

CASO CLÍNICO

Caso inusual de un dispositivo intrauterino migrado a vejiga con cistolitiasis secundaria

Ceballos González S.¹ Sotelo Virgen P.²

RESUMEN

La perforación del útero por un dispositivo intrauterino (DIU) (con migración hacia la cavidad vesical y generando de manera secundaria la formación de litiasis), ha sido motivo de diversos reportes en la literatura.¹⁻⁴ En este reporte se describe la historia y el curso clínico de un caso inusual (por su tiempo de evolución: 20 años) de otra paciente, con ausencia prácticamente de síntomas urinarios y su hallazgo incidental. El manejo fue mediante cistolitotripsia neumática, extracción endoscópica del DIU y salpingoclásia bilateral.

Palabras clave: litiasis vesical, dispositivo intrauterino, litotripsia intracorporea, perforación vesical.

SUMMARY

The perforation of the uterus by an intrauterine device (DIU), with migration towards the vesical cavity and generating a secondary way to lithiasis formation had been reason for diverse reports in literature.¹⁻⁴ In this report we described the history and clinical course of an unusual case of another due their time to evolution (20 years), the absence of urinary symptoms and its incidental finding. The management was by means of cistolithotripsy pneumatic, endoscopic extraction of the bilateral DIU and salpingooclasis.

Key words: vesical lithiasis, intracorporeal intrauterine device, lithotripsy, vesical perforation.

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intrauterinos son métodos anticonceptivos y unos verdaderos cuerpos extraños, de los cuales, por su diferente forma, por el material con que han sido fabricados o por el agregado de metales o sustancias hormonoides, existen en la actualidad más de 65 modelos.⁵ Su mecanismo de acción se activa al provocar una respuesta inflamatoria de bajo grado en el endometrio. El medio ambiente intrauterino alterado interfiere con la implantación de los ovocitos fertilizados.⁶ Respecto

¹ Departamento de Urología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 "Dr. Leonel Ramírez García, IMSS, Colima. 2 Departamento de Ginecología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 "Dr. Leonel Ramírez García, IMSS, Colima.

Correspondencia: Dr. Sergio Ceballos González. Calle Gorrión 18, Col. Lomas Verdes, Colima, Col., México. CP 28020 Tel.: (01) 3313-8338. Correo electrónico: seceba@prodigy.net.

a su inserción, se han descrito varias complicaciones: dolor pélvico, inflamación y hemorragias genitales, embarazos ectópicos, abortos espontáneos, perforación uterina y migración a órganos adyacentes.⁷ Los dispositivos intrauterinos migrados se han sido encontrado en mayor proporción en la cavidad abdominal, mientras que es menos común en vejiga y ha sido reportado sólo un caso en vena ilíaca (**Tabla 1**).⁸

Se reporta un caso de un DIU Tcu380 migrado a vejiga con formación subsecuente de litiasis y con la peculiaridad de tener un tiempo de evolución prolongado (20 años), de manifestar escasos síntomas y de ser diagnosticado de manera fortuita.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 42 años de edad, originaria y residente de la ciudad de Colima. Gestas X, Para VI, Abortos IV, Menarca a los 15 años con ritmo de 30 x 3. Inicio de vida sexual activa a los 17 años de edad. Fecha del último parto: agosto de 1998. Método anticonceptivo empleado: hormonales orales desde hace 11 años.

En Junio de 1980 le fue colocado un DIU Tcu330 en el posparto inmediato, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por un médico particular. Refiere que posterior a la inserción del DIU presentó dolor intenso en bajo vientre, náusea y pérdida del estado conciente momentáneo. En su revisión a las dos semanas siguientes por el mismo médico, se comprobó la situación normal de las fimbrias del DIU. Posteriormente presentó dos ciclos menstruales normales, embarazándose seguidamente. Despues de resolverse el embarazo, no se localizó el dispositivo intrauterino, concluyendo que posiblemente fue expulsado de manera espontánea y sin ser percibido por la paciente.

A los cuatro años siguientes, manifestó un cuadro de irritación urinaria baja, acompañado de hematuria macroscópica, el cual fue resuelto mediante antibiótico y analgésico urinario. Los años siguientes permaneció asintomática de las vías urinarias y sin molestias dolorosas pélvicas. Se embarazó nuevamente a los ocho años del penúltimo embarazo.

En noviembre de 1999 sufrió un accidente automovilístico, por lo que en el servicio de urgencias se le solicita una placa simple de abdomen, aprecian-

Tabla 1. Sitios de migración de dispositivo intrauterino en una casuística de 165 pacientes en los últimos 18 años.

Sitio	Número
Omentum	45
Rectosigmoides	44
Peritoneo	41
Vejiga	23
Apéndice	8
Intestino delgado	2
Anexo	1
Vena ilíaca	1



Figura 1. Placa simple de abdomen que muestra la imagen del DIU en cavidad pélvica horizontalizado y con un halo radiopaco que corresponde a la formación litiásica.

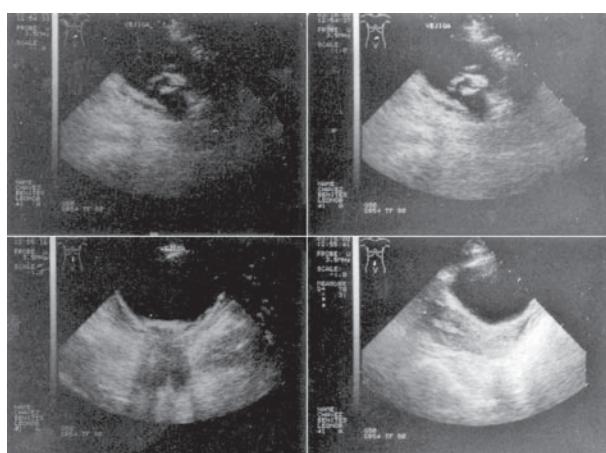


Figura 2. Ultrasonido pélvico. En la cavidad vesical se aprecia imagen hiperecoica, delimitándose la silueta del DIU en su interior.

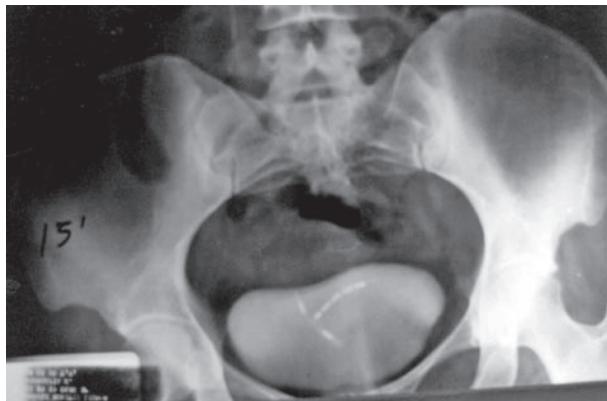


Figura 3. En la fase de llenado vesical del urograma excretor, el DIU se visualiza dentro del contorno de la cavidad vesical.

dose la presencia del DIU (**Figura 1**). Acto seguido se realizó exploración vaginal con espéculo sin encontrar filamentos del DIU. El estudio ultrasonográfico mostró la morfología del DIU en cavidad vesical, rodeado de una imagen hiperecogénica de 3 cm con sombra sónica posterior, la cual se desplazaba con los cambios de posición de la paciente (**Figura 2**). Una urografía excretora evidenció un tracto urinario superior normal y el histograma de llenado mostró el DIU en topografía vesical (**Figura 3**).

La paciente fue sometida a una exploración endoscópica bajo anestesia peridural, comprobando en la revisión cistoscópica la formación calculosa compacta libre en la cavidad vesical que cubría por completo al DIU. Se realizó cistolitotripsi neumática, lo que permitió descubrir el DIU extrayéndolo por vía endoscópica con una pinza de cuerpo extraño (**Figura 4**). Se realizó salpingoclasia bilateral. La paciente fue dada de alta a las 24 horas siguientes sin mayor complicación.

DISCUSIÓN

La inserción de un DIU es una práctica común no exenta de riesgos. La complicación más seria de este método de contracepción es la perforación del útero con una incidencia que varía de 0.4 a 6.7 por 1000 inserciones.⁹ Las variables que inciden en esta complicación están relacionadas con el tiempo de la inserción, la experiencia y habilidad del operador y posiblemente con la forma del útero.¹⁰ Existe el

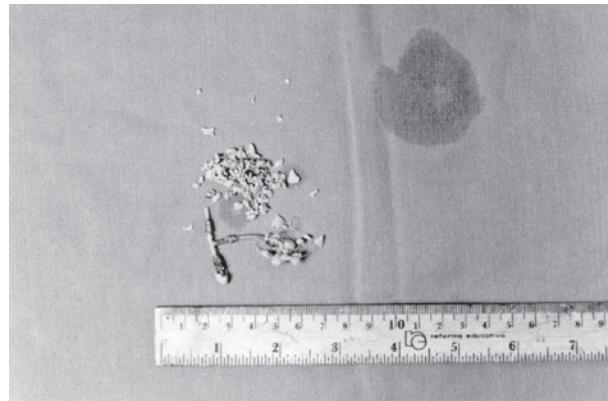


Figura 4. El lito multifragmentado y el DIU íntegro como piezas quirúrgicas.

consenso de que, para que migre un DIU, debe existir una perforación uterina parcial o completa al momento de su inserción.¹¹ No es común la migración a vejiga¹² y suele ser resultado de una perforación uterina a nivel cervical, la cual suele ser asintomática; sin embargo, en nuestro caso, la paciente manifestó dolor agudo en el momento de la inserción, lo que aumenta la sospecha clínica de lesión uterina.

Por lo general, las pacientes se presentan con síntomas urinarios irritativos bajos, infecciones recurrentes del tracto urinario, hematuria y/o dolor sordo abdominal.¹³ Estos síntomas pueden desarrollarse muchos años después de que el DIU es insertado. En la mayoría de los casos reportados en la literatura, los síntomas fueron evidentes entre los tres meses a cinco años posteriores a la inserción y el intervalo entre la inserción y la remoción del DIU varía entre seis meses a 16 años.¹⁴ Llama la atención la escasa sintomatología presentada en la paciente del presente caso, pasando el problema prácticamente silente. El intervalo de tiempo entre su inserción y remoción corresponde a la duración más prolongada reportada hasta la fecha.¹⁵

Con el caso expuesto se insiste en la necesidad de un conocimiento anatómico preciso del área genital femenina y de una pericia adecuada para la realización de este procedimiento con el menor riesgo. Los dispositivos intrauterinos ya insertados requieren de una vigilancia periódica y no debe darse por expulsado un DIU sin tener la certeza de ello, ya que la naturaleza humana es caprichosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saronwala KC, Singh R, Dass H. Lippes loop perforation of the uterus and urinary bladder with stone formation. *Obst Gynec.* 1974;44:727.
2. Junceda Avello E, González Torga L, Laceras Villanueva J, González Bernaldo de Quiros A. Perforación uterina y migración vesical de un dispositivo intrauterino observación casuística. *Acta Ginecol.* 1977; 30:79.
3. Cumming GP, Bramwell SP, Lees DAR. An unusual case of cystolithiasis: a urologic lesson for gynecologist. *Br J Obstet Gynecol.* 1997;104:117.
4. Mahazan P: Secondary vesical calculus following translocated iucd in urinary bladder. *J Indian Med Assoc.* 1995;93(8):326.
5. Calatroni Ruiz. Terapéutica Ginecológica. Ed. Panamericana. 1^{ra} edición.1988.
6. Copeland. Ginecología. Ed. Médica Panamericana, 2^a edición, 2002.
7. González MJ. Ginecología 6ta edición Barcelona; Masson-Salvat. Ediciones científicas y técnicas, S.A. 1993:584-8.
8. Kassas B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex.* 1999;27(10):696-700.
9. Levinson CJ. Laparoscopic removal of perforated IUDs. *J Reprod Med.* 1973;10:169.
10. Tatum HJ. Clinical aspects of intrauterine contraception: -circumspection- 1976 *Fertil Steril* 1977;28(1): 3-28.
11. Reyes-Acevedo J, Bustamante-Sarabia J. Perforación uterina y localización vesical de un dispositivo intrauterino y cistolitiasis. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Ginecología y Obstetricia de México.* 1995;63:407-9.
12. Rosenfield AG, Castador RG. Early postpartum and immediate postabortion intrauterine contraceptive device insertion. *Amer J Obstet Gynecol.* 1974; 118(8): 1104-14.
13. Weekes LR. Complications of intrauterine contraceptive devices. *J Natl Med Ass.* 1975;67:1.
14. Dietrick D, Muta I. Intravesical migration of intrauterine device. *J Urol.* 1992;147:1232-4.
15. Ndoye A, BA M. Migration of an intrauterine device to the bladder. *Prog Urol.* 2000;10(2):295-7.