

Uroperitoneo idiopático en un perro.

ÁNGEL ALBERT, JESÚS TALAVERA, ANA MONTES, ROSA MOROTE*, MARTA SOLER, FERNANDO TECLES,
M^a JOSEFA FERNÁNDEZ DEL PALACIO, ALEJANDRO BAYÓN

Hospital Clínico Veterinario de la Universidad de Murcia. Facultad de Veterinaria. Espinardo. Murcia.

*Centro Veterinario. Cieza. Murcia.

La efusión peritoneal es una situación clínica frecuente en perros y gatos. Puede ser debida a gran variedad de causas, siendo las más frecuentes, cardiopatías, neoplasias, patologías hepáticas o renales¹. El término uroperitoneo hace referencia a la presencia de orina en cavidad abdominal y suele estar asociada a traumatismo de las vías urinarias^{2,3}. Aunque pueden aparecer lesiones en cualquier punto del tracto urinario, aquellas localizadas cerca del riñón o más comúnmente en la vejiga o uréter distal, son las más frecuentes. El uso de técnicas de contraste radiológico y laparotomía exploratoria están indicadas como métodos de localización de la solución de continuidad. La resolución de estos procesos es quirúrgica. En este trabajo se describe un caso clínico de uroperitoneo que no pudo ser asociado a un traumatismo y cuya resolución fue espontánea.

Una perra Rottweiler, de 6 años y 37.6 kg de peso fue remitida al Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Veterinario de la Universidad de Murcia, por un cuadro de distensión abdominal y anuria desde hacía 3 días. Como antecedentes clínicos destacan: comienzo del cuadro con dolor agudo en reposo, así como vómitos de color oscuro, con alimento sin digerir.

Lo más destacado del examen físico fue la gran distensión abdominal, con resistencia moderada a la palpación profunda, no existiendo evidencia de traumatismo previo. En el análisis sanguíneo se observó un incremento del hematocrito (63%) y proteínas totales (10.6 g/dl), compatible con hemoconcentración, así como azotemia (urea, 169.3 mg/dl; creatinina, 7.35 mg/dl). La extracción de orina mediante sondaje vesical no entrañó dificultad, y el análisis de la misma fue normal.

La imagen radiológica de la cavidad abdominal era compatible con efusión peritoneal severa. En la ecografía abdominal se apreció una colección de líquido libre. La exploración ecográfica del tracto urinario fue normal.

El líquido abdominal era de color amarillo transparente, mostrando alta celularidad (6200/ml; 90% neutrófilos no degenerados y 10% macrófagos), ausencia de proteínas y densidad de 1.010. En base a estas características se valoraron los niveles de urea y creatinina de la efusión, siendo 242.1 mg/dl y 24.14 mg/dl respectivamente. Estos datos se consideraron compatibles con la presencia de orina en la cavidad abdominal. Posteriormente se realizó una abdominocentesis, extrayéndose 4260 ml de líquido, con las características señaladas. El animal fue hospitalizado con fluidoterapia y antibioterapia IM (enrofloxacina, 5 mg/kg).

Al día siguiente, el aspecto del abdomen era normal, el animal orinaba con normalidad, su estado general había mejorado y los niveles de urea y creatinina se habían reducido (urea: 107.2 mg/dl; creatinina: 1.91 mg/dl). Se procedió a la realización de una urografía excretora (Iohexol 300; dosis de 600 mg I/kg) combinada con una cistografía negativa, no observándose ninguna alteración del tracto urinario.

Dos días después el estado general del animal era normal, así como la radiografía abdominal y los parámetros laboratoriales, continuando normal 4 meses después.

En la mayor parte de los casos de uroperitoneo descritos en la literatura, la salida de orina hacia la cavidad abdominal es secundaria a rotura de vías urinarias (bajas principalmente) debido a grandes traumatismos abdominales y/o pélvicos^{2,3}. En medicina humana se han descrito algunos casos de uroperitoneo agudo asociado a cólico nefrítico de causa indeterminada y con resolución espontánea⁴. La aparición en el líquido abdominal de niveles de urea y creatinina superiores a los observados en el plasma, como en este caso clínico, es característico y diagnóstico de la extravasación de orina a la cavidad abdominal. La creatinina es mejor indicador de la severidad del uroperitoneo que la urea, debido a que se elimina con más dificultad de la cavidad abdominal (mayor tamaño molecular). En este caso clínico, tras la abdominocentesis y extracción del líquido abdominal se observó una resolución espontánea del proceso. En el conocimiento de los autores, no existen referencias a pacientes caninos con uroperitoneo no asociado a traumatismo y con resolución espontánea. De todo lo expuesto se puede concluir que el uroperitoneo debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las efusiones abdominales, aún en ausencia de traumatismos.

Bibliografía

1. Kruth SA. Abdominal distention, ascites, and peritonitis. En: Ettinger SJ, Feldman EC (ed). Textbook of Veterinary Internal Medicine. WB Saunders Company, Philadelphia, 2000: 137-139.
2. Wingfield WE, Van Pelt DR, Barker S. Physical injuries to the urinary tract. En: Osborne CA, Finco DR (Eds). Canine and feline nephrology and urology. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995: 895-902.
3. Krawiec DR. Urologic emergencies. En: Bonagura JD (Ed). Current Veterinary Therapy XIII. Small Animal Practice. WB Saunders Company, Philadelphia, 2000: 849-850.
4. Lebhar E, Henni H, Hobeika M, et al. Extravasation urinaire péri-rénale spontanée s'accompagnant d'un uropéritoine. *Press Med*, 1985; 14: 3.

