

Migración vesical de dispositivo intrauterino: resolución por cirugía mínimamente invasiva

Bladder Migration of an Intrauterine Device: Management Through Minimally Invasive Surgery

Katty Magdalena Barahona-Ochoa ^{1,a}, Tania Elizabeth Chacón-Muñoz ^{1,a}, Rodrigo Xavier Morales-Villacis ^{1,b}, Erika Paola Delgado-Astudillo ^{1,a}, Jessenia Elizabeth Martínez-Soto ^{1,a}, Priscila Jazmine Sarango-Lapo ^{1,a}

¹ Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

² Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

^a Médico, Posgradista de Ginecología y Obstetricia.

^b Médico, Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Información del artículo

Citar como: Barahona-Ochoa KM, Chacón-Muñoz TE, Morales-Villacis RX, Delgado-Astudillo EP, Martínez-Soto JE, Sarango-Lapo PJ. Migración vesical de dispositivo intrauterino: resolución por cirugía mínimamente invasiva. *Health Care & Global Health*. 2026;10(2):153-157.

DOI: 10.22258/hgh.v10i2.430

Autor de Correspondencia

Katty Magdalena Barahona Ochoa
Dirección: Cuenca, Ecuador
Email: kattybna@gmail.com
Teléfono: 0999087996

Historial del artículo

Recibido: 24 de abril de 2026
Primera decisión editorial: 10 de mayo de 2026
Versión revisada recibida: 20 de mayo de 2026
Aceptado: 22 de mayo de 2026
Publicado en línea: 15 de junio de 2026

Proceso de revisión

Tipo de revisión: revisión editorial
Número de revisores externos: no aplica
Rondas de revisión: 1



Resumen

La perforación uterina asociada al dispositivo intrauterino (DIU) es una complicación poco frecuente que puede ocasionar migración extrauterina y compromiso de órganos adyacentes, como la vejiga urinaria. Se presenta el caso de una paciente de 40 años, con antecedente de dos cesáreas, portadora de DIU de cobre colocado hace 1 año y 7 meses, quien diez meses después de su inserción presentó un embarazo que evolucionó a aborto diferido, evidenciándose la ausencia del dispositivo en la cavidad uterina. Los estudios de imagen permitieron localizar el DIU en cavidad pélvica, en estrecha relación con la vejiga. La paciente refería dolor pélvico leve, por lo que se realizó laparoscopia diagnóstica y terapéutica, identificándose el dispositivo en el espacio vesicouterino, adherido al fondo vesical. Se efectuó disección con corte frío, logrando la extracción íntegra del dispositivo. La evolución postoperatoria fue favorable. La perforación uterina puede presentarse de forma inmediata durante la inserción o de manera tardía por erosión progresiva. Factores como el periodo posparto, la lactancia, la técnica de inserción y la experiencia del operador influyen en su aparición. Aunque la localización vesical es infrecuente, tiene relevancia clínica por las posibles complicaciones asociadas. La laparoscopia constituye el abordaje de elección para su manejo. La sospecha oportuna y el uso de métodos de imagen son fundamentales ante la ausencia de hilos o la presencia de embarazo con DIU, permitiendo una resolución segura y eficaz incluso en localizaciones atípicas.

Palabras clave: Perforación Uterina; Laparoscopia; Vejiga Urinaria, Dispositivos Intrauterinos (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Uterine perforation associated with an intrauterine device (IUD) is a rare complication that can cause extrauterine migration and compromise adjacent organs, such as the urinary bladder. We present the case of a 40-year-old patient with a history of two cesarean sections, who had a copper IUD inserted 1 year and 7 months prior. Ten months after insertion, she experienced a pregnancy that resulted in a missed miscarriage, with the device no longer present in the uterine cavity. Imaging studies allowed the IUD to be located in the pelvic cavity, in close proximity to the bladder. The patient reported mild pelvic pain, so a diagnostic and therapeutic laparoscopy was performed. The device was identified in the vesicouterine space, adhered to the bladder fundus. Cold dissection was performed, achieving complete removal of the device. The postoperative course was favorable. Uterine perforation can occur immediately during insertion or later due to progressive erosion. Factors such as the postpartum period, breastfeeding, insertion technique, and operator experience influence its occurrence. Although bladder perforation is infrequent, it is clinically relevant due to the potential associated complications. Laparoscopy is the preferred approach for its management. Early suspicion and the use of imaging techniques are essential when sutures are absent or when there is a pregnancy with an IUD, allowing for safe and effective resolution even in atypical locations.

Keywords: Uterine Perforation; Laparoscopy; Urinary Bladder; Intrauterine Devices (Source: MeSH, NLM).

Introducción

El dispositivo intrauterino de cobre es uno de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración más utilizados a nivel mundial debido a su alta eficacia, seguridad y bajo costo^[1]. Sin embargo, aunque su perfil de complicaciones es bajo, puede presentarse perforación uterina, con una incidencia estimada de 0,1 a 2 por cada 1000 inserciones. Esta puede ocurrir al momento de la colocación o diagnosticarse de forma tardía, cuando el dispositivo migra parcial o totalmente fuera de la cavidad uterina^[2].

La migración extrauterina del dispositivo intrauterino puede comprometer órganos vecinos como epiplón, intestino o vejiga urinaria, y manifestarse con dolor pélvico, síntomas urinarios, embarazo no planificado o como hallazgo incidental ante la ausencia de hilos visibles^[3]. El espacio vesicouterino representa una localización infrecuente de migración y su diagnóstico suele requerir estudios de imagen complementarios. En estos casos, la extracción quirúrgica está indicada, siendo la laparoscopia el abordaje de elección por su menor morbilidad y mejor visualización anatómica^[4].

Se presenta el caso de una paciente con perforación uterina y migración de DIU de cobre al espacio vesicouterino, con adherencia al fondo vesical, cuya extracción quirúrgica se realizó un año después de su colocación, mediante abordaje laparoscópico, con evolución favorable.

Caso clínico

Paciente femenina de 40 años, G4C2A2HV2, quien refiere colocación de dispositivo intrauterino T de cobre en una institución privada hace 1 año y 7 meses. Diez meses después de la inserción, cursó embarazo de 8 semanas de gestación; en la ecografía de control no se evidenció latido cardíaco fetal, estableciéndose el diagnóstico de aborto diferido. En dicho estudio no se visualizó el dispositivo en la cavidad uterina. La paciente refería además dolor pélvico leve y persistente. Ante la sospecha de perforación y migración del dispositivo, se realizaron estudios complementarios que evidenciaron el dispositivo intrauterino en cavidad pélvica, en estrecha relación con la vejiga urinaria. Con estos hallazgos, se decidió realizar una laparoscopia diagnóstica y terapéutica para la extracción del dispositivo. Adicionalmente, dado que la paciente manifestó paridad satisfecha, se efectuó esterilización quirúrgica en un mismo tiempo quirúrgico.

Mediante abordaje laparoscópico se identificó el dispositivo intrauterino en cavidad pélvica, localizado en el espacio vesicouterino y firmemente adherido al fondo vesical. Se realizó disección cuidadosa con técnica de corte frío hasta lograr su liberación completa, extrayéndose el dispositivo íntegro. Posteriormente, se evidenció lesión superficial de la serosa de la pared

vesical, por lo que se procedió a su reparación mediante la colocación de dos puntos de sutura. Se comprobó la permeabilidad vesical mediante sondaje transuretral, sin evidencia de fuga urinaria. La evolución postoperatoria inmediata fue favorable (**Figura 1**).

Discusión

La perforación uterina por dispositivo intrauterino es una complicación poco frecuente, con una incidencia estimada de 0,4 a 1,6 por cada 1000 inserciones, pero de gran relevancia clínica debido a sus potenciales consecuencias, incluida la pérdida del efecto anticonceptivo y la migración hacia estructuras adyacentes^{[5][6]}.

Desde una perspectiva fisiopatológica, se han propuesto dos mecanismos principales de perforación uterina asociados al uso de dispositivo intrauterino. El primero es la perforación traumática inmediata, que ocurre al momento de la inserción debido a la introducción inadvertida del dispositivo o del instrumento de inserción más allá de la cavidad uterina. Este tipo de lesión suele relacionarse con la técnica y con la rigidez de los dispositivos o herramientas utilizadas durante el procedimiento^[7].

Otro mecanismo es la perforación secundaria o por erosión gradual, en la cual el dispositivo intrauterino inicialmente puede estar parcialmente incrustado en el miometrio y, con el tiempo, terminar por atravesar completamente la pared uterina. Este fenómeno ha sido documentado mediante estudios seriados por imagen y es atribuido a fuerzas fisiológicas del útero, como las contracciones, que pueden empujar el dispositivo a través del miometrio con el paso del tiempo^[8]. Este componente gradual de perforación ayuda a explicar casos en los que la perforación no se reconoce en el momento de la inserción y se diagnostica tardíamente, incluso meses o años después, como en el caso presentado^[9]. La literatura ha descrito que una proporción considerable de perforaciones no se identifica de inmediato, y en algunos estudios la mayoría se detecta en controles tardíos o ante la ausencia de los hilos del dispositivo intrauterino durante el seguimiento^[10].

La perforación también se puede clasificar como completa cuando el dispositivo atraviesa todas las capas uterinas y queda libre o adherido en la cavidad peritoneal, o parcial con penetración en el miometrio sin tránsito completo. La clasificación anatómica de estas presentaciones influye en la complejidad del manejo quirúrgico y en la elección del enfoque terapéutico^[11].

La perforación del dispositivo intrauterino con compromiso del tracto urinario es una complicación poco frecuente. La vejiga es el órgano más afectado, pudiendo presentarse con síntomas urinarios, hematuria o infecciones recurrentes, aunque en ocasiones el hallazgo es incidental^[10]. En algunos casos, el dispositivo actúa como núcleo para la formación de cálculos vesicales. También se han descrito presentaciones inusuales como migración hacia la uretra, formación de

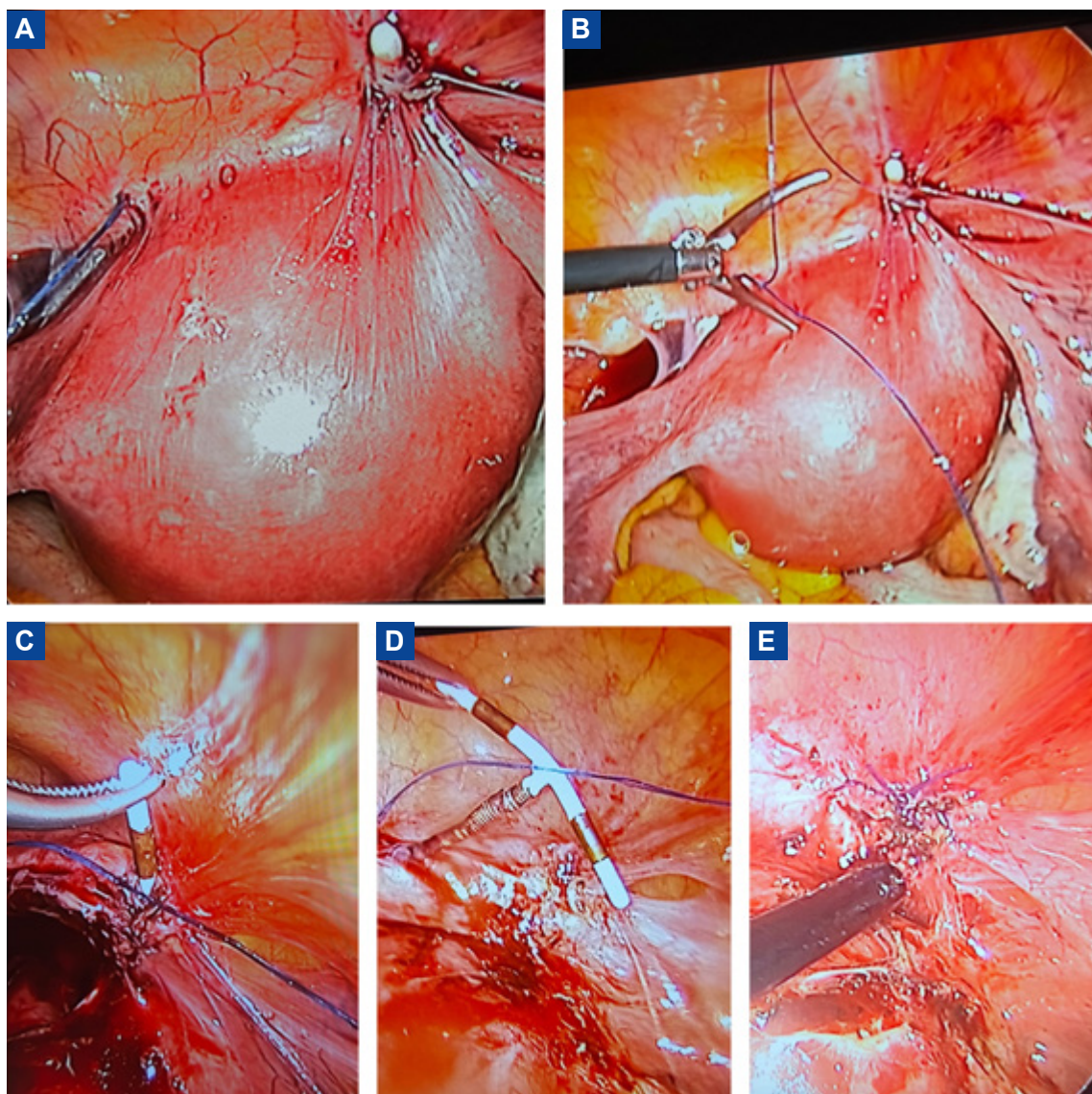


Figura 1. A: Vista inicial laparoscópica del útero. **B:** Visualización de dispositivo intrauterino incrustado en espacio vesicouterino **C-D:** Extracción de dispositivo intrauterino **E:** Sutura de la serosa vesical.

fístulas vesicouterinas o colovesicales e incluso fibrosis retroperitoneal con compromiso ureteral e hidronefrosis. Cuando el dispositivo intrauterino se encuentra dentro de la luz vesical, puede retirarse mediante cistoscopia; sin embargo, en presencia de adherencias o localización extravésical, el abordaje laparoscópico ofrece mayor seguridad y permite tratar lesiones asociadas en el mismo procedimiento [8].

La evidencia reciente indica que el riesgo de inserción errónea o perforación uterina asociada al dispositivo intrauterino es mayor cuando la colocación se realiza en el período posparto, especialmente en las primeras semanas tras el parto, y durante la lactancia, probablemente debido a cambios hormonales y a la menor consistencia del miometrio observados en estudios de cohorte contemporáneos [12][13]. Asimismo, se han identificado como factores contribuyentes las anomalías anatómicas uterinas, procedimientos técnicos subóptimos y la

menor experiencia del operador, lo que puede influir en el posicionamiento incorrecto del dispositivo [14]. Desde el punto de vista técnico, algunos autores han sugerido que el uso de histerómetros metálicos rígidos en lugar de dispositivos plásticos flexibles podría incrementar el riesgo de lesión miometrial y perforación durante la medición de la cavidad uterina. Aunque el control ecográfico posterior a la inserción del DIU no se realiza de forma rutinaria en todos los casos, diversas guías y series clínicas contemporáneas señalan que su uso selectivo, por ejemplo, tras inserciones técnicamente difíciles, dolor pélvico persistente o ausencia de hilos visibles, podría contribuir a confirmar la correcta localización del dispositivo y detectar migraciones precoces, reduciendo así complicaciones no identificadas [15].

El manejo de la perforación por dispositivo intrauterino ha evolucionado hacia técnicas mínimamente invasivas, siendo la laparoscopia el abordaje de elección en la

mayoría de los casos debido a su alta tasa de éxito y menor morbilidad en comparación con la laparotomía [16]. Esta técnica permite una adecuada exploración de la cavidad abdominal y la extracción segura del dispositivo, incluso en casos de migración a estructuras adyacentes [17]. Sin embargo, la elección del abordaje debe individualizarse según la localización del dispositivo. En situaciones de migración intravesical, la cistoscopia constituye una alternativa eficaz, permitiendo la extracción directa con menor invasividad y rápida recuperación [18]. Asimismo, la histeroscopia ha demostrado utilidad en perforaciones parciales o cuando el dispositivo permanece parcialmente en cavidad uterina [19][20]. Aunque la laparoscopia sigue siendo el estándar, el uso de técnicas complementarias mejora los resultados clínicos y reduce complicaciones, destacando la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria y de la experiencia del equipo quirúrgico en la selección del abordaje más apropiado.

Conclusión

En el caso presentado, el diagnóstico tardío de perforación y migración del dispositivo intrauterino hacia el espacio vesicouterino con adherencia al fondo vesical ilustra cómo un dispositivo inicialmente colocado puede translocarse fuera de la cavidad uterina sin síntomas evidentes en el momento de la inserción, evolucionando silenciosamente hasta manifestarse clínicamente más adelante. El manejo mediante laparoscopia permitió la extracción completa del dispositivo intrauterino y la resolución de las complicaciones vesicales asociadas, lo que concuerda con la recomendación general de remover dispositivos perforados para evitar daño a órganos vecinos y otras secuelas potenciales. Este caso resalta la importancia del seguimiento posterior a la inserción del dispositivo intrauterino, la sospecha clínica ante la no visualización del dispositivo en cavidad uterina y el rol fundamental de la laparoscopia en el manejo seguro y efectivo de esta complicación poco frecuente.

Referencias

1. Cho HW, Choi JY, Kim MJ, Park MS, Lim JS, Chung YE, Kim KW. Pancreatic tumors: emphasis on CT findings and pathologic classification. *Korean J Radiol.* 2011;12(6):731-9. DOI: 10.3348/kjr.2011.12.6.731.
2. Kim SH, Lee JM, Han JK, Lee JY, Kim KW, Cho KC, Choi BI. Intrapancreatic accessory spleen: findings on MR imaging, CT, US and scintigraphy, and the pathologic analysis. *Korean J Radiol.* 2008;9(2):162-74. DOI: 10.3348/kjr.2008.9.2.162.
3. Acevedo JA, Caballero JG, Cona J, Cabaleiro PM, Lencinas A, Córdoba M. Bazo accesorio intrapancreático que imita tumor de cola de páncreas. *Rev Argent Cir.* 2017;109(4). DOI: 10.25132/raac.v109.n4.1286.es.
4. Pereyra-Talamantes A, Flores-Martín JE, Gallaga-Rojas MA, Rodríguez-Silverio JE, González-Azua E, Alonso-Calamaco MD, Jiménez-Chavarría E, Noyola-Villalobos HF. Bazo accesorio intrapancreático: reporte de caso resuelto con pancreatometomía distal robótica. *Rev Mex Cir Endosc.* 2022;23(1-2):41-45. DOI: 10.35366/108104.
5. Bajwa SA, Kasi A. Anatomía, abdomen y pelvis: bazo accesorio. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publicado; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519040/>
6. Sothilingam N, Leedah T, Kriegler S, Kanthan R, Moser MA. Intrapancreatic accessory spleen: a case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(6):128-30. DOI: 10.1016/j.ijscr.2011.02.013.
7. Zeman M, Zembala-Nozynska E, Sczasny J, Straczynski M, Widel M. Intrapancreatic accessory spleen imitating a pancreatic neoplasm. *Pol Przegl Chir.* 2011;83(10):568-70. DOI: 10.2478/v10035-011-0090-9.
8. Munk-Madsen MZ, Zakarian K, Oturai PS, Hansen CP, Federspiel B, Fallentin E, Willemoe GL. Intrapancreatic accessory spleen mimicking malignant tumor: three case reports. *Acta Radiol Open.* 2019;8(6):2058460119859347. DOI: 10.1177/2058460119859347.
9. Lin X, Xu L, Wu A, Guo C, Chen X, Wang ZL. Differentiation of intrapancreatic accessory spleen from small hypervascular

Información Complementaria

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT):

KMBO: Participó en la conceptualización, investigación, metodología, redacción – borrador original. TECM: Investigación, redacción – revisión y edición. RXMV: Análisis formal, validación, supervisión. EPDA: Metodología, visualización, redacción – revisión y edición. JEMS: Redacción – revisión y edición. PJSJ: Investigación, visualización, redacción – revisión y edición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento

La investigación fue financiada por los autores.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio están incluidos en el artículo. Debido a la naturaleza del reporte (caso clínico) y con el fin de proteger la confidencialidad de la paciente, no se dispone de bases de datos adicionales de acceso público. Información adicional podrá ser proporcionada por el autor de correspondencia en caso de requerirlo.

Agradecimientos

No se indica.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran haber utilizado herramienta de inteligencia artificial en la etapa de redacción – borrador original con fines de apoyo en la organización del contenido, mejora del estilo y corrección gramatical. Todo el contenido fue revisado, verificado y validado por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por la exactitud, integridad y originalidad del manuscrito. No se introdujeron datos sensibles o confidenciales en las herramientas de IA.

En el proceso editorial, incluida la revisión por pares, se desarrolló conforme a la política de la revista sobre el uso responsable de herramientas de IA.

- neuroendocrine tumor of the pancreas: textural analysis on contrast-enhanced computed tomography. *Acta Radiol.* 2019;60(5):553-560. DOI: [10.1177/0284185118788895](https://doi.org/10.1177/0284185118788895).
10. Lancellotti F, Sacco L, Cerasari S, Bellato V, Cicconi S, Ciardi A, Mutillo EM, Feola T, Caronna R, Chirletti P. Intrapancreatic accessory spleen false positive to 68Ga-Dotatoc: case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2019;17(1):117. DOI: [10.1186/s12957-019-1660-2](https://doi.org/10.1186/s12957-019-1660-2).
 11. Mortelé KJ, Mortelé B, Silverman SG. CT features of the accessory spleen. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;183(6):1653-1657. DOI: [10.2214/ajr.183.6.01831653](https://doi.org/10.2214/ajr.183.6.01831653).
 12. Fernández-Miranda PM, Pellón-Dabén R, Pérez-Del-Barrio A, Sanz-Bellón P, Asensio-Latorre M, González-Sánchez F. Tejido esplénico ectópico, un gran imitador de masas abdominales: esplenosis y bazos accesorios. *Seram.* 2021;1(1). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4102>
 13. Palumbo V, Mannino M, Teodoro M, Menconi G, Schembari E, Corsale G, Di-Carlo I, Toro A. An extremely rare case of oversized accessory spleen: case report and review of the literature. *BMC Surg.* 2019;19(1):45. DOI: [10.1186/s12893-019-0510-z](https://doi.org/10.1186/s12893-019-0510-z).
 14. Smith HC, Kakar N, Shadid AM. Accessory spleen masquerading as an intrapancreatic tumor: a case report. *Cureus.* 2022;14(5):e24677. DOI: [10.7759/cureus.24677](https://doi.org/10.7759/cureus.24677).
 15. Cruz-Barbosa JS, Valencia-Cardona AF, Cortés-Buelvas AD. Esplenúnculo intrapancreático simulando neoplasia. *Rev Colomb Cir.* 2024;39:640-645. DOI: [10.30944/20117582.2393](https://doi.org/10.30944/20117582.2393).
 16. Lauffer JM, Baer HU, Maurer CA, Wagner M, Zimmermann A, Buchler MW. Intrapancreatic accessory spleen: A rare cause of a pancreatic mass. *Int J Pancreatol.* 1999;25(1):65-68. DOI: [10.1385/ijgc:25:1:65](https://doi.org/10.1385/ijgc:25:1:65).
 17. Churei H, Inoue H, Nakajo M. Intrapancreatic accessory spleen: case report. *Abdom Imaging.* 1998;23(2):191-193. DOI: [10.1007/s002619900320](https://doi.org/10.1007/s002619900320).
 18. Miyayama S, Matsui O, Yamamoto T, Akakura Y. Intrapancreatic accessory spleen: evaluation by CT arteriography. *Abdom Imaging.* 2003;28:862-865. DOI: [10.1007/s00261-003-0033-y](https://doi.org/10.1007/s00261-003-0033-y).
 19. Landmann A, Johnson JJ, Webb KM, Mantor PC, Letton RW. Accessory spleen presenting as acute abdomen: A case report and operative management. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2016;12:9-10. DOI: [10.1016/j.epsc.2016.05.011](https://doi.org/10.1016/j.epsc.2016.05.011).
 20. Perez Maldonado JL. Accessory spleen as an incidental finding in medicolegal autopsy. *Rev Cienc Forenses Honduras.* 2020;6(1):28. DOI: [10.5377/rcfh.v6i1.9943](https://doi.org/10.5377/rcfh.v6i1.9943).
 21. Diego-García L, Manuel-Vazquez A, Valbuena-Durán E, Ramia-Ángel JM. Intrapancreatic accessory spleen versus pancreatic neuroendocrine tumor: a diagnostic challenge. *Rev Esp Enferm Dig.* 2020;112(8):659-660. DOI: [10.17235/reed.2020.6558/2019](https://doi.org/10.17235/reed.2020.6558/2019).
 22. Halpert B, Alden ZA. Accessory spleen in or at the tail of the pancreas: a survey of 2,700 additional necropsies. *Arch Pathol.* 1964;77:652-654. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14130052/>