



Ascitis urinaria después de una miomectomía abierta

Oskar Oswaldo Nuevo Adalla,* Andrea Alicia Olguín Ortega,** Carlos Ramírez Isarraraz,***
Laura Guadalupe Escobar del Barco,*** Esther Silvia Rodríguez Colorado****

RESUMEN

Objetivo: reportar un caso de ascitis urinaria posterior a una lesión vesical ocurrida durante una miomectomía por laparotomía y su resolución.

Caso clínico: mujer de 42 años que acudió a la clínica de Urología Ginecológica al décimo primer día del postoperatorio con retención urinaria aguda.

Resultados: el ultrasonido reveló ascitis abdominal; por cistoscopia se identificó una lesión vesical en el techo, de aproximadamente un centímetro; en la cistografía retrógrada se reportó salida del material de contraste por la vejiga.

Conclusiones: el tratamiento oportuno con drenaje de ascitis urinaria y cierre de la lesión vesical dieron buen resultado.

Palabras clave: ascitis urinaria, miomectomía, lesión vesical.

ABSTRACT

Objective: A case of urinary ascites following a bladder injury during laparoscopic myomectomy, and its resolution.

Clinical case: 42-year-old woman referred for urologic consultation for acute urinary retention 11 days after myomectomy.

Results: Ultrasound showed abdominal ascites. Cystoscopy gave evidence of one-centimeter bladder dome injury. During retrograde cystography contrast material leaked out through the bladder.

Conclusion: Early treatment with drainage of urinary ascites and bladder injury surgical repair had excellent results.

Key words: urinary ascites, myomectomy, bladder injury.

RÉSUMÉ

Objectif: Nous rapportons un cas d'ascite urinaire après une blessure de la vessie a eu lieu au cours d'une myomectomie par laparotomie et sa résolution.

Résultats: ont révélé une ascite, une échographie abdominale, a été identifiée par une blessure de la vessie cystoscopie dans le plafond, d'environ un centimètre, dans une cystographie rétrograde a été signalé sur un produit de contraste dans la vessie.

Conclusions: le traitement précoce par le drainage d'ascite urinaire et la fermeture de la blessure de la vessie ont réussi.

Mots-clés: ascite urinaire, la myomectomie, les dommages de la vessie.

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de ascite urinária após a lesão de bexiga ocorreu durante uma miomectomia por laparotomia e sua resolução.

Resultados: os resultados revelaram ascite, ultra-som abdominal, foi identificado por uma lesão cistoscopia da bexiga no teto, cerca de um centímetro, na cistografia retrógrada foi relatado de material de contraste através da bexiga.

Conclusões: O tratamento precoce com drenagem ascite urinária e fechamento de lesões da bexiga foram bem sucedidas.

Palavras-chave: ascite urinária, a miomectomia, danos bexiga.

* Médico residente del sexto año de Urología Ginecológica.
** Médica adscrita al servicio de Ginecología.
*** Médico adscrito a la Clínica de Urología Ginecológica.
**** Coordinadora de la Clínica de Urología Ginecológica.
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. México, DF.

Correspondencia: Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado. Montes Urales 800, colonia Lomas Virreyes. México 11000, DF. Correo

electrónico: silvia1albrecht@yahoo.com

Recibido: 22 de junio 2012. Aceptado: 18 de julio 2012.

Este artículo debe citarse como: Nuevo-Adalla OO, Olguín-Ortega AA, Ramírez-Isarraraz C, Escobar-del-Barco LG, Rodríguez-Colorado ES. Ascitis urinaria después de una miomectomía abierta. Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):545-547.

Se ha reportado la aparición de ascitis urinaria secundaria a una lesión vesical inadvertida después de procedimientos ginecológicos y obstétricos, como: histerectomía total abdominal,¹ cirugía laparoscópica² y cesárea.³ No se encontraron reportes de ascitis urinaria posterior a miomectomía abierta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, nuligesta, con antecedente de miomectomía abierta por miomatosis uterina de grandes elementos y sangrado uterino anormal, sin complicaciones. Al décimo primer día después de la miomectomía acudió a la clínica de Urología Ginecológica debido a distensión abdominal de 48 horas de evolución. En Urgencias tuvo salida de secreción líquida a través de la herida quirúrgica. Padecía dolor abdominal tipo cólico, difuso, que se exacerbaba a la deambulación y palpación, con irradiación lumbar y ocho horas de evolución, dificultad para la micción, salida de orina en escasa cantidad y edema en miembros pélicos.

A la exploración física se identificaron: abdomen globoso, con edema, salida de secreción líquida a través de la herida quirúrgica, tipo media infraumbilical, con adecuada cicatrización.

Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron: urea 145 mg/dL (15-39) y creatinina 6.52 mg/dL (0.60-1.30). Se les relacionó con ascitis urinaria. En la radiografía simple de abdomen con imagen en vidrio esmerilado (Figura 1) y el ultrasonido abdominal, el hígado, bazo y riñones mostraron parámetros normales, con líquido libre en la cavidad (Figura 2).

En la uretrocistoscopia se identificó que la uretra estaba hiperémica, ambos meatus ureterales en forma de volcán con eliminación y coaptación normal, el techo vesical con lesión de un centímetro de diámetro, aproximadamente, y bordes necróticos. Se cateterizaron ambos ureteros 10 cm para pielografía ascendente. La cistografía retrógrada reveló fuga de material del domo vesical hacia la cavidad peritoneal (Figura 3), evidencia de lesión vesical en el techo. No se observó fuga de material de contraste de los ureteros en la pielografía ascendente (Figura 4). Se estableció el diagnóstico de ascitis urinaria secundaria a una lesión vesical en el techo.

Se verificó la lesión vesical de aproximadamente dos centímetros de diámetro con bordes necróticos con laparatomía exploradora (Figura 5). Se resecaron los bordes de la lesión y se suturó en tres planos, sin complicaciones.



Figura 1. Radiografía de abdomen.

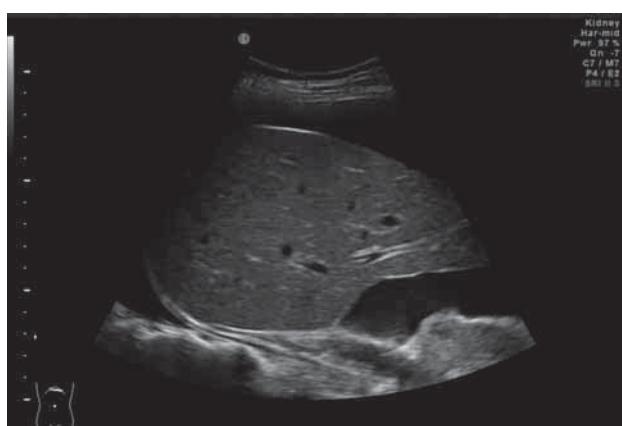


Figura 2. Ultrasonido abdominal.

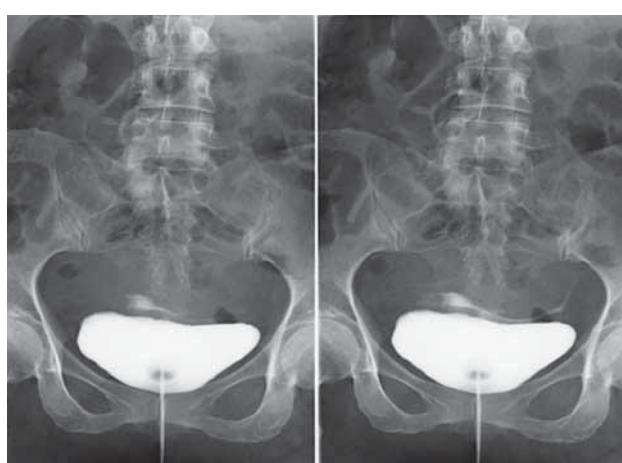


Figura 3. Cistografía retrógrada.



Figura 4. Pielografía ascendente.



Figura 5. Lesión vesical.

Se aplicó drenaje vesical continuo durante 10 días. La paciente no mostró alteraciones durante el seguimiento.

DISCUSIÓN

Las lesiones vesicales son frecuentes en procedimientos ginecológicos. El diagnóstico transquirúrgico se realiza en 53% de los casos.⁴ Cuando durante el interrogatorio la paciente informa: oliguria, hematuria, dificultad para la micción, náusea, vómito, distensión y dolor abdominal puede sospecharse una lesión vesical. El ultrasonido abdominal confirma la ascitis; el sitio de la lesión suele localizarse mediante uretrocistoscopia y cistografía retrógrada con una precisión de 85 a 100%.² La cistoscopia localiza el sitio de la lesión vesical al producirse la sobredistensión de la mucosa vesical; en ocasiones, cuando la lesión se localiza

en el domo vesical, se observa salida de líquido a través de la herida quirúrgica durante este procedimiento.

La mayoría de las pacientes con ascitis urinaria pueden cursar con incremento en las concentraciones de urea y creatinina en la química sanguínea, similar a insuficiencia renal, como en este caso. También se reporta hipercalemia e hiponatremia que, en su caso, fue dentro de parámetros normales.⁵

Las lesiones vesicales iatrogénicas se relacionan con cirugía pélvica en 1.5 por cada 1000 procedimientos. Uno de los factores de riesgo relacionados es la falta de visibilidad adecuada, como en este caso, por la localización del mioma o por incisiones inadecuadas.⁶ Hay reportes de casos de lesiones vesicales en pacientes sin factores de riesgo y relacionadas con la disección electroquirúrgica,⁷ como en el caso presentado en quien se indicó la reparación quirúrgica de las lesiones vesicales de localización intraperitoneal.⁸

CONCLUSIONES

Las lesiones inadvertidas de las vías urinarias a causa de algún procedimiento quirúrgico previo deben sospecharse cuando hay síntomas relacionados con la vía urinaria y datos clínicos de evolución inadecuada en el postoperatorio.

REFERENCIAS

1. Yetimalar H, Kasap B, Yildiz A, Cukurova K, Yildirim A, Yildirim H. Urinary ascites following total abdominal hysterectomy. Akush Ginekol (Sofia) 2011;50(3):58–59.
2. Al-Mandeel H, Qassem A. Urinary ascites secondary to delayed diagnosis of laparoscopic bladder injury. J Minim Access Surg 2010 Abr;6(2):50–52.
3. Hassan I, López C, Gee H, Tooze-Hobson P. Urinary ascites following caesarean section: an unusual presentation of bladder injury. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009;147(2):237–238.
4. Ostrzenski A, Radolinski B, Ostrzenska KM. A review of laparoscopic ureteral injury in pelvic surgery. Obstet Gynecol Surv 2003;58(12):794–799.
5. Tai CK, Li SK, Hou SM, Fan CW. Bladder injury mimicking acute renal failure after cesarean section: a diagnostic challenge and minimally invasive management. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2008;18(3):301–303.
6. Gomez RG, Ceballos L, Coburn M, Corriere JN Jr, Dixon CM, Lobel B, et al. Consensus statement on bladder injuries. BJU Int. 2004;94(1):27–32.
7. Lamaro VP, Broome JD, Vancaillie TG. Unrecognized bladder perforation during operative laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000;7(3):417–419.
8. Martínez-Piñeiro L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN, Hohenfellner M; European Association of Urology. EAU Guidelines on Urethral Trauma. Eur Urol 2010;57(5):791–803.