



## 212/3713 - ÍLEO PARALÍTICO SECUNDARIO A MICROPERFORACIÓN TRAS RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA

S. Madero Velázquez<sup>a</sup>, N. Castillo Biscari<sup>a</sup>, L. de Elera Tapia<sup>a</sup> y A. Fernández Rivera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años, sin antecedentes, que acude a Servicio de Urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal localizado a nivel de hipogastrio que describe como pesadez, distensión abdominal, asociada a estreñimiento pertinaz, manteniendo ventoseo de cuatro días de evolución, desde la realización de Resección transuretral a consecuencia de tumor vesical PT1G4 (día 27/1/15). El paciente es portador de sonda vesical desde el alta.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 119/67. FC 88 lpm. SatO<sub>2</sub> 95%. Abdomen: RHA+, distendido, no doloroso a la palpación. PPRB-. No signos de Irritación peritoneal. Rx de abdomen: Abundante dilatación de asas de intestino delgada, presencia de gas distal. Analítica: crea 1,8 (previa normal). Urea 46. BUN 21,4. TFG 37. Osm 247. Na 125. No leucocitosis ni alteraciones en hemograma. PCR 47. Básico de orina: piuria intensa. Hematuria moderada. Iones en orina normales. Interconsultada Urología establece como juicio diagnóstico: fracaso renal agudo e hiponatremia. Descarta causa obstructiva de fracaso renal, recomienda descartar otra causa de fracaso renal. CISTO-TC: hallazgos que sugieren rotura intraperitoneal en la cara posterior y superior de la vejiga.

**Juicio clínico:** Íleo paralítico secundario a microperforación tras resección transuretral.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción intestinal, suboclusión intestinal. Íleo paralítico secundario a microperforación tras resección transuretral, abdomen agudo.

**Comentario final:** Existe muy poca bibliografía de complicaciones posresección transuretral. Se debe sospechar ante paciente con traumatismo abdominal con exploración física no concordante y en casos de resección de vejiga. Debemos sospecharla en paciente que presenta: abdomen agudo, fallo renal agudo, hematuria, resección urinaria reciente, oligoanuria.

### Bibliografía

1. Mydlo JH, Weinstein R, Shah S, Solliday M, Macchia RJ. Long-term consequences from bladder perforation and/or violation in the presence of transitional cell carcinoma: results of a small series and a review of the literature. J Urol. 1999;161:1128-32.
2. Park SK, Cho WJ, Choi YS. Fluid extravasation caused by bladder perforation during bipolar transurethral resection using saline solution. A case report. Korean J Anesthesiol

2013;65:163-6.

3. Gravenstein D. Transurethral resection of the prostate (TURP) syndrome: A review of the pathophysiology and management. *Anesth Analg.* 1997;84:438-46.
4. Pansadoro A, Franco G, Laurenti C, et al. Conservative treatment of intraperitoneal bladder perforation during transurethral resection of bladder tumor. *Urology.* 2002;60:682-4.

**Palabras clave:** *Íleo paralítico. Resección transureteral. Complicación. Carcinoma vesical.*