

Título: "Terapéutica del dispositivo intrauterino traslocado: a propósito de dos casos."

Autores: Rafael Jacinto Barrero Calaña (rbarrero@infomed.sld.cu); Itsel Vela Caravia, Isabel Caravia Pubillones y Lic. Roberto Erasmo Holder Piedra.

Centro de procedencia: Hospital General Docente: "Enrique Cabrera."

Resumen

Introducción Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos eficaces, pero no exentos de problemas. Se han descrito múltiples complicaciones tanto precoces como tardías secundarias a su uso. La perforación útero-vesical es una complicación poco frecuente en pacientes portadoras de DIU.

Pacientes Se presentan dos casos de perforación útero-vesical con descripción de sus hallazgos imagenológicos, realizándose además una revisión de la literatura. Estos casos fueron solucionados en nuestro centro en el período 2011-2012; uno de ellos por ser componente de una gran litiasis vesical, previa discusión en el colectivo se decide su extracción a cielo abierto, sin embargo el otro caso donde solo se constató el DIU navegando dentro de la cavidad vesical se decidió su extracción endoscópica.

Conclusiones: 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.

Palabras claves: Dispositivo Intrauterino, perforación útero-vesical, litiasis vesical.

Abstract

Introduction The Intrauterine devices (IUD) are effective methods, but they are not exempt of problems. Multiple complications have been described, not only precociously but late secondary in its use. The vesicle -uterus perforation is a less frequent complication in patients with IUDs. **Patients:** Two cases of vesicle uterus perforation were presented with an X-ray description, and a bibliographical review was also done. These cases were solved in our institution in

the period of 2011-2012; one of these cases was performed because it was part of a big vesicle lithiasis. Due to a previous discussion the medical staff decided to remove it, nevertheless in the other case it was confirmed that the IUD was moving inside the vesicle cavity, that's why it was decided to remove it by an endoscopy.

Conclusions: The inserted intrauterine devices require of a periodic vigilance and they must not be considered to be expelled until you are sure of that, because human nature is extremely complicated and can change.

Key Words: Intrauterine Device, vesicle-uterus perforation, vesicle lithiasis.

Introducción

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos eficaces, pero no exentos de problemas. Se han descrito múltiples complicaciones tanto precoces como tardías secundarias a su uso.¹

Se estima que alrededor de 130 millones de mujeres usan este método y que su inserción puede ir asociada a varias complicaciones como son el fracaso del método, la enfermedad inflamatoria pélvica aguda y la perforación uterina;^{2,3} esta última es una seria complicación, su frecuencia es de 0,12 a 0,68 por 1000 y puede ocurrir en el momento de la inserción, con mayor incidencia en el puerperio inmediato y postaborto o como consecuencia de un proceso gradual de migración hacia la cavidad pelviana⁴⁻⁵ siendo la mayoría de la veces asintomática, por lo que la paciente puede permanecer meses o años antes de que se le realice el diagnóstico de perforación⁶. Ocasionalmente pueden perforar órganos adyacentes como rectosigmoides, vejiga, apéndice, colon, intestino delgado e incluso parénquima ovárico, con una frecuencia de 0,1 a 0,9% del total de perforaciones, estas habitualmente son sintomáticas y requieren tratamiento.⁷⁻⁸ Son factores condicionantes de perforación uterina el tamaño y posición del útero al momento de la inserción, malformaciones congénitas uterinas, tipo de DIU y experiencia del operador.⁴⁻⁵

En el artículo clásico de Dalton y Cols de 1975 se refieren los factores necesarios para la aparición de litiasis en vías urinarias secundaria a cuerpos extraños, donde menciona: "pueden aparecer sin infección. La infección por microorganismos degradadores de urea favorece su formación. La acidificación y dilución de orina, así como la diuresis, inhiben la formación de litiasis por cuerpos extraños."⁹ Casi todos los tipos de sutura conocidos sirven de base para la formación de litiasis.

Por otra parte, se mencionan las teorías de migración ¹⁰, que se explican por: contracciones uterinas; contracciones vesicales; peristalsis y movimiento de líquido peritoneal.

La detección de cálculos vesicales en la mujer debe hacer sospechar la presencia de un cuerpo extraño que actúe como lugar de depósito de sales (depósito de calcio en el cobre), así como las infecciones urinarias a repetición, dado que tanto la perforación uterina como la migración del dispositivo pueden ser absolutamente asintomáticas¹¹. La presencia de un DIU en la vejiga debe hacer plantear la posibilidad que este haya llegado ahí por migración y/o perforación tanto de útero como de vejiga, al momento de la inserción¹².

El objetivo de este trabajo es la presentación y manejo de dos pacientes portadores de DIU intravesical, uno de ellos con litiasis asociada.

Pacientes

Paciente 1:

Paciente de 42 años con antecedentes de salud anterior y que hace aproximadamente 20 años atrás refiere la colocación de un DIU ya que las tabletas anticonceptivas estaban ocasionando en ella reacciones adversas. Hace año y medio comenzó con cuadro de dolor lumbar izquierdo, sepsis urinaria baja a repetición y hematuria microscópica y macroscópica, por lo que acudió a la Consulta de Urología donde, después de un interrogatorio detallado, se procedió al examen físico urológico y a la indicación de los complementarios generales. De todos los complementarios indicados se obtuvo como positivo el parcial de orinas donde se constató la hematuria y el ultrasonido donde se apreciaba el dispositivo intravesical y adherido a este una gran masa litiásica. Con estos datos se decide realizar rayos x Tracto Urinario Simple (fig.1) y cistoscopia que pensábamos no solo iba a ser diagnóstica sino terapéutica. No obstante se intentó su

extracción endoscópica siendo infructuosa por el tamaño del cuerpo extraño (fig. 2). realizándose cistolitotomía como tratamiento definitivo.

Paciente : 2

Paciente de 33 años con antecedentes de salud que posterior a un embarazo y parto eutócico hace aproximadamente 10 años decide tener el DIU como método anticonceptivo. Hace más menos 1 año comienza con dismenorrea y pérdida de peso, por lo que acude al ginecólogo quien posterior a su estudio le diagnostica un adenocarcinoma uterino programando su intervención quirúrgica. En los complementarios realizados se aprecia anemia y en el tracto urinario simple se observa la presencia del DIU en el área donde se proyecta la vejiga (fig 3). En la cistoscopia previa a la intervención se corrobora la presencia del DIU intravesical realizándose su extracción endoscópica (fig. 4). Es bueno destacar la ausencia de sintomatología urológica en este caso y este es uno de los puntos que nos hace interesante su presentación.

Discusión

En la mayoría de los casos descritos en la literatura de este tipo de pacientes el diagnóstico se realizó como hallazgo al estudiar pacientes con variada sintomatología urinaria baja y no por una sospecha primaria de la migración de un DIU¹³⁻¹⁴, generalmente se trata de pacientes jóvenes. Los ginecólogos serían los llamados al diagnóstico precoz de estas, especialmente cuando se extravía un DIU y no existe seguridad de su expulsión. 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 los 5 años posteriores a la inserción y el intervalo entre la inserción y la remoción del DIU varía entre 6 meses a 16 años¹⁵.

En cuanto al diagnóstico, la primera prueba de imagen suele ser la radiografía simple de abdomen, la cual es suficiente para valorar la localización ectópica del DIU y la presencia o no de cálculos asociados.¹

La ecografía es una prueba muy precisa para determinar la localización intrauterina del DIU, que debe estar a menos de 2 cm del fondo uterino. La sensibilidad de la ecografía disminuye cuando el

DIU está migrado ya que su localización se dificulta por interposición de asas del intestino y del omento. Aun así conserva su sensibilidad en perforaciones parciales en las que el DIU aparece claramente excéntrico en la cavidad uterina, en las perforaciones completas en las que el DIU se mantiene próximo al reborde uterino y en la migración vesical. A pesar de sus limitaciones, dada su buena disponibilidad y su inocuidad, sigue siendo un método de primera línea.¹⁻¹⁶

Existen pocas referencias en la literatura sobre el uso de la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) en perforaciones uterinas por DIU. Esta técnica podría ser de utilidad en los casos en los que tras una perforación uterina no sea posible precisar la localización del DIU mediante otras técnicas de imagen, así como en la valoración de posibles complicaciones causadas por la perforación.¹⁷⁻¹⁸

La cistoscopia, además de ser la técnica terapéutica de elección, es el método definitivo para el diagnóstico, identificando las litiasis, el material del DIU y las complicaciones.¹⁹

También existen otros métodos terapéuticos tales como: extracción suprapúbica mediante la cistotomía, en la actualidad se aboga por el manejo laparoscópico de estos casos sobre todo en aquellos casos donde hay perforación parcial de la vejiga con incrustaciones litiásicas.²⁰⁻²¹

Conclusiones

La migración del DIU a vejiga parece ser una complicación de baja frecuencia, sin embargo cuando nos enfrentamos a mujeres con síntomas de irritación vesical, infecciones urinarias recurrentes o persistentes y aun más, en mujeres con litiasis vesical, se debe considerar entre los diagnósticos diferenciales.

La mayoría de estas pacientes suelen cursar con síntomas muy aparatosos, sin embargo otras como en nuestra casuística se presentan de forma silente o son enmascarados por otra patología asociada.

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. McNamara M, Kennan N, Buckley AR, Copper-7 perforation of de uterus and urinary bladder with calculus formation-sonographic demonstration. Br J Radiol. 1985;58:558-9.
2. Zarhi J, Vacca F, Jarsún J, Sepúlveda JP, Zapata L. DIU Abdominopelvico: Manejo laparoscópico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(6):369-374.
3. Insausti Jaca N, Aránzazu U, Ibáñez Alonso S, Atilano Santos L, Aguinaga Alexanco A. Perforación útero-vesical secundaria a un dispositivo intrauterino con formación de litiasis vesical: A propósito de dos casos. Soc Esp Radiol Med. 2007;49(2):129-132.
4. Pascual Regueiro D, García de Jalón Martínez A, Mallén Mateo, et al. Cuerpos Extraños Intravesicales. Revisión de la Literatura. Actas Urol Esp , 2003; 27:265-273.
5. Swana HS, Foster HE Jr. Erosion of malleable penile prosthesis into bladder. J Urol, 1997; 157: 2259-2260.
6. Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Europ J Contracept Reprod Health Care. 2003; 8:150-5.
7. Sánchez Salabardo D, Cuesta Presedo JM. Cuerpo extraño intravesical. Actas Urol Esp, 2006; 30: 646.
8. Sukkarieh T, Smaldone M. Multiple Foreign Bodies In The Anterior And Posterior Urethra. International Braz J Urol, 2004; 30: 219-220.
9. Dalton DL, et al. Foreign bodies and urinary stone. Urology. 1975; 6: 1.
10. Eke N. Extrauterine translocated contraceptive device: a presentation of five cases and revisit of the enigmatic issues of

- iatrogenic perforation and migration. Afr J Reprod Health. 2004; 7(3): 117-23.
11. Istanbulluoglu MO, Ozcimen EE, Bulent Ozturk, Uckuyu A, Cicek T, Gonen M. Bladder perforation related to intrauterine device. J Chin Med Assoc 2008;71(4):207-9.
 12. Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices: I Classification complications mechanism incidence and missing string. Obstet Gynecol Surv 1981;36(7):335-53.
 13. Woods M, Wise HM. An unusual cause of cystolithiasis: A migrant intrauterine device. J Urol. 1980;124(5): 720-1
 14. Maskey CP, Rahman M, Sigdar TK, Johnsen R. Vesical calculus around an intra-uterine contraceptive device. Br J Urol. 1997;79(4): 654-5
 15. Dietrick D, Muta I, Intravesical migration of intrauterine device. J Urol. 1992;147:1232-4.
 16. Sindos M, Pisal N, Setchell M, Singer A. Tubal migration: A rare complication of an intrauterine contraceptive leading to formation of a hydrosalpinx. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:1109-10.
 17. Shellock FG. New metallic implant used for permanent contraception in women: evaluation of MR safety. AJR. 2002;178:1513-6.
 18. Mark AS, Hricak H. Intrauterine contraceptive devices: MR imaging. Radiology. 1987;162:311-4.
 19. Eskandar OS, Ecford SD. Intravesical migration of a Gynefix intrauterine device. J Fam Reprod Health Care. 2003;29:237-8.
 20. Khan ZA, Khan SA, Williams A, Mobb GE. Intravesical migration of levonorgestrel-releasing intrauterine system

(LNG-IUS) with calculus formation. Eur J Contracept Reprod Health Care 2006;11(3):243-5.

21. Salazar A, Orellana N, Cortes M, Montiglio C. Litiasis vesical secundaria a dispositivo intrauterino incrustado en pared vesical: revisión de 2 casos clínicos. Rev Chil Urol 2002;67(1):85-6.

Anexos

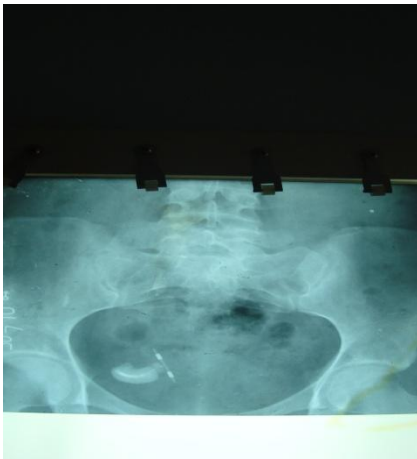


Fig 1. Tracto urinario simple de la paciente 1 donde se muestra el DIU con la litiasis adherida.



Fig 2. El DIU y la litiasis extraída de la paciente No. 1.



Fig 3. Tracto urinario simple de la paciente No. 2



Fig 4. Imagen endoscópica del DIU y la calcificación intravesical de la paciente No. 2