

PERFORACIÓN UTERINA Y MIGRACIÓN VESICAL DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO

V. GONZALVO PÉREZ, L.M. LÓPEZ GARCÍA*, G. AZNAR SERRA**, M.J. MOLA ARIZA, J.A. NAVARRO ANTÓN, R. BOTELLA ALMODÓVAR, A. POLO PERIS

*Servicio de Urología. *Servicio de Ginecología. Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva. Valencia.*

***Matrona del Centro de Salud de l'Ollería.*

PALABRAS CLAVE:

Vejiga. Dispositivo intrauterino. Cuerpo extraño.

KEY WORDS:

Bladder. Intrauterine device. Foreign body.

Actas Urol Esp. 25 (6): 458-461, 2001

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de perforación uterina durante la colocación de un dispositivo intrauterino con paso del mismo hasta vejiga. Presentamos este caso por la rareza del mismo, pues en la revisión de la literatura mundial sólo hemos encontrado 26 casos incluido el nuestro. La clínica no difiere de la del resto de cuerpos extraños intravesicales. Para el diagnóstico suele ser suficiente una anamnesis detallada y una ecografía. La uretrocistoscopia diagnostica las complicaciones, y en los casos no complicados como el nuestro, es además terapéutica. Si se asocia a complicaciones puede ser precisa la cirugía abierta. Concluimos, que la precocidad en la detección de esta yatrogenia mediante el control ecográfico post-colocación, facilita la extracción del cuerpo extraño y evita la aparición de complicaciones asociadas como la litiasis.

ABSTRACT

Cases of uterine perforation through to the bladder during the placement of an intrauterine device are rare. There have been only 25 previous reported cases. This type of perforation is no different to any other by an intravesical foreign body. A detailed anamnesis and sonographic examination is usually sufficient to provide a diagnosis. Complications can be diagnosed by an ureterocystoscopy which is also therapeutic in non-complicated cases. If there are associated complications surgery can be necessary. In conclusion, quick detection of any complication, by sonographic detection after placement, assists in the extraction of the foreign body and avoids the appearance of associated complications such as lithiasis.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos contraceptivos eficaces, pero no exentos de complicaciones. Son complicaciones del DIU, las inflamaciones y hemorragias genitales, el dolor, las gestaciones ectópicas y las perforaciones uterinas¹. La perforación uterina durante la colocación de estos dispositivos y el paso de los mismos a cavidad abdominal es un accidente relativamente frecuente, pero la migración a estructuras adyacentes, como la vejiga, es mucho más rara².

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 45 años con antecedentes de beta-talasemia y una cesárea previa. Consulta por síndrome miccional irritativo, sin ninguna otra sintomatología asociada desde la inserción de un dispositivo intrauterino 25 días antes en otro centro. Dicho síndrome miccional había sido tratado con antibioterapia de forma empírica, y ante la ausencia de respuesta decidieron retirar el DIU. Tras el intento infructuoso

de extracción por vía vaginal, es remitida a puertas de urgencia de nuestro hospital para valoración ginecológica. La exploración abdominal y ginecológica, así como el estudio analítico fueron normales. Se realizó ecografía ginecológica, que mostró útero en retroversión de 85 x 45 x 50 mm, regular, de 15 mm de espesor y la presencia del DIU dentro de la vejiga (Fig. 1). Esta colocación ectópica se corroboró con una radiografía simple de abdomen (Fig. 2).

Ante estos hallazgos, se requiere la actuación del Servicio de Urología que decide la extirpación del cuerpo extraño intravesical por vía endoscópica. La cistoscopia mostró la presencia de un dispositivo intrauterino libre en cavidad vesical, no evidenciando la existencia de lesiones intravesicales que hicieran sospechar en una fístula vésico-uterina asociada (Fig. 3). Dicho dispositivo se extrajo mediante pinza de cuerpo extraño (Fig. 4), íntegro y sin ninguna incrustación calcárea (Fig. 5).

Tras la extirpación del cuerpo extraño intravesical, se consiguió la total desaparición de los síntomas irritativos. El control a los 3 meses de la extracción mostró una bacteriuria asintomática y una ausencia total de síntomas.

DISCUSIÓN

La presencia de cuerpos extraños intravesicales, es una patología infrecuente. 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 mentales³. La segunda causa más frecuente es la yatrógena, en el transcurso de intervenciones quirúrgicas o maniobras urológicas diagnóstico-terapéuticas (cuchilletos, restos de sondas, gasas, suturas irreabsorbibles...). Dentro de las causas excepcionales de cuerpo extraño intravesical, encontramos las perforaciones uteri-

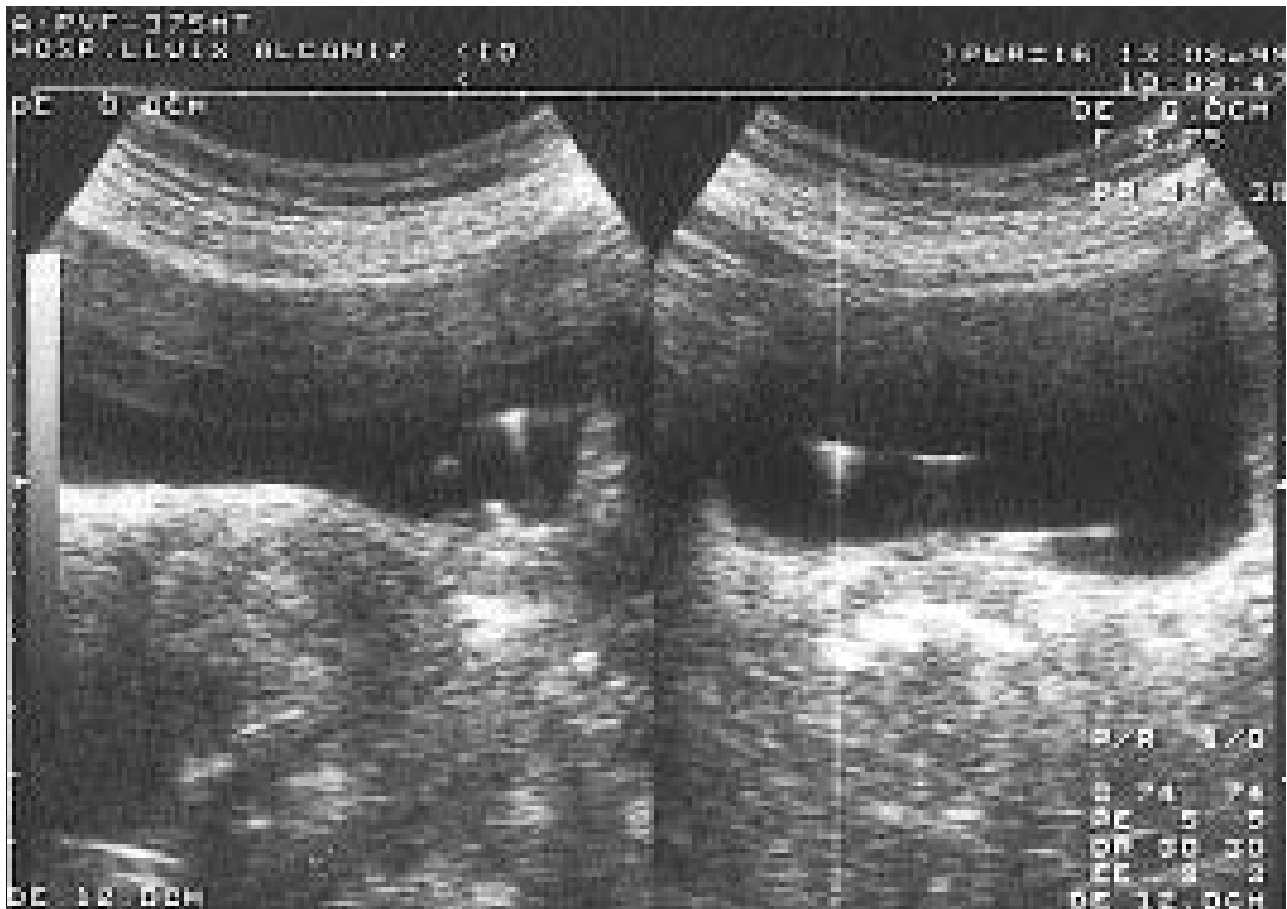


FIGURA 1. Ecografía: presencia del dispositivo intrauterino en el interior de la vejiga.



FIGURA 2. Radiografía simple del abdomen: dispositivo intrauterino desplazado.

FIGURA 3. Cistoscopia: Dispositivo intrauterino libre dentro de vejiga, no se evidencian lesiones asociadas de la mucosa.

FIGURA 4. Extracción del DIU mediante pinza de cuerpo extraño.

nas y las migraciones de dispositivos intrauterinos hasta vejiga, se ha informado incluso de la colocación intravesical de un DIU vía transuretral por mala praxis⁴; en conjunto, tras revisar la literatura existente hasta nuestros días, hemos constatado que existían 19 casos hasta 1996⁵ y hemos encontrado 6 más^{5,7,8} que sumados a nuestro caso, hacen un total de 26 casos.

FIGURA 5. DIU tras su extracción intravesical, íntegro y sin ninguna incrustación calcárea.

La perforación del fondo del útero durante la colocación de un dispositivo intrauterino es variable según las series, oscilando entre 1 y 9 cada 1.000 colocaciones; y va a depender del tipo de DIU, estado y configuración anatómica del útero, así como de la habilidad y experiencia del ginecólogo que lo inserte^{1,2,4,6-8}. El riesgo se incrementa en aquellos casos, como el nuestro, en los que existe un útero en retroversión asociado a una cicatriz de antigua cesárea. El 80% de casos la perforación es directa a peritoneo, otras localizaciones más raras son colon, sigma, epiploon, apéndice, trompas o vejiga^{3,4,5,7}. Debe sospecharse cuando la colocación del DIU ha sido difícil y dolorosa^{1,5}. Es fundamental la realización de un diagnóstico precoz de dichas perforaciones, siendo para ello esencial el control ecográfico durante y tras la colocación de estos dispositivos^{1,5}.

La presencia de un DIU intravesical produce una clínica que no difiere de la del resto de cuerpos extraños intravesicales. La sintomatología es variable, desde el síndrome miccional aislado desde el momento de la perforación, como en nuestro caso, hasta cuadros más floridos con leucorrea, hematuria, menuria... Si el diagnóstico no es precoz pueden aparecer complicaciones como la litiasis vesical^{2,3,5-8}, fistulas urinarias, abscesos y hasta perforaciones intraperitoneales con bacteriemia y sepsis; sin olvidar, claro está, el embarazo no deseado⁸.

Para el diagnóstico suele ser suficiente una anamnesis detallada y una ecografía, que puede complementarse con una radiografía simple de abdomen. Si el diagnóstico es tardío, puede ser preciso recurrir a otras técnicas radiológicas (CUMS y UVI) para descartar complicaciones. Fundamental será la uretrocistoscopia que en los casos no complicados como el nuestro, será además terapéutica con la extracción del cuerpo extraño; en otros, diagnosticará las posibles complicaciones a nivel local. Si se asocia a litiasis puede ser precisa la litofragmentación endoscópica añadida^{5,8}, e incluso la cirugía abierta^{2,6}. Asimismo, la presencia de complicaciones como las fistulas uroginecológicas, pueden obligar también a la realización de un tratamiento quirúrgi-

co abierto³. Concluimos pues, que la precocidad en la detección de esta yatrogenia mediante el control ecográfico post-colocación, facilita la extracción del cuerpo extraño y evita la aparición de complicaciones asociadas como la litiasis y las fistulizaciones.

REFERENCIAS

1. BJORNEREM A, TOLLASN A: Intrauterine device – primary and secondary perforation of the urinary bladder. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; **76**: 383-385.
2. REYES ACEVEDO J, BUSTAMANTE-SARABIA J, GALINDO MARTÍNEZ DF: Perforación uterina y localización vesical de un dispositivo intrauterino y cistolitiasis. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Ginec Obst Mex* 1995; **63**: 407-409.
3. BLASCO HERNÁNDEZ P, CAMACHO MARTÍNEZ E, QUINTERO RODRÍGUEZ R, CAMPOY MARTÍNEZ P, VILCHES COCOVI E, SALAZAR MURILLO R, GARCÍA PÉREZ M: Emigración de dispositivo intrauterino. Una rara causa de cuerpo extraño vesical. *Actas Urol Esp* 1995; **19 (10)**: 798-801.
4. HERNÁNDEZ VALENCIA M, CARRILLO PACHECO A: Dispositivo intrauterino traslocado (intravesical). Informe de un caso. *Ginec Obst Mex* 1998; **66**: 290-292.
5. CASPI B, RABINERSON D, APPELMAN Z, KAPLAN B: Penetration of the bladder by a perforating intrauterine contraceptive device: a sonographic diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; **7**: 458-460.
6. MASKEY CP, ARMAN M, SIGDAR TK, JOHNSEN R: Vesical calculus around an intrauterine contraceptive device. *Brithis Journal of Urology* 1997; **79**: 654-665.
7. YALÇIN V, DEMIRKESEN O, ALICZ B, ÖNOL B, SOLOK V: An unusual presentation of a foreign body in the urinary bladder: migrant intrauterine device. *Urol In* 1998; **61**: 240-242.
8. HSUEH-FU L, JEON-HOR C, WEN-CHI C, WU-CHUNG S: Vesicle calculus caused by migrant intrauterine device. *AJR* 1999; **173**: 504-505.

Dr. V. Gonzalvo Pérez
Servicio de Urología
Hospital Lluís Alcanyis
Ctra. Xàtiva-Silla, s/n
46800 Xàtiva (Valencia)

(Trabajo recibido el 29 Noviembre de 2000)