

Raquel	Nombre:
Monreal Beortegui	Apellido:
Nuria Alonso Ordas, Maria Paz Lorente Valero, Luis Miranda Orella, Ana Hernando Sanz, Carlos Chaveli Diaz	Otros Autores:
rmonrealb@gmail.com	E-mail:
Complejo Hospitalario de Navarra (CHN)	Hospital:
Pamplona	Ciudad:
Hernia intestinal intravesical complicada con obstrucción	Título:
Mujer de 35 años con antecedente hace un mes de histerectomía radical con doble anexectomía por adenocarcinoma uterino vía laparoscópica. Acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución y vómitos biliosos. Se realiza TC para descartar complicación postquirúrgica, y se observan asas de intestino delgado (ID) que parecen situarse intravesicales. Ante lo insólito del hallazgo y ausencia de sintomatología urinaria se decide conducta expectante. A los 15 días vuelve con aumento del dolor y signos de obstrucción intestinal. En la TC se objetivan asas de ID herniadas en la vejiga con cambios edematosos y obstrucción intestinal. Se realiza cirugía urgente liberándose el conglomerado intestinal herniado en la vejiga y se sutura un defecto vesical de 2 cm.	Presentación:
La lesión vesical es una de las complicaciones conocidas de las cirugías ginecológicas, otras causas son traumatismo y espontánea aunque la herniación de ID a través del orificio es poco frecuente, Themlow refiere 5 casos descritos hasta 2011. Los pacientes suelen presentar estreñimiento, hematuria y dolor abdominal con signos de peritonitis, pero si el intestino se hernia y sella el defecto, las manifestaciones clínicas pueden retrasarse al minimizar la fuga de orina. Para su diagnóstico el TC es la principal prueba de imagen, donde vemos asas en la vejiga y el meso ingurgitado con vasos que pasan a través del defecto de la pared vesical. Los pacientes pueden asociar signos de obstrucción intestinal e incluso isquemia si el orificio es pequeño. La falta de repleción vesical puede dificultar el diagnóstico, por lo que se puede valorar realizar una fase excretora. El tratamiento es la reducción quirúrgica y reparación del orificio.	Discusión :
Las hernias intravesicales son complicaciones raras de las perforaciones vesicales. La TC es la técnica indicada para su diagnóstico a valorar como complicación en la cirugía ginecológica. El tratamiento es quirúrgico.	Conclusión:
1.Mathevet P, Valencia P, Cousin C, Mellier G, Dargent D. Operative injuries during vaginal hysterectomy. Euro J Obs & Gynae 2001 97(1): 71-75. 2.Festini G, Gregorutti S, Reina G, Bellis G. Isolated intraperitoneal bladder rupture in patients with alcohol intoxication and minor abdominal trauma. Ann Emerg Med 1991 20(12) 1371-1372. 3.Liegeois F., Thoumas D., Lemerrier E., Sibert L., Pfister C., Raynaud P. Spontaneous rupture of the bladder. Apropos of 2 cases with an unusual presentation. Rupture spontanee de vessie. A propos de deux cas de presentation inhabituelleJ Radiol. 1998;79(11):1404-1406. 4.Oesterling JE; Goldman SM; Lowe FC. Intravesical herniation of small bowel after bladder perforation. Journal of Urology 1987 138(5): 1236-8.	Bibliografía:

<p>5.Yalla SV; Slavick H; Burros HM. Intravesical strangulation of the small bowel. An unusual complication of rupture of urinary bladder. Urology 1973 2(5): 572-3.</p> <p>6.Twemlow MRP , Narava S, Ali T, Graham JY, Hilton P. Intravesical herniation of small bowel: a very rare complication of bladder perforation BJU Int. 2011</p> <p>7.Balthazar E. CT of small-bowel obstruction. Am J Roentgenol 1994 162: 255-261.</p> <p>8.Naomi S. Sakai, Vikas Acharya, Sami Mansour, Mohammed A. Saleemi, and Sarah Cheslyn-Curtis. An unusual cause of small bowel obstruction caused by a Richter's-type hernia into the urinary bladder. Int J Surg Case Rep. 2014; 5(7): 358–360.</p>	
<p>En la TC inicial (A Y B) se observan asas intestinales intravesicales(*). Linfocele iliaco derecho (cabeza de flecha). En la segunda TC realizada a los 15 días (C y D) se observa un conglomerado de asas intravesicales colapsadas (*) y un cambio brusco de calibre (flecha) con dilatación retrógrada de intestino delgado.</p>	<p>Pie de foto:</p>