



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Rodríguez Collar, Tomás Lázaro; Gil del Valle, Yamel; Valdés Estévez, Basily; Barquín Carmona, Víctor Osvaldo; García Monzón, José Antonio

Litiasis vesical secundaria a migración de dispositivo intrauterino: Reporte de un caso

Archivos Españoles de Urología, vol. 61, núm. 5, 2008, pp. 640-643

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013950014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS
RECOMENDADAS (*lectura de interés y **
lectura fundamental)**

- **1. SHAJU, L.; VARGHESE, D.N.B.; GARY, D. y cols.: "The prostatic gland: Malignancies other than adenocarcinomas". California, 38: 180, 2000.
- 2. GUY, L.; BEGIN, L.R.; AL-OTHMAN, K. y cols.: "Neuroendocrine cells of the verumontanum: A comparative immunohistochemical study". J. Urol., 82: 738, 1998.
- *3. CHESA, N.; DEL ROSARIO, J.; NUÑEZ, J. y cols.: "Carcinoma endometriode del utrículo prostático". Arch. Esp. Urol., 40: 281, 1987.
- 4. JIMÉNEZ CRUZ, J.F.; RIOJA SANZ, L.A.: "Tratado de Urología". 1965. Prous Science. Tomo IV, Barcelona, 2006.
- *5. ALGABA, F.: "Atlas de patología de los tumores urogenitales. Diagnóstico morfológico y correlación clínico-patológica". 224-225. Pulso ediciones.
- 6. LEE, S.S.: "Endometrioid adenocarcinoma of the prostate: A clinicopathologic and immunohistochemical study". Journal of Surgical Oncology, 55: 235, 1994.
- 7. LLARENA IBARGUREN, R.; LECUMBERRI CASTAÑOS, D.; PADILLA NIEVA, J. y cols.: "Carcinoma ductal prostático". Arch. Esp. Urol., 56: 1054, 2003.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 5 (640-643), 2008

**LITIASIS VESICAL SECUNDARIA A
MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO
INTRAUTERINO. REPORTE DE UN CASO**

Tomás Lázaro Rodríguez Collar, Yamel Gil del Valle, Basily Valdés Estévez, Víctor Osvaldo Barquín Carmona y José Antonio García Monzón.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Dr. Carlos J. Finlay. La Habana. Cuba.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar un caso clínico de litiasis vesical secundaria a la migración de un dispositivo intrauterino, su sintomatología, los medios empleados para su diagnóstico y el tratamiento aplicado.

MÉTODO/RESULTADO. Paciente de 30 años de edad, que al cabo del año de colocarse un dispositivo intrauterino (T de cobre), luego de interrupción de embarazo mediante legrado endometrial, comenzó a presentar síntomas urinarios irritativos bajos. Se le trató durante dos años como si tuviese cistitis infecciosa con varios ciclos de diferentes antibióticos. Por la persistencia de las molestias asiste a la consulta de Urología, y se le detecta, mediante ultrasonido y radiografía ántero-posterior de la pelvis, una litiasis intravesical de cinco por tres centímetros de tamaño, con una T de cobre en su interior. Se le realizó la cistolitotomía suprapúbica, presentando una buena evolución y regresión total de los síntomas.

CONCLUSIÓN. La migración de un dispositivo intrauterino a la vejiga, es una causa infrecuente de litiasis vesical.

Correspondencia

Tomás Lázaro Rodríguez Collar
Hospital Universitario Dr. Carlos J. Finlay.
114 y 31. Marianao.
11500. La Habana. (Cuba).
bhfinlay@infomed.sld.cu

Trabajo recibido: 16 de octubre 2007.

cal secundaria a cuerpo extraño. No obstante, debemos pensar en esta posibilidad ante la cronicidad de síntomas urinarios irritativos bajos, en toda mujer que emplee este método anticonceptivo.

Palabras clave: Litiasis vesical. Dispositivo intrauterino. Cuerpo extraño intravesical.

Summary.- OBJECTIVE: To report one clinical case of bladder lithiasis secondary to the migration of an intrauterine device, its symptoms, diagnostic tests employed and treatment.

METHODS/RESULTS: 30 year old female patient who presented lower urinary tract irritative symptoms. One year before she underwent insertion of an intrauterine device (copper T) after endometrial curettage for pregnancy interruption. She received treatment for infection cystitis over two years, with various antibiotic cycles. The persistence of symptoms led her to the urology clinics, and a 5x 3 cm intravesical lithiasis with a copper T inside was detected by ultrasound and pelvic anterior-posterior x-ray. Suprapubic cystolithotomy was performed with a good outcome and disappearance of the symptoms.

CONCLUSIONS: The migration of an intrauterine device to the bladder is an unfrequent cause of bladder lithiasis secondary to foreign body. Nevertheless, we must consider this possibility in front of chronic lower urinary tract irritative symptoms in every female using this birth control method.

Keywords: Bladder lithiasis. Intrauterine device. Intravesical foreign body.

INTRODUCCIÓN

El anticonceptivo intrauterino es un método contraceptivo que consiste en la introducción, en el interior del útero, de una pequeña pieza, usualmente plástica y flexible, que por sus características físico-químicas, impide el embarazo. Se estima que es el segundo sistema de planificación familiar más usado en el mundo, después de la esterilización femenina, siendo más popular en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados.

Desde que comenzó su uso extensivo en la década de los '60 del siglo pasado, se han reportado varias complicaciones debidas a su empleo, tales como: dismenorrea, hipermenorrea, infecciones pélvicas, embarazo, aborto espontáneo, ruptura uterina y migración a los órganos vecinos (1).

La migración de un dispositivo intrauterino a la vejiga, con la consecuente formación de una litiasis, es infrecuente (2-4), aunque se debe sospechar tal situación clínica ante la persistencia de síntomas urinarios irritativos bajos en una mujer que lo haya usado y desconozca su paradero (5-7).

Presentamos un nuevo caso de litiasis vesical secundaria a la migración de un dispositivo intrauterino, su sintomatología, los medios empleados para el diagnóstico, el tratamiento aplicado y se revisa la literatura referente al tema.

CASO CLÍNICO

Paciente Y. V. L., de 30 años de edad. Ocho años atrás tuvo su primera hija; el embarazo y el parto transcurrieron sin complicaciones.

Hace tres años, se realizó interrupción de embarazo no deseado, mediante legrado endometrial, ocasión en la cual se le colocó una T de cobre como método anticonceptivo. Aproximadamente un año después, comenzó a presentar sintomatología urinaria irritativa baja, consistente en ardor uretral posmiccional, dolor uretral y en el bajo vientre, polaquiuria y urgencia miccional. Asiste a la consulta médica, se le detectó *Escherichia Coli* en cultivos de orina y se le puso tratamiento con varios ciclos de diferentes antibióticos con el diagnóstico de cistitis infecciosa. Los síntomas anteriores se atenúan, pero a las semanas de concluir los referidos tratamientos, regresaban, con mayor intensidad. Finalmente, se agregaron al cortejo sintomático descrito, la interrupción brusca del chorro urinario y la dispareunia.

En medio de esta situación, la paciente queda embarazada otra vez, supuestamente con la T de cobre colocada intraútero, y decide llevarlo a término. Durante los nueve meses que duró la gestación, los síntomas urinarios antes mencionados, se mantuvieron en forma e intensidad similares. Parió sin dificultad, esta vez un varón.

A los dos meses del parto, y por la persistencia de los síntomas urinarios, decide asistir entonces, a la consulta de Urología. En la misma se le indica ultrasonido de las vías urinarias, notificándose que ambos riñones eran normales, en posición y morfología y que, en la vejiga, existía una imagen de litiasis de gran tamaño, de aproximadamente cinco centímetros de diámetro, que se desplazaba con los cambios de posición de la paciente. Se le realizó radiografía ántero-posterior de la pelvis (Figura 1), comprobándose la presencia de una litiasis de unos cinco por tres centímetros de tamaño, en proyección de la pelvis menor y con una T de cobre en su interior.

Se decidió realizar la cistolitotomía suprapúbica. Durante la misma se constató que la mucosa vesical estaba



FIGURA 1. Radiografía ántero - posterior de la pelvis donde se observa la litiasis vesical con la T de cobre en su interior.

muy eritematosa y con sangrado fácil. La litiasis, situada en el fondo vesical, se fragmentó en la maniobra de extracción con las pinzas, descubriéndose en su interior la T de cobre con incrustaciones litiásicas (Figura 2). Luego, se despojó el cuerpo extraño de su recubrimiento, apreciándose en su integridad (Figura 3).

Se mantuvo a la paciente con sonda uretral por dos semanas, y con tratamiento de Ciprofloxacino oral, 500 miligramos cada 12 horas por tres semanas. La evolución fue satisfactoria y se logró el cese total de la sintomatología.

DISCUSIÓN

Según los reportes revisados (1,8), la principal causa de la perforación uterina y la migración de un dispositivo

intrauterino, es la iatrogenia producida por la colocación incorrecta del mismo por personal no entrenado. Celiskan y cols (9) plantean que la inserción de un dispositivo intrauterino en los seis primeros meses después del parto, constituye un factor de riesgo significativo. Otros recomiendan la revisión periódica de los contraceptivos intrauterinos y de no encontrarse su guía pensar en su migración, si no existe la certeza de su expulsión (1). A nuestra paciente se le colocó la T de cobre inmediatamente después de un legrado endometrial, lo cual pudiera explicar que, la cavidad uterina, previamente erosionada, favoreciera la perforación precoz de su pared en la maniobra de inserción del anticonceptivo, y su posterior migración a la vejiga.

En la literatura consultada (2,4,6,10,11), la mayoría de los casos reportados de cistolitiasis secundaria a la migración de un dispositivo intrauterino, tienen edades que oscilan entre los 25 y los 40 años. Nuestra paciente tenía 30 años por lo que concuerda con los autores revisados. Este rango de edad coincide con el período reproductivo pico, que es, por consiguiente, en el que se producen la mayor cantidad de colocaciones de los dispositivos contraceptivos.

La sintomatología urinaria irritativa baja mantenida, es la principal causa de consulta urológica de estas pacientes (1,5,7,11,12), la cual se presentó en nuestro caso durante dos años. Nuestra paciente tenía *Escherichia Coli* en los cultivos de la orina, siendo este el germen asociado reportado con más frecuencia (1,5,7,13).

Para el diagnóstico positivo se mencionan como los métodos básicos, el ultrasonido y la radiografía ántero - posterior de la pelvis (1-4,6,10,11), los cuales fueron suficientes en el caso que reportamos por el gran tamaño de la litiasis. No obstante, reconocemos que cuando la litiasis tiene menor tamaño, o simplemente, como procedimiento de diagnóstico la cistoscopia tiene un gran valor.

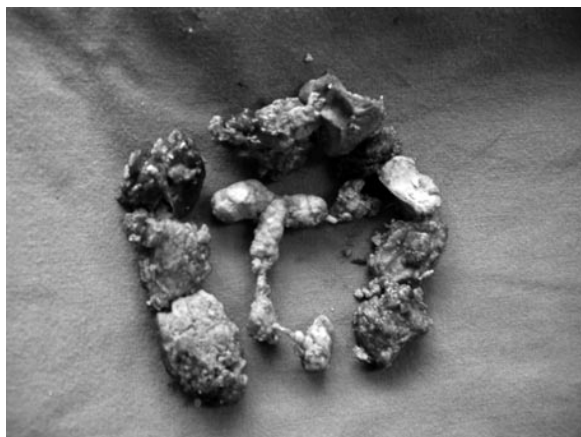


FIGURA 2. Litiasis vesical fragmentada con la T de cobre en su interior.



FIGURA 3. La T de cobre íntegra liberada de las incrustaciones.

El tratamiento de elección, para los casos de litiasis pequeñas, que puedan ser trituradas con la pinza litotritora y la tracción del dispositivo intrauterino con la pinza de cuerpo extraño, es el endoscópico, ya que es mínimamente invasivo, rápido y efectivo (3,5,6,12-14). Sin embargo, en los caso como el nuestro, de litiasis grandes, la cistolitotomía suprapúbica, es la indicación. (1,7,8,15)

CONCLUSIÓN

Aunque es infrecuente, se debe sospechar la migración intravesical de un dispositivo intrauterino, en toda paciente que lo haya usado y desconozca su paradero, y más aún, si presenta sintomatología urinaria irritativa baja persistente, rebelde al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. RAJAIE ESFAHANI, M.; ABDAR, A.: "Inusual migration of intrauterine device into bladder and calculus formation". Urol. J. Tehran, 4: 49, 2007.
2. HERMIDA PÉREZ, JA.; DEL CORRAL SUÁREZ, T.; CERDITAS MARTÍNEZ, G. y cols.: "Litiasis vesical formada a partir de un DIU. Un caso raro". Arch. Esp. Urol., 50: 808, 1997.
3. EL-HEFNAWY, A.S.; EL-NAHAS, A.R.; OSMAN, Y. y cols.: "Urinary complications of migrated intrauterine contraceptive device". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., [Epub ahead of print], Jul 14, 2007.
4. DEDE, F.S.; DILBAZ, B.; SAHIN, D. y cols.: "Vesical calculus formation around a migrated copper T 380-A". Eur. J. Contracept. Reprod Health Care, 11: 50, 2006.
- **5. EKE, N.; OKPANI, A.: "Extrauterine translocated contraceptive device: A presentation of five cases and revisiting of the enigmatic issues of iatrogenic perforation and migration". Afr. J. Reprod Health, 7: 117, 2003.
- *6. CELISKAN, E.; OZTÜRK, N.; DILBAZ, B.O. y cols.: "Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices". Eur. J. Contracept Reprod Health Care, 8: 150, 2003.
7. ITURRALDE CODINA, A.; GOZÁ LEÓN, F.; BEYRIES TAMAYO, W. y cols.: "Double bladder lithiasis from and intrauterine device. Report on case". Arch. Esp. Urol., 57: 160, 2004.
8. RAFIQUE, M.: "Vesical calculus: A complication of intravesical migration of intrauterine contraceptive device". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 13: 380, 2002.
- **9. NOUIRA, Y.; RAKROUKI, S.; GARGOURI, M. y cols.: "Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: A report of six cases". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 18: 575, 2007.
10. REYES ACEVEDO, J.; BUSTAMANTE SARABIA, J.: "Perforación uterina y localización vesical de un dispositivo intrauterino y cistolitiasis. Comunicación de un caso y revisión de la literatura". Ginecol. Obstet. Mex., 63: 407, 1995.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 5 (643-646), 2008

QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR

Francisco M. Ramos Pleguezuelos, Joaquín Amérigo, Carlos Vidal Puga, Ghaleb Shahrour¹, Carolina Rodríguez-Arias Palomo y Bélgica Márquez Lobo.

Servicio de Anatomía Patológica y Servicio de Urología¹. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

Resumen.- **OBJETIVOS:** Los quistes epidermoides testiculares son muy infrecuentes y su diagnóstico preoperatorio suele plantear dificultades. Describimos un caso de quiste epidérmico testicular con el ánimo de contribuir al conocimiento clinicopatológico de esta entidad.

MÉTODOS: El caso clínico corresponde a un hombre de 24 años que consultó por una masa en testículo derecho, detectada por autopalpación, que por ecografía se etiquetó de tumor sólido. El paciente fue sometido a una orquiectomía radical.

Correspondencia | Francisco Manuel Ramos Pleguezuelos
Servicio de Anatomía Patológica
Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Paraje Torrecárdenas s/n.
04009 Almería (España).
franpleguezuelos@gmail.com

Trabajo recibido: 3 de octubre 2007.