

## Casos Clínicos

# Dispositivo intrauterino intravesical en expulsión en embarazo de tercer trimestre: reporte de un caso

*Ernesto Perucca P.*<sup>1</sup>, *Valentina Rojas R.*<sup>2</sup>, *Moisés León V.*<sup>a</sup>, *Eduardo Cuellar J.*<sup>1</sup>, *Pilar Rivera A.*<sup>2</sup>, *Nicolás Escorza L.*<sup>a</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Medicina Materno Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Barros Luco Trudeau. <sup>2</sup> Programa de Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile.

<sup>a</sup> Alumno, Escuela de Medicina, Universidad de Chile.

## RESUMEN

Se estima que en el mundo cerca de 160 millones de mujeres son usuarias de dispositivos intrauterinos (DIU), siendo Chile uno de los países con más alta tasa, con cerca del 70% de las usuarias en el sistema público. Sin embargo, su uso no está exento de complicaciones. Presentamos un caso infrecuente de DIU intravesical en expulsión en gestante de 28 semanas.

**PALABRAS CLAVE:** *DIU, perforación vesical, migración intravesical, embarazo*

## SUMMARY

In the world, about 160 million women are users of intrauterine devices (IUD); Chile is one of the countries with the highest rate, with about 70% of users in public system. However, its use may be complications. We present an unusual case of intravesical IUD expulsion in 28 weeks pregnant.

**KEY WORDS:** *IUD, bladder perforation, intravesical migration, pregnancy*

## INTRODUCCIÓN

En el mundo cerca de 160 millones de mujeres son usuarias de dispositivo intrauterino (DIU), de las cuales unos 8 millones corresponden a DIU con levonorgestrel. Chile es uno de los países con más alta tasa de uso, bordeando el 70% de las usuarias de anticonceptivos en control en el sistema público (1).

Su uso no está exento de complicaciones; se ha relacionado con aborto séptico, absceso pélvico, embarazo ectópico, perforación uterina y migración a órganos pélvicos adyacentes. La migración a la vejiga es infrecuente, han sido reportado cerca de

20 casos en la literatura, con la posterior formación de calcificación intravesical (2,3,4).

La perforación uterina es una de las complicaciones menos comunes, 1-3 por cada 1000 inserciones, pero una de las más serias, aumentando principalmente al insertar el DIU durante el puerperio (5). La perforación puede ser completa (atravesar todas las capas del endometrio) o incompleta, quedando el dispositivo alojado en el espesor de la pared uterina. Desde esta localización, ya sea en la cavidad peritoneal como en la pared uterina, el DIU puede migrar hacia órganos vecinos en la pelvis, siendo los más comunes peritoneo, omento,

apéndice y colon (6).

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 asintomáticas (7). 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 inserción (6).

Si posterior a la inserción del DIU, éste no es detectado, por examen clínico y/o por ultrasonografía, se debe plantear la posibilidad haya ocurrido una perforación uterina o una colocación anómala (8,9). La realización de una radiografía de abdomen y pelvis puede indicar la localización intra o extrapelviana del dispositivo. La ultrasonografía ginecológica es muy útil en la visualización de útero y anexos, pero no proporciona una buena evaluación de la vejiga en caso de sospechar mala inserción con perforación de útero y vejiga, en este caso se recomienda una ecografía transabdominal, que permitiría una mejor visualización del DIU intravesical (10).

Reportamos un caso de DIU intravesical diagnosticado durante un embarazo de 28 semanas

### Caso clínico

Paciente de 22 años, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo de 28 semanas. Acude al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) por presentar disuria, polaquiuria y tenesmo vesical de una semana de evolución. Al examen físico se pesquiza cuerpo extraño en uretra, correspondiendo a guías de DIU, por lo que se envía al Servicio de Urgencia del Hospital Parroquial de San Bernardo.

Evaluada en este centro por médico de urgencia, se constata presencia de guías del DIU y vástago protruyendo por orificio uretral externo. Se intenta remoción del dispositivo sin éxito, por lo que se deriva al Servicio de Urgencia Maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau. Al ingreso la evaluación obstétrica es fisiológica. Se realiza examen físico destacando útero grávido en reposo. A la inspección de genitales externos, se observan guías y vástago de dispositivo protruyendo por orificio uretral (Figura 1). Se realizan exámenes de rutina, donde destaca hematuria macroscópica y uratos amorfos en regular cantidad. Parámetros sépticos normales. A la anamnesis dirigida refiere que hace 3 años se insertó DIU tipo TCu en su consultorio. Al mes siguiente, se realiza ecografía ginecológica transvaginal pos inserción que no muestra eviden-

cia de éste en la cavidad uterina. Se indica anticoncepción oral. En el periodo posterior a la inserción, refiere haber presentado infecciones urinarias a repetición tratadas en atención primaria.



Figura 1. Guías y vástago de DIU protruyendo por meato uretral.

Se decide hospitalizar en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, solicitando evaluación por urólogos quienes sugieren retiro del DIU bajo visión cistoscópica. Durante la intervención, se evidencia DIU tipo TCu libre en vejiga, con litiasis en sus brazos. Se liberan las litiasis con pinzas y posterior extracción con pinza flexible (Figura 2). La paciente evoluciona favorablemente posterior al procedimiento, con curso normal del embarazo, con control en urología posparto.

### DISCUSIÓN

La presencia de DIU en vejiga causa irritación de la pared vesical, manifestado por hematuria, dolor abdominal bajo e infecciones urinarias a repetición. Estos síntomas pueden estar presentes entre 3 a 60 meses pos inserción (4) o presentarse asintomático como hallazgos en un examen de rutina (11,12). En el caso expuesto, nuestra paciente presentó los síntomas descritos.

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 (9,13). Postulamos que

este mecanismo ocurrió en nuestra paciente, debido a no encontrarse in situ al control ecográfico efectuado al mes de la inserción.

El riesgo de perforación uterina aumenta en el puerperio o fuera de la menstruación y predispone a la migración del DIU (14).



Figura 2. DIU extraído desde vejiga a través de cistoscopia, se observa litiasis en uno de sus brazos.

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 (15).

La técnica usada para la remoción del DIU de la vejiga puede ser por cistoscopia o laparotomía, dependiendo de las condiciones en que se encuentre el dispositivo intravesical. La presencia de cálculos de gran tamaño, dispositivos parcialmente incluidos en la pared y presencia de fístulas genito urinarios, hace aconsejable la extracción del DIU por laparotomía/cistotomía. En caso de encontrarse el DIU íntegramente dentro de la vejiga, el procedimiento cistoscópico será de elección (16).

## CONCLUSIÓN

Siempre debe descartarse la migración de un dispositivo intrauterino cuando el control posterior a la inserción, clínico y/o ecográfico, no lo ubica dentro de la cavidad uterina, especialmente si fue inserto sin menstruación o en el puerperio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations Population Division. World Contraceptive Use, 2005.
2. Özçelik B, Serin IS, Basbug M, Aygen E, Ekmekçioglu O. Differential diagnosis of intra-uterine device migrating to bladder using radiographic image of calculus formation and review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;108(1):94-6.
3. Thomalla JV. Perforation of urinary bladder by intrauterine device. *Urology* 1986;27(3):260-4.
4. Dietrick DD, Issa MM, Kabalin JN, Bassett JB. Intravesical migration of intrauterine device. *J Urol* 1992;147(1):132-4.
5. Atakan H, Kaplan M, Ertrk E. Intravesical migration of intrauterine device resulting in stone formation. *Urology* 2002;60(5):911.
6. 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.
7. Istanbuluoglu 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.
8. Sepúlveda WH, Ciuffardi I, Olivari A, Gallegos O. Sonographic diagnosis of bladder perforation by an intrauterine device. A case report. *J Reprod Med* 1993;38(11):911-3.
9. 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.
10. McNamara M, Kennan N, Buckley AR. Copper-7 perforation of the uterus and urinary bladder with calculus formation-sonographic demonstration. *Br J Radiol* 1985;58(690):558-9.
11. Salazar A, Orellana N, Cortés 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.
12. Singh I. Intravesical Cu-T emigration: an atypical and infrequent cause of vesical calculus. *Int Urol Nephrol* 2007;39(2):457-9.
13. Caliskan E, Öztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8(3):150-5.
14. Dede FS, Dilbaz B, Sahin D, Dilbaz S. Vesical calculus formation around a migrated copper-T 380-A. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11(1):52-2.
15. Nouira Y, Rakrouki S, Gargouri M, Fitouri Z, Horchani A. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: a report of six cases. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(5):575-8.
16. El-Hefnawy AS, El-Nahas AR, Osman Y, Bazeed MA. Urinary complications of migrated intrauterine contraceptive device. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(2):241-5.