Agustina	Nombre:
Vicente Bártulos	Apellido:
A. Ureña Vacas, O. Sanz de León, S. Resano Pardo, C. Campos Ferrer, I. Pecharromán de las Heras.	Otros Autores:
agustina.vicente@salud.madrid.org	E-mail:
H.U. Ramón y Cajal.	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Ileo paralitico secundario a rotura vesical intraperitoneal iatrogénica	Título:
Paciente de 73 años intervenido de resección transuretral (RTU) hace 5 dias. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal, náuseas y ausencia de deposición. Ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal/ ileo paralítico, se solicita TC abdominal.	Presentación:
Inicialmente se realiza TC abdominopélvico sin contraste oral y sin CIV pero se visualiza contraste oral en asas intestinales debido a la administración de gastrografin, indicado por médico de urgencias, para resolución del posible ileo/obstrucción. Las asas de intestino delgado están distendidas y se visualiza paso de contraste hasta colon, sin causa obstructiva. Se identifica líquido libre en pelvis y entre asas y se decide completar el estudio con Cisto-TC administrando contraste yodado a través de sonda vesical diluido al 10%. Se objetiva así extravasación de contraste por espacios intraperitoneales y pelvis, además de objetivar vejiga con escasa repleción, lo que sugiere se trate de una rotura vesical intraperitoneal. En reconstrucciones MPR-sagital y coronal se identifica solución de continuidad en pared superior y posterior de vejiga, y la evidencia de la fuga de contraste. A pesar de la técnica urológica realizada y que no fue compleja durante su realización, la rotura intraperitoneal de la vejiga, no sospechada, fue iatrogénica y requirió una cistorrafia laparoscópica. El uso de varios contrastes en pacientes de urgencias (contraste oral junto con contraste endovenoso o contraste intravesical) y en los que se demuestre extravasado, puede dificultar la identificación de su origen. En este caso la mayor densidad del contraste extravasado que la del intestinal, la igualdad de densidad con el vesical y la disminución del contenido vesical dejan clara su dependencia. Por otro lado, la identificación de la solución de continuidad en la vejiga, ya es totalmente diagnóstica. Si el estudio se hubiera realizado sólo con CIV en fase excretora en vez de cisto-TC podía no haberse demostrado extravasado por falta de distensión vesical. Por ello ante lesiones o cirugías vesicales la administración de contraste vesical es imprescindible al igual que el endorrectal ante sospechas de dehiscencia.	Discusión :
Ileo paralitico secundario a rotura vesical intraperitoneal iatrogénica.	Conclusión:

1.-Ribeiro da Silva MN1, Lopes Neto AC, Zambon JP, Verotti MJ, Wroclawski ER. Vesical explosion during transurethral resection of the prostate: report of a case. Arch Esp Urol. 2006 Jul-Aug;59(6):651-2. 2.- Deck AJ1, Shaves S, Talner L, Porter JR. Computerized tomography cystography for the diagnosis of traumatic bladder rupture. J Urol. 2000 Jul;164(1):43-6.	Bibliografía:
Cortes axiales y MPR coronal y sagital en TC-Abdominal y cisto-TC. Extravasación de contraste vesical a pelvis y abdomen y solución de continuidad en pared vesical en relación con rotura vesical intraperitoneal. Ileo paralítico secundario.	Pie de foto: