

Dispositivo intrauterino ectópico translocado en repliegue vesicouterino: reporte de caso y manejo laparoscópico

Antonio Eduardo Flores Villalón,* Carlos Linder Eter,* Graciela Norén Madrigal*

RESUMEN

Se calcula que el riesgo de perforación uterina durante la inserción del dispositivo intrauterino es de 0.5-1:1,000 procedimientos. Los principales factores de riesgo incluyen la falta de experiencia en la colocación, posición del útero, procesos adherenciales por enfermedad pélvica inflamatoria. La presentación asintomática es poco frecuente; sin embargo, dado que en algunos casos de perforación uterina ésta podría no ser reconocida inmediatamente, se aconseja durante el protocolo posterior a la colocación del dispositivo examinar a la paciente seis semanas después de la inserción para corroborar la ubicación del mismo. El ultrasonido pélvico o, en su defecto, los rayos X (en caso de que no exista disponibilidad de ultrasonido) se emplean como estudios de gabinete complementarios para determinar la ubicación del dispositivo intrauterino y ante la sospecha de una perforación. Si la ecografía no revela la ubicación del dispositivo intrauterino, se deben obtener radiografías de la pelvis y el abdomen ante la sospecha de expulsión o translocación para diagnosticar con fiabilidad la situación del mismo.

Palabras clave: Dispositivo intrauterino translocado, perforación uterina.

Nivel de evidencia: IV.

Translocated ectopic intrauterine device: case report and laparoscopic treatment

ABSTRACT

It is estimated that the risk of uterine perforation during insertion of an intrauterine device is 0.5-1:1,000 procedures. Major risk factors include lack of experience in insertion, position of the uterus, pelvic inflammatory disease and adhesive processes. Asymptomatic presentation is rare; however, since some cases of uterine perforation may not be recognized immediately, it is advisable to examine the patient six weeks following the insertion to confirm the location of the intrauterine device. Pelvic ultrasound or X-rays (where there is no availability of ultrasound) are used as cabinet studies to determine the location of the intrauterine device or if perforation is suspected. If ultrasound does not reveal the location of the intrauterine device, X-rays of the pelvis and abdomen should be obtained at the suspicion of expulsion or translocation.

Key words: Translocated intrauterine device, uterine perforation.

Level of evidence: IV.

INTRODUCCIÓN

En la literatura se ha descrito el uso de la laparoscopia para la extracción de dispositivos intrauterinos migrados a cavidad abdominal. La Organización Mundial de la Salud recomienda la extracción inmediata de los dispositivos intrauterinos que han migrado.^{1,2}

Dentro de los factores de riesgo que pueden predisponer para la perforación uterina durante la colocación del dispositivo se encuentran la miomatosis que deforma la cavidad uterina, estenosis cervical como consecuencia postquirúrgica; variedades en la posición uterina, como anteversión o retroversoflexión.³

Mahran y Eposito han clasificado la perforación uterina y presencia del dispositivo intrauterino (DIU) en parcial y completa. La parcial se divide

* Ginecología y Obstetricia. Centro Médico ABC Santa Fe.

Recibido para publicación: 16/12/2014. Aceptado: 05/03/2015.

Abreviaturas:

DIU = Dispositivo intrauterino.

TAC = Tomografía axial computada.

Correspondencia: Dr. Antonio Eduardo Flores Villalón

Av. Carlos Graef Fernández Núm. 154,

Col. Tlaxala Santa Fe,

Del. Cuajimalpa de Morelos, 05300, México, D.F.

E-mail: lalovillalon@gmail.com

en grado I (endometrio) y grado II (miometrio). La completa o grado III corresponde a la ubicación en cavidad abdominal y órganos vecinos. Para el retiro del DIU ubicado en el endometrio y miometrio, la histeroscopia es un procedimiento seguro, efectivo y recomendado.^{4,5}

En una revisión sistemática de la literatura, Gill y colaboradores valoraron 49 artículos en los que se encontraron 179 casos de manejo laparoscópico, reportando al omento como el sitio más frecuente de localización (con un 26.7%), seguido del fondo de saco de Douglas (21.5 %), luz colónica por perforación (10.4%), miometrio (7.4%), ligamento ancho (6.7%), libre en cavidad abdominal (5.2%), serosa del intestino delgado (4.4%), serosa del colon (3.7%) y mesenterio (3%).^{6,7}

Se han reportado otras localizaciones menos frecuentes, como vejiga, apéndice cecal, pared abdominal, trompas uterinas, ovarios, retroperitoneo e intestino delgado asociado a perforación.⁸⁻¹⁰

De acuerdo con la localización del dispositivo, el abordaje quirúrgico puede ser:

- Manejo histeroscópico: ubicación endometrial o miometrio.
- Manejo laparoscópico: ubicación en cavidad abdominal, anexos o intestino.
- Manejo por laparotomía: manejo laparoscópico no satisfactorio o no adecuado para el abordaje.¹¹⁻¹³

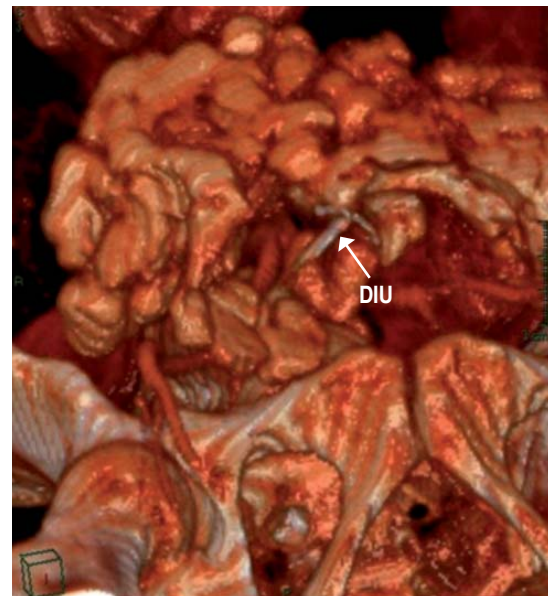
CASO CLÍNICO

Femenina de 48 años de edad, gesta 4, cesárea 3, aborto 1, con antecedente de colocación del DIU dos meses posteriores a la última cesárea (catorce años previos a la presentación de este artículo) en un hospital particular por su médico tratante previo. Un año después de la colocación del dispositivo, presentó aborto diferido, el cual fue resuelto por legrado uterino instrumentado, donde fue evidente la ausencia del dispositivo en la cavidad uterina, sin que se hubiera solicitado algún estudio complementario para la búsqueda intencionada del dispositivo.

La paciente cursó asintomática hasta dos meses antes del inicio del cuadro clínico, cuando inició con dolor pélvico no cíclico asociado a hiperpolimenorrea. Durante el protocolo de estudio, se documentó por ultrasonido la presencia de una imagen sugestiva de quiste de ovario derecho simple de 9 cm en su eje longitudinal mayor, con marcadores tumorales negativos (Ca-125). Se realizó una TAC abdomino-pélvica complementaria, con confirmación de la lesión descrita (*Figura 1*); además, se observó una zona de re-

tracción en el repliegue vesicouterino a expensas de una imagen metálica lineal en relación con un dispositivo intrauterino, el cual se encontraba situado fuera del útero (*Figura 2*).

Se decidió realizar laparoscopia operatoria con un puerto principal de 10 mm y dos puertos accesorios en ambas fosas ilíacas de 5 mm cada uno. Los hallazgos transoperatorios fueron un proceso adherencial



DIU = Dispositivo intrauterino.

Figura 1. Reconstrucción tridimensional de tomografía abdominal mostrando dispositivo intrauterino ectópico.

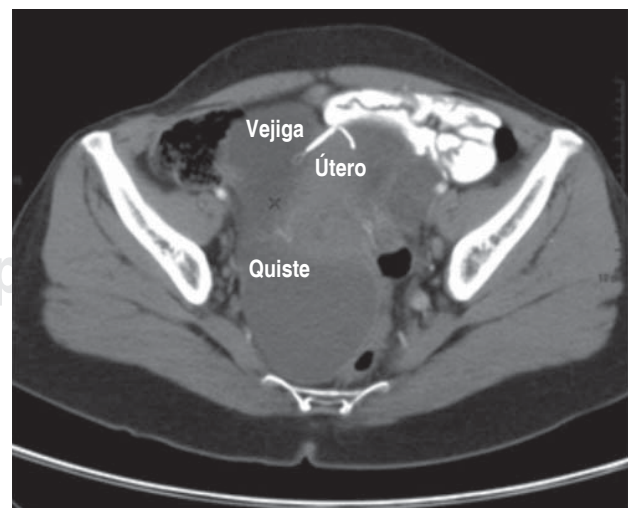


Figura 2. Corte axial, tomografía abdomino-pélvica con dispositivo intrauterino translocado entre vejiga y útero.

severo en el repliegue vesicouterino hacia la pared abdominal anterior, con presencia de un cuerpo extraño compatible con DIU contenido dentro del mismo proceso adherencial.

Se realizó adherenciólisis y extracción del DIU con bisturí armónico (*Ethicon Johnson & Johnson*), con extracción completa del mismo. Se realizó salpingo-ooforectomía derecha sin complicaciones. La paciente se egresa en buenas condiciones generales a las seis horas del procedimiento.

DISCUSIÓN

En los casos en que la perforación uterina ha sido diagnosticada en el momento del procedimiento de colocación, debe ser tratada con antibióticos parenterales de amplio espectro similares a los esquemas empleados para la enfermedad pélvica inflamatoria.¹³⁻¹⁵ Aunque las complicaciones serias seguidas de una perforación son poco frecuentes, la mayoría de los expertos (aunque no todos) recomiendan que ante cualquier perforación, el DIU debe ser retirado, salvo que el riesgo quirúrgico sea excesivo.¹⁶⁻¹⁸ Si el DIU está en abdomen y la perforación fue a través del miometrio, la cirugía laparoscópica es el método preferido de retiro y se puede realizar en forma electiva en pacientes asintomáticas; si la laparoscopia no es satisfactoria debido a un proceso pélvico adherencial severo, la laparotomía es otra alternativa quirúrgica.^{19,20}

CONCLUSIÓN

El dispositivo intrauterino es un anticonceptivo eficaz y bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Su aplicación conlleva ciertos riesgos, de los cuales la menos común es la perforación uterina o migración hacia anexos, cavidad abdominal y órganos adyacentes. Lo recomendable es siempre corroborar la correcta colocación del DIU mediante exploración física; en cuanto a estudios complementarios de imagen, la tomografía es útil como método diagnóstico para determinar la mejor alternativa quirúrgica con base en los factores de riesgo y complicaciones. A pesar de que la perforación uterina y las complicaciones posteriores a la colocación del DIU son raras, es importante conocer el uso de la laparoscopia y la histeroscopia para la resolución de estos eventos.

BIBLIOGRAFÍA

- García LB, Pichardo CM. Manejo de dispositivo intrauterino traslocado. Rev Invest Med. [Consultada 12 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://medicasur.org.mx/pdf-revista/RMS121-AO02-PROTEGIDO.pdf>.
- Gill RS, Mok D, Hudson M, Shi X, Birch DW, Karmali S. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: case and systematic review. Contraception. 2012; 85 (1): 15-18.
- Caliskan E, Oztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Europ J Contracept Reprod Health Care. 2003; 8 (3): 150-155.
- Sabbatino M, Oliaro A, Billia P, Giangreco B. A case of IUD migration into the peritoneal cavity. Minerva Ginecol. 1981; 33 (12): 1155-1158.
- Kurdoglu Z, Ceylan K, Kurdoglu M, Guler A, Sahin HG. Ectopic intrauterine device in the bladder of a pregnant woman. Case Report Med. 2010; 2010. pii: 181032.
- Herrera MH, Armenta AS. Resolución laparoscópica de translocación abdominal de dispositivo intrauterino. [Consultada 12 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000200008
- Bozkurt M, Yumru AE, Coskun EI, Ondes B. Laparoscopic management of a translocated intrauterine device embedded in the gastric serosa. J Pak Med Assoc. 2011; 61 (10): 1020-1022.
- Sentilhes L, Lefebvre-Lacoeuille C, Poilblanc M, Descamps P. Incidental finding of an intrauterine device in the sigmoid colon. Europ J Contracept Reprod Health Care. 2008; 13 (2): 212-214.
- Taras AR, Kaufman JA. Laparoscopic retrieval of intrauterine device perforating the sigmoid colon. JSLs. 2010; 14 (3): 453-455.
- Olive R, Jagadeesan P, Coker A. Laparoscopically assisted retrieval of lost IUCD/Foreign bodies. A novel technique with fluoroscopic image intensifier. Surg Laparosc Endosc Tech. 2007; 17 (4): 303-306.
- Miranda L, Settembre A, Capasso P, Cuccurullo D, Pisanie-llo D, Corcione F. Laparoscopic removal of an intraperitoneal translocated intrauterine contraceptive device. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003; 8 (2): 122-125.
- Brar R, Doddi S, Ramasamy A, Sinha P. A forgotten migrated intrauterine contraceptive device is not always innocent: A case report. Case Reports in Medicine. 2010; 2010. pii13.
- Villalonga R, Rodríguez N. Translocation of an intrauterine contraceptive device: Incidental finding in the rectosigmoid colon. [Consultada 12 de febrero de 2014]. Available in: <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2010/404160/>
- Hatcher RA, Trussell J, Stewart F. Contraceptive technology. 19th ed. New York: Ardent Media, Inc.; 2007.
- Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolanbay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. Contraception. 2007; 75 (2): 96-100.
- Turok DK, Gurtcheff SE, Gibson K, Handley E, Simonsen S, Murphy PA. Operative management of intrauterine device complications: a case series report. Contraception. 2010; 82: 354-357.
- Balci O, Mahmoud AS, Capar M, Colakoglu MC. Diagnosis and management of intra-abdominal, mislocated intrauterine devices. Arch Gynecol Obstet. 2010; 281: 1019-1022.
- Ceballos GS, Sotelo VP. Caso inusual de un dispositivo intrauterino migrado a vejiga con cistolitiasis secundaria. Rev Mex Urol. 2007; 67: 184-187.
- Zarhi J, Vacca F, Jarsún J, Sepúlveda P, Zapata L. DIU Abdominopélvico: Manejo laparoscópico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005; 70 (6): 369-374.
- Insausti N, Urresola A, Ibáñez S, Atilano L, Aguinaga A, Larrea L. Uterovesical perforation secondary to intrauterine device with vesical lithiasis formation: a report of two cases. Radiologia. 2007; 49 (2): 129-132.