

Migración de un Dispositivo Intrauterino a la Vejiga: Reporte de un Caso

Migration of an Intrauterine Device to the Bladder: A Case Report

Fecha de recepción: Julio 24, 2021, **Fecha de aceptación:** Noviembre 11, 2021, **Fecha de publicación:** Noviembre 18, 2021

**Javier Antonio Reyes Quan^{1*},
Lorem Yudith Bustillo²,
Dennis Chirinos³**

- ¹ Departamento de Postgrado Residente de Tercer Año de Cirugía General, Hospital Escuela Universidad, Honduras
- ² Departamento de Médico General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela Universitaria, Honduras
- ³ Departamento de Especialista en Cirugía General y Urología, Magíster en Administración Hospitalaria, Hospital Escuela Universidad, Honduras

*Correspondencia:

Javier Antonio Reyes Quan

Tel: 50431796520

✉ jareq_9@hotmail.com

Resumen

El dispositivo anticonceptivo intrauterino (IUCD) es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y seguros. El dispositivo anticonceptivo intrauterino puede perforar la pared uterina y migrar a los órganos pélvicos o abdominales. La presentación clínica puede variar desde pacientes asintomáticos, síntomas urinarios, hasta dolor abdominal agudo con perforación de vísceras huecas. Cuando hay migración del dispositivo anticonceptivo intrauterino, la extracción es obligatoria debido a sus posibles complicaciones.

El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más seguros y eficaces. El dispositivo intrauterino puede perforar la pared uterina y migrar a los órganos pélvicos o abdominales. Su presentación clínica es variable, desde casos asintomáticos, sintomatología urinaria inespecífica, hasta un abdomen agudo con perforación de la víscera hueca. Los DIU que han salido de la cavidad uterina siempre deben extraerse debido a posibles complicaciones.

Se trata de una paciente de 27 años, 3 gestaciones, 2 cesáreas, 1 aborto, con cuadro urinario de 5 meses de evolución, sin mejoría con antibioterapia empírica. En el examen ginecológico, no se observaron las roscas del dispositivo a través del cuello uterino. Se realizó ecografía transvaginal, encontrando DIU en el interior de la vejiga. La cistoscopia reveló el dispositivo incrustado en la pared lateral de la vejiga, con un intento fallido de extraerlo por esta vía. Se realizó una cistectomía abierta con la extracción exitosa del dispositivo.

Palabras claves: Dispositivo intrauterino; Migración intravesical

Abstract

The Intrauterine Contraceptive Device (IUCD) is one of the most effective and safe contraceptive methods. The intrauterine contraceptive device can perforate the uterine wall and migrate to pelvic or abdominal organs. The clinical presentation may vary from asymptomatic patients, urinary symptoms, to acute abdominal pain with hollow viscera perforation. When migration of the intrauterine contraception device is present, removal is mandatory due to its potential complications.

The Intrauterine Device (IUD) is one of the safest and most effective contraceptive methods. The intrauterine device can pierce the uterine wall and migrate into the pelvic or abdominal organs. Its clinical presentation is variable, from asymptomatic cases, nonspecific urinary symptoms, to an acute abdomen with perforation of the hollow viscus. IUDs that have migrated out of the uterine cavity should always be removed due to possible complications.

This is a 27-year-old patient, 3 gestations, 2 cesarean sections, 1 abortion, with urinary symptoms of 5 months of evolution, without improvement with empirical antibiotic therapy. At gynecological examination, the threads of the device were not observed through the cervix. Transvaginal ultrasound was performed, finding IUD inside the bladder. Cystoscopy revealed the device embedded in the lateral wall of the bladder, with an unsuccessful attempt to remove it by this route. Open cystectomy was performed with successful removal of the device.

Keywords: Intrauterine Device; Intravesical Migration

Introducción

Los anticonceptivos a largo plazo, como el dispositivo intrauterino (DIU), se encuentran entre los métodos anticonceptivos más seguros y eficaces para prevenir el embarazo [1]. Su popularidad ha ido en aumento y se estima que es utilizado por aproximadamente el 14,3% de las mujeres en edad fértil en todo el mundo [2]. A pesar de que la perforación uterina es rara, representa una de las mayores complicaciones en el momento de su colocación y se ha asociado con la migración del dispositivo a los órganos pélvicos y abdominales [3]. La tasa de perforación uterina en el momento de su colocación es de 1,9 a 3,6 por 1000 colocaciones [4]. La mayoría de las perforaciones ocurren con el procedimiento en el momento de la inserción, aunque algunos informes sugieren que aproximadamente la mitad de los casos se identifican dentro de un año de colocación [5].

La presentación clínica después de la perforación y la migración es muy variable. Muchas pacientes se encuentran asintomáticas, algunas con síntomas, dolor abdominal y / o pélvico, otras presentan un embarazo como una falla del método anticonceptivo [6]. Un pequeño número de pacientes se presenta con abdomen agudo, obstrucción intestinal o perforación de la víscera hueca [7].

Se han reportado casos en la literatura de perforación de órganos abdominales que incluyen vejiga, colon sigmoide, apéndice e intestino Delgado [8]. Cuando hay migración del dispositivo intrauterino, es obligatorio retirarlo debido a sus posibles complicaciones. Dependiendo de su ubicación, el primer paso aceptado para la extracción del dispositivo debe ser un abordaje laparoscópico [6]. Puede ser necesaria una laparotomía si el dispositivo está incrustado en las vísceras o rodeado de adherencias [8].

Presentación del Caso

Se trata de una paciente femenina de 27 años, con 3 embarazos previos, 2 cesáreas y legrado por embarazo molar, que fue remitida al servicio de urología por antecedentes de disuria,

poliaquiuria, dispareunia y dolor suprapúbico de 5 meses. Evolución, negando leucorrea o sangrado transvaginal. El paciente había recibido tratamiento antibiótico empírico por infección urinaria sin mejorar. Paciente con antecedente de haber colocado un dispositivo intrauterino T de cobre hace 18 meses, sin evaluaciones posteriores del mismo (Figura 1).

En el examen físico no se encontraron datos de irritación peritoneal. El examen ginecológico no mostró los hilos del dispositivo intrauterino saliendo del cuello uterino. El holograma no mostró leucocitosis y la prueba de orina no fue patológica. Se realizó una ecografía transvaginal por parte del servicio de



Figura 1 Radiografía que muestra la presencia del DIU.



Figura 2 Fotografía intraoperatoria de la ubicación del dispositivo dentro de la vejiga.

radiología, que informó la ausencia del dispositivo dentro del útero, visualizando una estructura ecogénica dentro de la vejiga.

Se realizó cistoscopia, encontrándose el dispositivo intrauterino T de cobre incrustado en la pared lateral izquierda de la vejiga, con cierto grado de calcificación. Se intentó quitar el dispositivo durante el procedimiento sin éxito porque estaba integrado. La paciente fue sometida a una cistectomía suprapúbica abierta, encontrándose el dispositivo incrustado en la pared, se retiró sin complicaciones, realizándose cierre primario de la cistectomía (Figura 2).

El paciente fue dado de alta al tercer día. Los síntomas urinarios y el dolor abdominal se resolvieron por completo en el seguimiento 4 semanas después.

Discusión

El dispositivo intrauterino es el método anticonceptivo reversible más utilizado en el mundo debido a su seguridad, costo y efectividad [9]. Una complicación importante, aunque rara, es la perforación uterina con migración del dispositivo a los órganos pélvicos o abdominales [3,5]. El mecanismo exacto de migración no está claro. Existe consenso en que el mecanismo común es que el dispositivo se inserte a la fuerza ya través de la pared uterina al momento de la inserción [10]. La erosión y perforación secundarias pueden ocurrir en cualquier momento después de la inserción, lo que resulta en una migración lenta a través de la pared muscular del útero y la vejiga [11].

Los factores que influyen en la perforación uterina incluyen: poca experiencia del proveedor de colocación, colocación posparto (<6 meses desde el parto), baja paridad [10]. El legrado uterino

previo y las cesáreas anteriores no se han asociado con un mayor riesgo de perforación [12,13]. Se cree que la mayoría de las perforaciones ocurren en el momento de la inserción, pero pueden ocurrir espontáneamente en cualquier momento [3]. La perforación uterina puede ser parcial o completa, dependiendo de si el dispositivo penetró por completo en la pared uterina [10].

La presentación clínica es variable, algunas pacientes están asintomáticas, otras presentan dolor abdominal persistente y sangrado transvaginal posterior a la inserción que puede sugerir perforación en el momento de la inserción [14]. La presentación tardía puede incluir disuria, dispareunia, diarrea intermitente, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva baja, según el sitio de migración [10,15]. Embarazo en presencia de un dispositivo intrauterino, la ausencia de visualización de los hilos a través del cuello uterino requiere una evaluación para descartar la expulsión del dispositivo o un mal posicionamiento. Se debe sospechar una posible migración en pacientes con síntomas urinarios o abdominales dolor [11].

La ecografía transvaginal es el estudio de elección para identificar la presencia del dispositivo intrauterino dentro de la vejiga [16]. La cistoscopia es otro método para visualizar el dispositivo intravesical y, cuando es posible, se prefiere retirar el dispositivo debido a su baja morbilidad y efectividad [17]. También se debe considerar el manejo quirúrgico para retirar el dispositivo intrauterino que ha migrado por vía laparoscópica o con un abordaje abierto [7]. Aunque se prefiere el abordaje laparoscópico debido a la menor morbilidad, los pacientes deben seleccionarse individualmente según el grado de presentación, la ubicación del dispositivo y los síntomas del paciente [6]. La laparotomía puede ser necesaria si el dispositivo está incrustado en las vísceras o rodeado de adherencias [8].

Conclusión

La presentación clínica puede variar desde pacientes asintomáticos, síntomas urinarios, hasta dolor abdominal agudo con perforación de vísceras huecas. Cuando hay migración del dispositivo anticonceptivo intrauterino, la extracción es obligatoria debido a sus posibles complicaciones.

La presencia de síntomas urinarios persistentes en un paciente con un dispositivo intrauterino mal colocado debe alertar sobre la posibilidad de migración de un dispositivo intrauterino a la vejiga.

Referencias

1. Howard B, Grubb E, Lage MJ, Tang B. Trends in use of and complications from intrauterine contraceptive devices and tubal ligation or occlusion. *Reprod Health* 2017; 14:1-7.
2. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K, INTRA Writing Group. Worldwide use of intrauterine contraception: A review. *Contraception*. marzo de 2014; 89:162-73.
3. Gyasi-Sarpong CK, Maison POM, Morhe E, Aboah K, Appiah KA-A, Azorliade R, et al. Intravesical migration of an intrauterine device. *BMC Res Notes* 2016; 9:4.
4. Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003; 29:227-31.

5. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception* 2003; 67:53-6.
6. Uysal G, Nazik H, Tanridan Okçu N, Seyfettinoglu S, Kazgan H. Surgical removal of an extrauterine device migrating to appendix. *Case Rep Med*. 2016; 2016:1-3.
7. Mosley FR, Shahi N, Kurer MA. Elective surgical removal of migrated intrauterine contraceptive devices from within the peritoneal cavity: A comparison between open and laparoscopic removal. *JSLs* 2012; 16:236-41.
8. Mederos R, Humaran L, Minervini D. Surgical removal of an intrauterine device perforating the sigmoid colon: A case report. *Int J Surg* 2008; 6:e60-2.
9. Kand E, Mehmet A, Metin A. Double intrauterine device: Presented with protruding urethral stone. *Marmara Med J* 2008; 21:61-3.
10. Rowlands S, Oloto E, Horwell D. Intrauterine devices and risk of uterine perforation: Current perspectives. *Open Access J Contracept* 2016; 7:19-32.
11. Priyadarshi V, Singh M, Kumar V, Tiwari R, Gupta SK, Sehgal N. An unusual cause of bladder stones in a female: a migrant intrauterine contraceptive device. *UroToday Int J* 2012; 5:62.
12. Caliskan E, Öztürk N, Dilbaz BÖ, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019; 8:150-5.
13. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91:274-9.
14. Mascarenhas MP, Tiraboschi RB, Paschoalin VP, Costa EAP, Bellucci CHS, Junior JB. Exercise-Induced Hematuria as the Main Manifestation of Migration of Intrauterine Contraceptive Device into the Bladder. *Case Rep Urol* 2012; 2012:1-3.
15. Kim T, Chung S, Jeon D. Hematochezia caused by intrauterine device perforation. *Contraception* 2015; 91:430.
16. Nowitzki KM, Hoimes ML, Chen B, Zheng LZ, Kim YH. Ultrasonography of intrauterine devices. *Ultrasonography* 2015; 34:183-94.
17. Vagholkar S, Vagholkar K. Secondary vesical calculus resulting from migration of an intrauterine contraceptive device. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012; z2012:1-3.