

Dispositivo intrauterino en vejiga: a propósito de un caso

IUD in the bladder: a case report

Dispositivo intrauterino en bexiga: a propósito de un caso

José David Alvarado¹, Washington Yoong²

¹ Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Guayaquil, Ecuador

² Hospital "Abel Gilbert Pontón", Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Los dispositivos intrauterinos son un método anticonceptivo de uso frecuente en las mujeres ecuatorianas. Se estima que alrededor de 160 millones de mujeres en el mundo lo usan. Sus complicaciones se encuentran en raros casos, pero abarcan inflamaciones y hemorragias genitales. La migración de un DIU a órganos adyacentes es extremadamente rara, por lo que son descritos en muy pocas ocasiones y se deben en su mayoría de casos, a mala técnica de inserción. Se presenta caso clínico de un DIU en vejiga en una paciente de 32 años de edad, de la Consulta Externa de Ginecología del hospital Abel Gilbert Pontón, cuyo diagnóstico fue un hallazgo de los exámenes complementarios, mas no de la sintomatología específica de las complicaciones del DIU. Se determinó que la causa del alojamiento anómalo de dicho DIU fue debido a mala técnica de inserción con la consiguiente migración hacia vejiga, como es muy frecuente en este tipo de casos. A través de este reporte, se evidencia la existencia de este caso en Ecuador, y recomendamos a la comunidad médica las medidas necesarias para la colocación de dicho dispositivo.

Palabras clave: Dispositivo Anticonceptivos. Vejiga Urinaria. Migración de Cuerpo Extraño.

ABSTRACT

Intrauterine devices are the contraceptive method frequently used among Ecuadorian women. An estimated 160 million women worldwide use them. Complications are rare, but include swelling and bleeding of genitals. The migration of an IUD to adjacent organs is extremely rare, so it is rarely described and, in most cases, it is due to poor insertion technique. We present a case of an IUD in the bladder of a 32-year-old woman from the Outpatient at the Abel Gilbert Ponton Gynecology Hospital, whose diagnosis was a finding of the complementary examinations, and not for any specific symptoms of complications due to the IUD. It was determined that the cause of the migration of the IUD to the bladder was due to poor insertion technique, as is common in such cases. Through this report, we demonstrate the existence of this case in Ecuador, to recommend to the medical community to take the necessary measures for the insertion of the device.

Keywords: Contraceptive Devices. Urinary Bladder. Foreign - Body Migration.

RESUMO

Os dispositivos intrauterinos são um método anticonceptivo de uso frequente nas mulheres equatorianas. Estima-se que ao redor de 160 milhões de mulheres no mundo o usam. Há complicações em raros casos, porém abrangem inflamações e hemorragias genitais. A migração de um DIU a órgãos adjacentes é extremamente raro, pelo que são descritos em muito poucas ocasiões e deve-se na maioria de casos a má técnica de inserção. Apresenta-se um caso clínico de um DIU na bexiga de uma paciente de 32 anos de idade, da Consulta Externa de Ginecologia do Hospital Abel Gilbert Pontón, cujo diagnóstico foi uma descoberta dos exames complementários, mas não da sintomatologia específica das complicações do DIU. Determinou-se que a causa do alojamento anómalo de daquele DIU foi devido à má técnica de inserção com a conseguinte migração até a bexiga, como é muito frequente nestes tipos de caso. Através deste informe, evidencia-se a existência deste caso no Equador, e recomendamos à comunidade médica as medidas necessárias para a colocação deste dispositivo.

Palavras-chave: Dispositivo Anticonceptivo. Bexiga Urinária. Migração de Corpo Estranho.

Introducción

Los dispositivos intrauterinos son métodos anticonceptivos elaborados por diferentes materiales y con diversos agregados de metales o sustancias hormonoides, cuyo mecanismo de acción se activa al provocar una respuesta inflamatoria de bajo grado en el endometrio, cuya alteración en su medio ambiente interfiere con la implantación del ovocito.¹

En el mundo, cerca de 160 millones de mujeres son usuarias de dispositivos intrauterinos (DIU).²

Son complicaciones del DIU las inflamaciones y hemorragias genitales, el dolor, las gestaciones ectópicas y las perforaciones uterinas,³ que habitualmente se producen por mala técnica de inserción, predisponiendo a la migración del DIU⁴ y su consecutivo alojamiento o perforación de órganos adyacentes como rectosigmoides, apéndice, intestino delgado, parénquima ovárico e incluso vejiga.⁵ La migración transuterina transvesical del DIU es una rara y poco común complicación, correspondiendo sólo al 2% de las localizaciones abdominopélvicas,⁶ habiéndose reportado tan solo

20 casos en la literatura.² La formación de cálculos vesicales es otra complicación observada en estos casos de migración del DIU. Aproximadamente 70 casos han sido reportados en la literatura científica.⁷ Para su diagnóstico, nos basamos en la historia clínica completa, aunado a exámenes de imágenes.

La cistoscopia, además de ser la técnica terapéutica de elección, es el método definitivo para el diagnóstico, identificando la litiasis, el material del DIU y las complicaciones.⁸ Sin embargo, cuando el DIU se encuentra incrustado o existe evidencia de un cálculo vesical que no pueda ser extraído por cistoscopia, se recurre a las técnicas quirúrgicas, que van desde la clásica cistolitotomía suprapúbica hasta la cistolitotomía endoscópica del DIU con pinza de cuerpo extraño.⁹

A nivel nacional no contamos con estadísticas de casos reportados acerca de esta situación a pesar del alto porcentaje de mujeres que usan este dispositivo como método anticonceptivo.

Caso clínico

Paciente de género femenino, de 32 años de edad, procedente de Pedro Carbo (Guayas), que es atendida en la Consulta Externa ginecológica el 1 de agosto de 2012 debido a cuadro clínico de aproximadamente 2 años de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo transfixivo de leve intensidad (2/10) localizado en hipogastrio, que no se irradiaba a ningún lugar, y no se exacerbaba ni cedía con nada. El dolor estaba acompañado de alza térmica no cuantificada, que paciente refiere de aparición esporádica, y generalmente en las noches.

El 13 de Junio de 2012, el dolor se intensifica (9/10); así mismo, localizado en hipogastrio, que se irradia a fosas iliacas, tanto derecha como izquierda. El dolor cedía con la administración de diclofenaco 75mg IM, y se exacerbaba al realizar esfuerzos. Paciente refiere además alza térmica no cuantificada y escalofríos, por lo que acude al Policlínico Rehi (Juan Montalvo - Guayas), donde se le realizan ecografías abdominopélvica y transvaginal, así como radiografía de abdomen y pelvis de pie, constatando la presencia de DIU en vejiga.

El 7 de agosto de 2012, la paciente es ingresada en hospital Abel Gilbert Pontón para ser valorada y podersele realizar la extracción del DIU.

Se le realizan pruebas hemáticas, urológicas y de imágenes (ecografía abdominopélvica y radiografía de pelvis) para constatar el cuadro clínico de la paciente (figura 1 y 2). La biometría hemática fue normal.



Figura 1. Ecografía que muestra vejiga urinaria de bordes regulares con presencia de imagen hiperecogénica de aproximadamente 2.6 x 3.1 cm.



Figura 2. Radiografía de pelvis que muestra imagen radiopaca en forma de T que se encuentra ubicada en pelvis, de lado derecho, muy probablemente en vejiga.

El 8 de agosto fue sometida a cistoscopia, la misma que evidenció presencia de estructura en cavidad vesical en forma de T, compatible con Dispositivo Intrauterino (figura 3).



Figura 5. Cistoscopia que muestra estructura en cavidad vesical en forma de T, compatible con Dispositivo Intrauterino.

Dentro de los antecedentes patológicos, tanto personales como familiares, no tiene nada que llame la atención; y en cuanto a sus antecedentes ginecobstétricos, encontramos: gestas, cuatro; partos, tres (2002, 2003 y 2008); y un aborto. Periodicidad menstrual regular y los métodos anticonceptivos usados fueron: DIU (2003 – 2005), Topasel (Luego del nacimiento de su último hijo; lo usó por 3 meses) y DIU (2009 hasta la actualidad).

Discusión

La presencia de cuerpos extraños intravesicales es una patología infrecuente.^{2,3,4,6} La literatura urológica muestra gran variedad de cuerpos extraños a nivel vesical, siendo la causa más frecuente la introducción de los mismos por el propio paciente con fines masturbatorios, autolesivos o en el seno de enfermedades mentales.

La segunda causa más frecuente es la yatrógena, en el transcurso de intervenciones quirúrgicas o maniobras urológicas diagnóstico-terapéuticas.

Dentro de las causas excepcionales encontramos las perforaciones uterinas y las migraciones de dispositivos intrauterinos hasta vejiga.³ Estas complicaciones ocurren más frecuentemente en el momento de la inserción, pero también pueden ocurrir tardíamente, siendo la mayoría de las veces asintomática, por lo que la paciente puede permanecer meses o años antes de ser diagnosticada.⁶ En el caso particular que se describe, la paciente fue diagnosticada 3 años después de haberse colocado dicho dispositivo. No es normal que ocurra en niños, con más frecuencia se presenta en los adultos.¹⁰

Una de las mayores, aunque infrecuente complicación relacionada con la inserción de un DIU, es la perforación hacia la cavidad pélvica-abdominal. Su incidencia es de 0.87 a 1.6 x 1000 inserciones, comprometiendo los órganos adyacentes, como ligamento ancho, anexos, vejiga, epiplón y peritoneo, además de estructuras más distantes como apéndice y colon sigmoide.⁶

El mecanismo exacto de migración de un DIU o cuando exactamente ocurre la perforación hacia la cavidad pélvica-abdominal no está claro, pero se cree que uno de los mecanismos es durante la inserción, produciéndose en forma directa la perforación hacia esta cavidad.²

La sintomatología es variable, desde el síndrome miccional aislado desde el momento de la perforación, hasta cuadros más floridos con leucorrea, hematuria, menuria;³ así como puede incluir todos los síntomas del tracto urinario inferior, ya sea irritativo u obstructivos, con o sin infección; o presentarse asintomático como hallazgo en un examen de rutina.⁶

En la mayoría de los casos publicados en la literatura de DIU intravesicales, el diagnóstico se realizó como hallazgo al estudiar pacientes con variada sintomatología urinaria baja y no por sospecha primaria de migración del DIU.² En el caso particular, la paciente presentó sintomatología variada e inespecífica, pero el diagnóstico fue un hallazgo a través de los estudios de imágenes (radiografía simple de pelvis y ecosonografía pélvica) realizados 3 años después de la colocación de dicho dispositivo.

Para su diagnóstico, suele ser suficiente una anamnesis detallada y una ecografía, que puede complementarse con una radiografía simple de abdomen.³ Sin embargo, Perucca et al. limitan a la ultrasonografía como útil en la visualización de útero y anexos, pero no proporciona una buena evaluación de la vejiga;² mientras que Zarhi et al. aconsejan indispensable solicitar TAC y cistoscopia para la localización intravesical del DIU.⁶

En el presente caso bastó con radiografías y ecografías para diagnosticar el alojamiento del DIU fuera de la cavidad uterina; sin embargo prescindimos de la cistoscopia para cerciorarnos de su localización en vejiga y tratar de extraerlo por este medio.

El tratamiento endoscópico es el adecuado, siempre que se logre retirar el DIU en su totalidad. Si esto no es posible, se debe realizar una cirugía abdominal.⁴ Entre las técnicas quirúrgicas que se usan actualmente, tenemos la cistolitotomía suprapúbica y la cistolitotomía endoscópica del DIU con pinza de cuerpo extraño.⁹

Conclusión

La localización de un dispositivo intrauterino (DIU) en vejiga es extremadamente infrecuente, encontrándose solo contados casos en la literatura mundial.

Las formas más comunes de encontrar cuerpos extraños a nivel vesical se deben a la introducción de los mismos por el propio paciente con fines masturbatorios o por alteraciones mentales; pero en el caso específico de dispositivo intrauterino, generalmente se deben a mala colocación del mismo por ruptura uterina y su consiguiente migración a vejiga.

La sintomatología semeja procesos infecciosos de vías urinarias inferiores, como disuria, polaquiuria, tenesmo, hematuria y dolor suprapúbico; así como puede ser completamente asintomático y detectarse por exámenes de rutina. Para su diagnóstico es suficiente con una buena anamnesis, ecografía y radiografía simple de abdomen o pelvis; sin embargo, ciertos estudios sugieren además la realización de TAC.

Lacistoscopia es una prueba fundamental, porque además de ser diagnóstica, en casos no complicados, sirve también como opción terapéutica, permitiéndonos remover el DIU completamente.

En casos en que no es posible la extracción del DIU a través de la cistoscopia, se recurrirá a la cirugía abdominal.

Referencias bibliográficas

1. Caso inusual de un dispositivo intrauterino migrado a vejiga con cistolitiasis secundaria. Ceballos, S y Sotelo, P. 3, México : Revista Mexicana de Urología, 2007, Vol. 67.
2. Dispositivo intrauterino intravesical en expulsión en embarazode tercer trimestre: Reporte de un caso. Perucca, Ernesto, y otros. 3, Chile : Revista chilena de Obstetricia y Ginecología, 2011, Vol. 76.
3. Perforación uterina y migración vesical de un dispositivo intrauterino. Gonzalvo, V, y otros. 6, España : Actas urológicas españolas, 2001, Vol. 25. 1. Pérez G, López LM, Aznar G, Mola MJ, Navarro JA, Botella R, Polo A.
4. Migración de dispositivo intrauterino a vejiga: Aportación de cuatro casos. Ebel, L, y otros. 5, España : Actas urológicas españolas, 2008, Vol. 32.
5. Cuerpo extraño intravesical. Presentación de una paciente. Ibarra, Frank, Díaz, Jorge y Cardet, Rafael. Santa Clara: Hospital Militar Comandante "Manuel Fajardo Rivero".
6. Manejo laparoscópico de dispositivo intrauterino incrustado en pared vesical con litiasis vesical secundaria. Zarhi, Jaime, y otros. 1, Chile : Revista chilena de ginecología y obstetricia, 2009, Revista chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol. 74, págs. 42-46.
7. Bladder calculus resulting from the migration of an intrauterine contraceptive device: A report of ten cases. Sataa, Sallami, y otros. 1, Tunes : International Journal of Nephrology & Urology, 2011, Vol. 3.
8. Perforación útero-vesical secundaria a un dispositivo intrauterino con formación de litiasis vesical: A propósito de dos casos. Insausti, N, y otros. 2, España : Radiología, 2007, Vol. 49.
9. Litiasis vesical secundaria a dispositivo intrauterino incrustado en pared vesical: Revisión de dos casos clínicos. Salazar, A, y otros. 1, Chile : Revista chilena de Urología, 2002, Vol. 67.
10. Vejiga perforada por dispositivo intrauterino. Presentación de un caso. Gómez, Luis, y otros. 1, Cuba : Revista cubana Cirugía, 2001, Vol. 40.
11. Migración intravesical de un dispositivo intrauterino. Cheliz, G, y otros. 1, Argentina : Revista argentina de urología, 1993, Vol. 58.
12. An unusual foreign body in the bladder. Masood, Muhammad, y otros. 3, Nishtar : Nishtar Medical Journal, 2010, Vol. 2.
13. Bladder perforation related to intrauterine device. Okan, Mustafa, y otros. 4, Turquía : J Chin Med Assoc, 2008, Vol. 71.
14. Case of urethral foreign body: IUD perforation of the bladder with calculus formation. Gillis, E, y otros. 3, California : The California Journal of Emergency Medicine, 2006, Vol. 7.
15. Laparoscopic removal of a migrated intrauterine device. Sharifiaghdas, Farzaneh, Mohammadali, Faramarz y Abdi, Hamidreza. 3, s.l. : Urology Journal, 2007, Vol. 4.