

Migración de un dispositivo intrauterino a la vejiga *Complicación litiásica*

DIU migration to the bladder *Lithiasic complication*

Dres. Pautasso, O. S.*;
Marengo, R.;
Pautasso, A. C.;
Pautasso S.;
Santo, R.

INTRODUCCIÓN

La migración de un dispositivo intrauterino no es un hecho frecuente. Cuando ello ocurre, suele ser hacia el exterior, con expulsión del mismo (80% de los casos); con menor frecuencia puede perforarse el útero hacia la cavidad peritoneal (17%) y el pasaje a vejiga, constituye un hecho excepcional (3%). En ciertas circunstancias y cuando su permanencia en la misma se prolonga, puede constituir el núcleo de una complicación litiásica.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 44 años, que consulta por hematuria, sintomatología vesical irritativa e infecciones urinarias reiteradas en los últimos dos años. Relata además dolores pelvianos inespecíficos y dispareunia.

En los antecedentes, relata haberse colocado un DIU catorce años antes y a pesar de ello, tuvo ocho embarazos y cinco hijos, con cesáreas iterativas.

El examen clínico es normal. Los análisis de laboratorio muestran microhematuria y bacteriuria.

Se realiza una ecografía que muestra una imagen tumoral, parcialmente calcificada y adherida a la pared posterior de la vejiga. En la Rx de pelvis, se observa una calcificación redondeada de aproximadamente 2 cm de diámetro, lateralizada hacia el lado izquierdo y con dos salientes en forma de cuernos.

La cistoscopia revela la presencia de un cálculo vesical formado alrededor de un dispositivo intrauterino, que se halla parcialmente solidarizado a la pared vesical posterior por una de sus ramas, cubierta por un delgado puente de mucosa, conservando además los hilos en uno de sus extremos.

Se completa el estudio con una TAC sin contraste, que demuestra la posición intravesical completa del DIU.

Tratamiento

Con anestesia regional y por vía transuretral, se capturan los hilos del DIU y se practica litotricia mecánica; posteriormente se extraen el dispositivo y la totalidad de los fragmentos litiásicos; se coloca sonda vesical que se retira a las doce horas en el momento del alta.

Evolución

La paciente relata remisión casi inmediata de la totalidad de sus síntomas, con ausencia de menuria ni escurrimiento urinario vaginal; el examen bacteriológico de orina practicado al mes, resulta negativo.

* Profesor Titular Plenario de Urología. UNC.
Servicio de Urología del Sanatorio del Salvador. Córdoba. Argentina.
pautasso@fibertel.com.ar

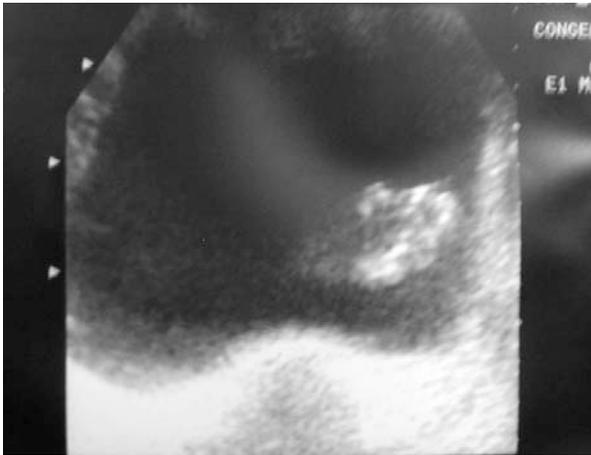


Figura 1. Ecografía vesical. Masa tumoral parcialmente calcificada, adherida a la pared posterior.



Figura 2. Rx directa de abdomen. Imagen calcificada en área vesical.

DISCUSIÓN

Uno de los métodos anticonceptivos más difundidos es la instalación de un dispositivo intrauterino. En determinadas circunstancias, dicho dispositivo puede migrar, hecho que se produce con mayor frecuencia hacia el exterior, con expulsión del mismo a través de la vagina. Con menor frecuencia, puede migrar hacia la cavidad peritoneal e incluso, se relatan casos de perforación intestinal. Solamente un 3% de las migraciones, se produce hacia la vejiga, y el mecanismo de dicho desplazamiento es incierto, atribuyéndose a defectos de técnica en la colocación del mismo o a una operación cesárea con lesión vesical inadvertida, practicada luego de su instalación y fracaso como método anticonceptivo.

La mayoría de los casos relatados muestran un pasaje parcial del mismo, cabalgando entre la vejiga y el útero; hecho que no ocurrió en nuestra paciente, ya que la totalidad del DIU se alojaba en la vejiga. Un hecho coincidente, lo constituye la formación de un cálculo tomando como núcleo dicho dispositivo, especialmente en los casos en los cuales ha permanecido un tiempo considerable en contacto con la orina.

La sintomatología vesical predominante es la irritativa y suelen presentarse infecciones urinarias, hematurias y eventualmente dispareunia.

Salvo excepciones, los casos descritos han sido diagnosticados mediante ecografía, radiografía directa y endoscopia y al igual que el caso que presentamos, resueltos satisfactoriamente por vía transuretral.



Figura 3. Visión endoscópica. Cálculo vesical formado alrededor del DIU. Puente mucoso que adhiere una de sus ramas a la pared vesical posterior.



Figura 4. TAC. Posición del cálculo-DIU endovesical.

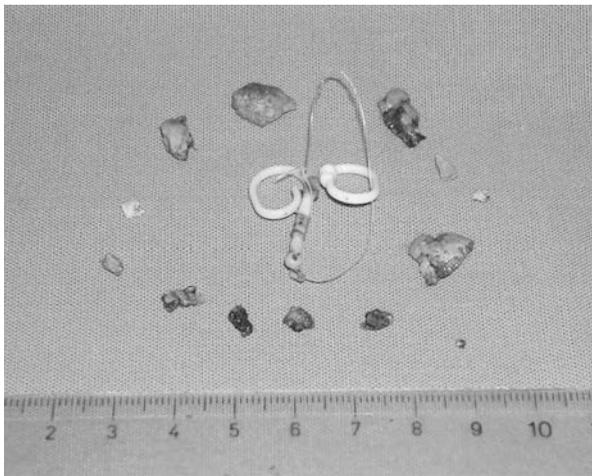


Figura 5. Material extraído por vía transuretral. DIU y fragmentos litíasicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joul A; Querfani B; Taha A; El Mejjad A; Frougui Y; Rabii R; Debbagh A; El Mrini M. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by stones. *Prog Urol*; 14 (3): 374-375, 2004.
2. Coronel Sánchez B; Sánchez Sanchis MJ; Carrascosa Lloret V; Beltrán Armada JR; Rodrigo Guanter V; Tarín Planes M; San Juan de Laorden C. Migration of an intrauterine contraceptive device into the urinary bladder: report of one case. *Arch Esp Urol*; 57 (1): 75-78, 2004.
3. Iturralde Codina A; Gozá León F; Beyries Tamayo W; Iturralde Muñoz Y; Rodríguez Hidalgo ME. Double bladder lithiasis from an intrauterine device. Report one case. *Arch Esp Urol*; 57 (2): 160-162, 2004.
4. Demirci D; Ekmekçioğlu O; Demirtas A; Gülmez. Big bladder stones around an intravesical migrated intrauterine device. *Int Urol Nephrol*; 35 (4): 495-496, 2003.
5. Wei TY; Hsieh CC; Lo TS. Intravesical migration of an intrauterine device with stone formation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*; 43 (5): 391-392, 2003.