeoramiento progresivo de su función renal y hepática con alteración de la coagulación y leucocitosis progresiva. El TAC abdominal demostró la existencia de mínima cantidad de líquido libre en pelvis. En la porción antero-superior de la vejiga se objetivó colección de aire en su interior, con paredes gruesas a valorar entre: patología en relación a persistencia de uraco, perforación vesical, o posible comunicación con tubo digestivo.

Ante el empeoramiento progresivo se decidió intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparotomía exploradora y se demostró perforación en cúpula vesical de aspecto engrosado y necrótico con tejido fibrinoso. Se realizó biopsia intraoperatoria mostrando negatividad a células malignas. Se realizó cierre simple y plastia con esponja de fibrina (Tachosil ©) (**Figura 1**). En el cultivo de líquido intraperitoneal se aisló un E. Coli resistente a ciprofloxacino y cotrimoxazol. El informe anatomopatológico puso de manifiesto un urotelio con inflamación aguda severa abscesificante con ausencia de células neoplásicas.

Tras la intervención quirúrgica pasa a UCI donde permaneció dos días. La evolución en planta fue favorable con normalización de parámetros analíticos siendo dado de alta sin ninguna complicación.

CORRESPONDENCIA

Francisco López Bernal
C/Benidorm nº 8, 2º, 5.
41001 Sevilla

fralober121074@ hotmail.com

Discusión

La cistitis enfisematosa constituye una entidad de infrecuente presentación como causa de abdomen agudo quirúrgico. Existen tres mecanismos patogénicos que

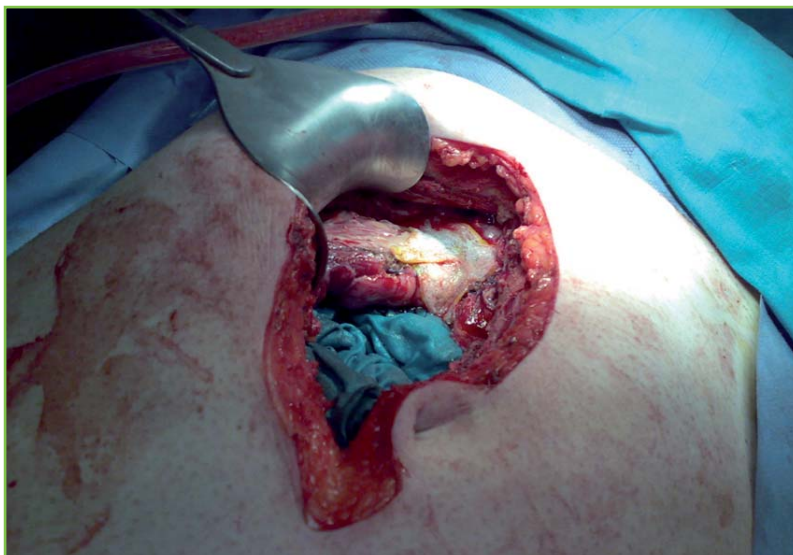


Figura 1

El paciente tenía una perforación en cúpula vesical de aspecto engrosado y necrótico con tejido fibrinoso, sobre la que se realizó cierre simple y plastia con esponja de fibrina (Tachosil ©).

influyen¹: metabólico (hiperglucemia, glucosuria y albuminuria), factor obstructivo (hiperplasia prostática, estenosis uretral, cáncer de próstata) y bacteriológico producido por gérmenes fermentadores de glucosa. Existen otros factores coadyuvantes como la vejiga neurógena, presente en nuestro caso, inmunosupresión, e incluso tratamiento con ciclofosfamida^{2,4}.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, diabéticos y con un pico de incidencia entre los 60-70 años. E. Coli es el germen aislado con mayor frecuencia. Otros microorganismos implicados con menor frecuencia son: Enterobacteraerogenes, Proteus mirabilis, Pseudomona aeruginosa, Stafilococo aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter, Clostridium perfringens, Clostridium welchii; y hongos como Cándida albicans y Nocardia 8,15. La presentación clínica puede variar de un cuadro leve al shock séptico⁵. Otras complicaciones son: la necrosis de la pared vesical, propagación del proceso al resto del aparato urinario, y enfisema subcutáneo⁷.

Nuestro paciente desarrolló cuadro de peritonitis secundaria a necrosis y perforación vesical. Esta forma de presentación y evolución de la cistitis enfisematosa es excepcional dentro de la literatura. El diagnóstico se apoya en la radiología. La radiografía simple de abdomen establece el diagnóstico en la mayor parte de las ocasiones. Otras pruebas son: la urografía intravenosa, cistografía, ecografía⁸ y la tomografía axial computerizada (TAC)^{6,9}. El diagnóstico se realizó en este casos mediante TAC. También se ha utilizado la exploración cistoscópica, describiéndose imágenes típicas de bullas submucosas confluyentes, que contienen gas en una mucosa hiperémica y edematosa.

El tratamiento puede ser conservador. Resolviendo el cuadro infeccioso mediante una correcta hidratación, drenaje urinario, cobertura antibiótica y control de glucemia. En casos de perforación vesical está indicado el cierre simple que en nuestro caso se resolvió con plastia de esponja de fibrina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mirouze J, Jaffiol C, Bruyant M, Baumelou H. Pneumaturie primaire diabetique. Discussion physiopathologique a propos de trois observations. DiabeteS 1963; 11: 245.
2. Llanera R, Pertusa C, Del Cura JL: Cistitis enfisematosa. Nuestra experiencia. Arch Esp de Urol 1987; 40: 539-44.
3. Calahora FJ, Díaz R, Pamplona M, Rodríguez A, Castro MA, Passas J, et al. Cistitis enfisematosa. Actas Urol Esp 1989; 13: 384-87.
4. Aangulo J, Loizaga A, Iriarte J, Flores N: Vejiga neurógena y cistitis enfisematosa recidivante. Arch Esp de Urol 1993; 46: 227-29.
5. Cavero O, Urruchi P, Tello C, Gonzalvo A, Rioja LA: Cistitis enfisematosa. Arch Esp de Urol 1994; 47: 291-94.
6. Quint HJ, Rapaport WD, Hoffann CJ, Emphysematous cystitis . A review of the spectrum of disease. J Urol 1992;147:134-37.
7. Patel NP, Lavengood RW, Fernandes M, Ward JN, Walzak MP. Gas-forming infections in the genitourinary tract. Urology 1992; 39:341-45.
8. Kuzlaric D, Barneir E. Sonography of emphysematous cystitis. J Ultrasound Med 1985; 4:319-320.
9. Bohlman ME, Fishmen EK, Oesterling JE, Goldman SM. Case profile: CT findings in emphysematous cystitis. Urology 1988; 32:63-64.