

Medicentro Electrón. 2012 jul.-sep.;16(3)

HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE
«CDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CUERPO EXTRAÑO INTRAVESICAL

Por:

Dr. Orlando Lovelle Enríquez¹, Dra. Daisy González Rodríguez² y Dr. Jorge Luis Díaz Mora³

1. Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Cde. Manuel Fajardo Rivero». Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Cde. Manuel Fajardo Rivero». Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e- mail: yurimahr@ucm.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Urología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Cde. Manuel Fajardo Rivero». Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

CUERPOS EXTRAÑOS

VEJIGA URINARIA /lesiones

HERIDAS Y TRAUMATISMOS/ultrasonografía

Subject headings:

FOREIGN BODIES

URINARY BLADDER/injuries

WOUNDS AND INJURIES/ultrasonography

El trauma de vejiga de causa iatrogénica es considerado una complicación potencial de la cirugía de la pelvis, y ha sido informado entre un 0,5 y un 2 % de los pacientes en quienes se ha realizado este tipo de intervención; cuando no es diagnosticado a tiempo, puede provocar abscesos pélvicos, hidronefrosis, ascitis y fístula urinaria o cuerpo extraño¹.

La presencia de cuerpos extraños intravesicales no es una urgencia frecuente en el ámbito urológico; no obstante, las referencias en la literatura son muy abundantes y de lo más variado en cuanto al origen, la naturaleza y la forma clínica de presentación, así como los motivos de su aparición en la vejiga². En la literatura se ha informado localización intravesical de dispositivos anticonceptivos³⁻⁶, así como la formación de litiasis a partir de material de sutura no absorbibles^{1,7}.

En el año 1975, Dalton y colaboradores refieren factores necesarios para la aparición de litiasis en las vías urinarias como consecuencia de cuerpos extraños, así como la infección por microorganismos degradadores de urea que favorecen su formación; asimismo, exponen que casi todos los tipos de sutura conocidos sirven de base para la formación de litiasis⁸.

Los signos y síntomas en estos pacientes suelen manifestarse por infecciones recurrentes del tracto urinario después de una cirugía pélvica previa, dolor abdominal en bajo vientre y, en ocasiones, presencia de hematuria⁷.

El ultrasonido diagnóstico permite detectar la presencia de imagen ecogénica con sombra sónica^{9,10}. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las litiasis vesicales y los tumores; el diagnóstico definitivo se obtiene por citoscopia, la cual, además de ser diagnóstica, puede ser terapéutica.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 40 años de edad, con antecedentes de haber sido operada de cistocele y ureteropexia hace ocho años, después de lo cual comenzó a presentar hematuria macroscópica terminal e interrupción del chorro; hace dos años comienza con cuadros de sepsis urinaria a repetición rebelde a tratamiento, razón por la cual se decide su estudio. Al realizar el examen físico, se comprueba dolor a la palpación en bajo vientre y puntos pielorrenoureterales positivos.

Se le indicaron los siguientes exámenes complementarios, cuyos resultados fueron:

Parcial de orina: Hematuria macroscópica y microscópica

Urocultivo: Positivo a E. coli

Ultrasonido renal y ginecológico: Ambos riñones normales, sin cálculos ni dilatación; buena relación corticomedular.

Vejiga con presencia de imagen ecogénica, con sombra sónica que mide 47 x 18 mm hacia fondo y pared lateral derecha (Fig.1).



Fig.1 Vejiga donde se observa imagen ecogénica con sombra sónica que mide 47 x 18 mm.

Útero y anejos: normales.

Radiografía de pelvis ósea. Presencia de imagen radiopaca redondeada a nivel de la porción derecha de la excavación pelviana (Figs. 2,3).



Fig. 2 Radiografía de pelvis ósea con presencia de imagen radiopaca redondeada a nivel de la porción derecha de la excavación pelviana.



Fig.3 Acercamiento (zoom) de la imagen anterior para mejor visibilidad.

Se propone realizar cistoscopia para llegar a una mejor valoración de la paciente; una vez practicada, se observó la presencia de un cuerpo extraño de aproximadamente 5 cm, constituido por material de sutura y calcificaciones (Fig.4), consecuencia de la intervención quirúrgica realizada con anterioridad.



Fig. 4 Imagen del cuerpo extraño extraído por cistoscopia, de aproximadamente 5 cm, formado por material de sutura y calcificaciones.

Comentario

Los cuerpos extraños intravesicales aparecen excepcionalmente, pero los cuadros de infección urinaria recurrente en pacientes con antecedentes de cirugía pélvica anterior deben hacer sospechar su presencia; se informan con más frecuencia en mujeres en edad fértil, tras la colocación de dispositivos intrauterinos, como complicación de este procedimiento; en la paciente que presentamos no sucedió así, pues ello ocurrió ocho años después de una intervención quirúrgica, en la excavación pelviana; teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente y el cuadro clínico, se deben indicar los exámenes complementarios adecuados para confirmar el diagnóstico y proceder a su tratamiento. El diagnóstico diferencial puede ser difícil, aun mediante ultrasonido, por lo que puede resultar necesaria la realización de la cistoscopia.

Referencias bibliográficas

1. Kurukahvecioglu O, Ege B, Yazicioglu O, Tezel E, Ersoy E. Polytetrafluoroethylene prosthesis migration into the bladder after laparoscopic hernia repair: A case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007;17(5):474.
2. Ibagollín Hernández FE, Díaz Mora J, Cardet Fleites RA. Cuerpo extraño intravesical. Presentación de una paciente. *Acta Méd Centro* [Internet]. 2010 [citado 3 feb. 2011];4(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_10/diu.htm
3. 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.
4. Coronel Sánchez B, Sánchez Sanchis MJ, Carrascosa Lloret V, Beltrán Armada JR, Rodrigo Guanter V. Migration of an intrauterine contraceptive device into the urinary bladder: report of a case. *Arch Esp Urol.* 2004;57(1):75-8.

5. Rodríguez-Esqueda M, Montes-González JA, Castro-Marín M, De la Rosa-Barrera H, Montalvo-Uscanga I. Objetos extraños en vejiga. Rev Mex Urol. 2009;69(6):286-8.
6. Manzo-Pérez BO, Guerrero-Nuño J, Manzo-Pérez G, Valladares-Coto B. Más cuerpos extraños en uretra y vejiga. Manejo combinado. Presentación de un caso. Rev Mex Urol. 011;71(6):356-7.
7. Rodríguez Carballo M, Montero García JA, Sánchez Falcón A. Litiasis vesical secundaria a dispositivo intrauterino incrustado en pared vesical. Revisión de un caso clínico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2009 [citado 3 feb. 2011];31(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol3%202009/tema10.htm>
8. Wilhelm S, Schwäblein T, Buchner F, Steiner G. Spontaneous vesico acetabular cutaneous fistula after total hip replacement. Urologe A. 2007;46(2):163.
9. Zarhi J, Vacca F, Sanhueza P, Díaz J, Rodrigo Riffo R. Manejo laparoscópico de dispositivo intrauterino incrustado en pared vesical con litiasis vesical secundaria. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(1):42-3.
10. Thurston W, Wilson SR. El aparato urinario. En: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson JA. Diagnóstico por ecografía. España: Marbán; 2005. p. 348-60.

Recibido: 28 de marzo de 2012

Aprobado: 20 de junio de 2012