

INFORME DE CASO

Abordaje endoscópico de litiasis vesical secundaria a migración de dispositivo intrauterino. Informe de caso

Dr. Alberto Alcántara Paisán, Dr. Luis Enrique Pérez Moreno, Dr. Yelían Peña Moya

Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

La litiasis vesical secundaria a la migración de un dispositivo intrauterino a la vejiga no es frecuente y se manifiesta por síntomas irritativos urinarios bajos y hematuria en una paciente que desconoce el paradero de su anticonceptivo. Para la extracción de los anticonceptivos se utilizan la intervención quirúrgica abierta y la laparoscópica tanto como el abordaje transuretral endoscópico o la extracción mediante cistostomía percutánea. Se presenta una paciente femenina de 48 años con masa litiásica en forma de T por detrás del trigono, hacia el fondo vesical, fija a la mucosa. Se le realizó una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que resultó factible pues se realizó litofragmentación y la extracción endoscópica de las concreciones calculosas y el dispositivo anticonceptivo, sin complicaciones para la paciente, que se reincorporó rápidamente a la vida social.

Palabras clave: cálculos de la vejiga urinaria; cuerpos extraños; procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos

ABSTRACT

Bladder lithiasis secondary to the migration of an intrauterine device to bladder is not frequent and it is manifested by low urinary irritative symptoms and haematuria in a patient who does not know the whereabouts of her contraceptive. For the extraction of contraceptives, open surgery and laparoscopic surgery are used as well as the transurethral endoscopic approach or extraction by percutaneous cystostomy. It is presented a female patient of 48 years old with a T-shaped lithiasis mass behind the trine, towards the bladder fund, fixed to the mucosa. A little invasive surgical procedure was performed, that was feasible because it was made a litofragmentation and the endoscopic extraction of the calculus concretions and the contraceptive device, without complications for the patient, who quickly rejoined the social life.

Key words: urinary bladder calculi; foreign bodies; minimally invasive surgical procedures

INTRODUCCIÓN

La litiasis vesical secundaria se forma en el reservorio vesical y requiere la existencia de condiciones patológicas previas que pueden ser la obstrucción crónica con orina de éxtasis, las vejigas atónicas con grandes residuos vesicales o cuerpos extraños introducidos en la vejiga.¹

La etiología de cuerpos extraños vesicales comprende iatrogenia, traumatismos y migración de órganos adyacentes (suturas no reabsorbibles, gases y dispositivos intrauterinos) o cuando, por trastornos psiquiátricos, el paciente es capaz de introducirse varillas, lápices o segmentos de alambre.¹⁻³

El anticonceptivo intrauterino es el segundo sistema de planificación familiar más usado en el mundo después de la esterilización femenina y es más popular en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados.

Desde que comenzó su uso se han informado varias complicaciones debidas a su empleo: dismenorrea, hipermenorrea, infecciones pélvicas, embarazo, aborto espontáneo, ruptura uterina y migración a los órganos vecinos.⁴

La migración de un dispositivo intrauterino (DIU) a la vejiga, con la consecuente formación de una litiasis, es infrecuente.^{2,4} Las pacientes se presentan con síntomas irritativos de vaciamiento, chorro urinario intermitente, infección urinaria, hematuria y dolor pélvico. La exploración física no es reveladora y un gran por ciento de los cálculos intravesicales son radiotransparentes.^{1,4,5}

Para su extracción se utilizan tanto la intervención quirúrgica abierta y la laparoscópica como el abordaje transuretral endoscópico o la extracción mediante cistostomía percutánea. La tendencia actual es el uso de técnica de mínima invasividad con método de fragmentación y extracción endoscópica.^{1,3,6,7}

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente femenina de 48 años, con antecedentes patológicos personales de salud y obstétricos y ginecológicos de seis embarazos, tres partos y tres abortos espontáneos. En el año 2000 se le colocó un dispositivo anticonceptivo intrauterino tipo T y en 2011 presentó un dolor pélvico que se irradiaba al miembro inferior derecho y sangrado vaginal ligero. Fue a la Consulta de Ginecología del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, y el Especialista decidió retirar el dispositivo anticonceptivo intrauterino y le impuso tratamiento médico; la paciente mejoró. Ocasionalmente presentaba dolores pélvicos con irradiación al miembro inferior derecho que fueron interpretados clínicamente como enfermedad inflamatoria pélvica; se le indicaron analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos.

En septiembre de 2014 presentó un dolor similar al antes descrito, pero de mayor intensidad, que se acompañaba de disuria, polaquiuria, urgencia miccional y hematuria terminal. Volvió a la Consulta de Ginecología y el Especialista le indicó un ultrasonido ginecológico que mostró una imagen que impresionaba un dispositivo anticonceptivo tipo T que no se encontraba dentro del útero; una radiografía de abdomen simple mostró una imagen radiopaca en la cavidad pelviana en forma de T. Durante una laparoscopia diagnóstica y terapéutica no se observó el dispositivo y se realizaron una lisis de bridas y la esterilización quirúrgica por electrocoagulación de trompas de Falopio.

La paciente, recuperada del procedimiento laparoscópico, sintió mejoría clínica y no volvió a consulta hasta noviembre de 2015 que presentó disuria, polaquiuria,

urgencia miccional, dolor pélvico y hematuria terminal; de su área de salud fue remitida a la Consulta de Urología del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". El Especialista en Urología constató síntomas irritativos urinarios; el examen físico fue negativo. Por sus antecedentes valoró la probabilidad de que el dispositivo anticonceptivo intrauterino estuviera en la vejiga, lo trató como una infección urinaria baja y le indicó estudios de laboratorio e imagenológicos.

Complementarios:

Hematocrito: 0,46vol/%

Leucograma: $7,9 \times 10^9/l$

Polimorfos: 0,44

Linfocitos: 0,56

Glicemia: 6,2mmol/l

Creatinina: 95mmol/l

Urocultivo y cultivo de exudado vaginal: sin crecimiento bacteriano.

Coagulograma: normal.

Ultrasonido renal, abdominal, vesical y ginecológico: riñones en su posición normal, sin alteración, con buena relación corticomedular, no litiasis renal, ni dilatación pielocalicial, hígado y bazo sin alteración, no líquido libre en cavidad. Vejiga de paredes regulares y de grosor normal con presencia de imagen hiperecogénica que impresiona un DIU. Útero de 8 x 3,4 cm, endometrio lineal, anejos normales, no presencia de dispositivo anticonceptivo dentro del útero.

En enero de 2016 se le realizó una cistoscopia diagnóstica que informó: paso de cistoscopio, sin dificultad, orinas claras, trígono sin alteración, meatos visibles sin alteración. Masa litiásica en forma de T por detrás del trígono, hacia el fondo vesical, que estaba fija a la mucosa vesical. Impresión diagnóstica: cuerpo extraño intravesical, dispositivo anticonceptivo calcificado (figura 1).



Figura 1. Cistoscopia: imagen en forma de T calcificada

Una radiografía de pelvis ósea mostró una imagen radiopaca en forma de T calcificada (figura 2).

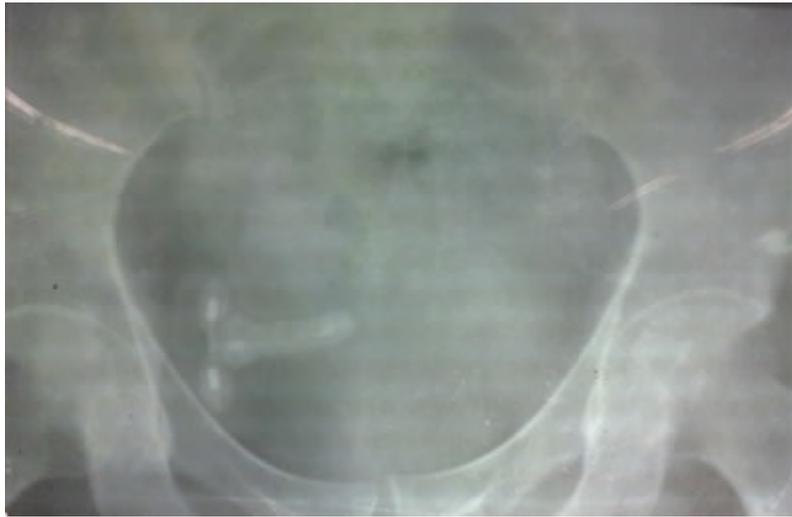


Figura 2. Radiografía: imagen en forma de T calcificada

Después de la consulta con el Especialista en Anestesiología se decidió realizar, en abril de 2016, de forma ambulatoria y bajo anestesia, una cistoscopia y la litofragmentación y la extracción del cuerpo extraño por vía endoscópica (figura 3).



Figura 3. Cuerpo extraño extraído de la vejiga y restos de calcificaciones que lo cubrían

Técnica quirúrgica

Previas antibioprofilaxis con cefazolina, asepsia y antisepsia se colocaron los paños de campo y se pasó cistoscopio número 20 Fr; se observó, por detrás del trigono vesical, una masa litiásica en forma de T movable, pero fija por la guía a la

mucosa vesical. Con la ayuda del cistoscopio se realizó la litofragmentación hasta dejar el dispositivo libre de concreciones calculosas; los restos de litiasis fueron litofragmentados de igual forma. Se realizó lavado vesical con bomba de Hellik para la extracción de los restos de litiasis. Con pinza de trabajo se extrajo el dispositivo anticonceptivo y los fragmentos que no salieron con el lavado vesical. Se comprobó la integridad de la mucosa vesical y se colocó una sonda Foley 20 Fr por 24 horas. La paciente fue egresada asintomática y sin complicaciones con tratamiento antibiótico por 7 días; en el postoperatorio evolucionó satisfactoriamente evaluándose a los quince días con urocultivo sin crecimiento bacteriano, al mes y los tres meses manteniéndose asintomática.

COMENTARIO FINAL

La migración de un dispositivo intrauterino a la vejiga, con la consecuente formación de una litiasis, es infrecuente; no obstante, se debe pensar en esta posibilidad ante la cronicidad de síntomas urinarios irritativos bajos en toda mujer que emplee este método anticonceptivo y desconozca su paradero. Para su extracción se utilizan diferentes opciones terapéuticas, pero la intervención quirúrgica de mínimo acceso ofrece ventajas evidentes frente a la clásica porque presentan menor dolor postoperatorio, más rápida recuperación a la vida normal, mejores resultados estéticos y menor tasa de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarrea Masvidal E, Castillo Rodríguez M. Litiasis urinaria [Internet]. En: Colectivo de autores. Temas de Urología. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 176-189 [citado 14 May 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_urologia/tema10.pdf
2. Gómez Pérez L, Becerra Pérez A, Rivero Araújo AV, Castañeda Álvarez E. Vejiga perforada por dispositivo intrauterino. Presentación de 1 caso. Rev Cubana Cir [Internet]. 2001 [citado 15 Nov 2016]; 40(1):56-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v40n1/cir10101.pdf>
3. Parejo V, Muñoz J, García Rojo D, Capdevila M, Abad C, Vicente C, et al. Cuerpo extraño intravesical calcificado: extracción endoscópica usando una técnica mínimamente invasiva mediante cistostomía percutánea [Internet]. XXVI Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica de la AEU. Sabadell 2016; 28 y 29 de enero [citado 4 Abr 2016]. Disponible en: http://www.aeu.es/aeu_webs/reuniones/lel2016/resumenGR.aspx?Sesion=4&Numero=V-13
4. Rodríguez Collar TL, Gil del Valle Y, Valdés Estévez B, Barquín Carmona VO, Monzón JA. Litiasis vesical secundaria a migración de dispositivo intrauterino. reporte de un caso. Arch Esp Urol. 2008;61(5): 640-643.
5. Stoller ML, Bolton DM. Litiasis urinaria. En: McAninch JW, Lue TF. Urología General. 18 ed. México: McGraw Hill; 2013. p. 281-310.
6. Morales I, Garrido C, Morales C, Donetch P. Manejo de cuerpo extraño vesical con láser holmium. Rev Chilena Urol [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2016]; 77(3): [aprox.

6 p.]. Disponible en: https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wp-content/uploads/2015/12/17_Sesion-videos-III.pdf

7. Agirreazaldegui García L, López García JA, Sanz Jaka JP. Tratamiento endoscópico de la litiasis. En: Castiñeiras Fernández J, Carballido Rodríguez A, Franco de Castro L, Gausa Gascón J. Libro del residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2007. p. 799-812.

Recibido: 8-5-2017

Aprobado: 23-8-2017

Alberto Alcántara Paisán. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000 albertoapaisan@infomed.sld.cu