



Perforación asintomática por DIU

Asymptomatic perforation by IUD

Juan José González de la Mora,* Tania Karina Cázares Robles,* Iván Alberto Nájera Rodríguez,* Juan Carlos de la Cerda Ángeles‡

Citar como: González MJJ, Cázares RTK, Nájera RIA, De la Cerda ÁJC. Perforación asintomática por DIU. Acta Med GA. 2022; 20 (1): 88-90. <https://dx.doi.org/10.35366/103564>

Resumen

La perforación uterina por colocación de dispositivo intrauterino (DIU) es una complicación poco común y potencialmente severa. Es asintomática hasta en 56% de los casos, siendo el tratamiento de elección la cirugía laparoscópica. Mujer de 33 años con antecedente de colocación de DIU liberador de levonorgestrel, cuatro años previos presentó síntomas inespecíficos pélvicos con mejoría parcial tras tratamiento. Se realizó rastreo de DIU por ultrasonido sin hallarlo en útero, por lo que se solicitó radiografía de abdomen evidenciando su localización extrauterina. Se realizó laparoscopia para extracción de DIU adherido a ovario, sin complicaciones. El mecanismo de perforación uterina más común se produce durante la inserción del DIU; sin embargo, una perforación uterina parcial puede predisponer a la perforación completa por contracciones uterinas. Se reitera la importancia de realizar revisiones radiográficas periódicas tras la colocación de un dispositivo.

Palabras clave: Perforación uterina, dispositivo intrauterino migrado, perforación uterina asintomática, cirugía laparoscópica.

Abstract

Uterine perforation by intrauterine device (IUD) insertion is a rare and potentially severe complication. It is asymptomatic in up to 56% of cases, being laparoscopic surgery the treatment of choice. A 33-year-old woman with a history of levonorgestrel-releasing IUD placement four years earlier, presented nonspecific pelvic symptoms with partial improvement after medical treatment. Ultrasoundography for IUD tracking was performed without success; abdomen radiography was requested showing its extrauterine location. Laparoscopy was performed for extraction, finding IUD attached to the omentum, without complications. The most common uterine perforation mechanism occurs during IUD insertion, however, partial perforation could predispose total perforation by uterine contractions. The importance of regular radiographic follow-up after the placement of an IUD is highlighted in this case report.

Keywords: Uterine perforation, intrauterine device migration, asymptomatic uterine perforation, laparoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

La perforación uterina tras la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) representa una complicación potencialmente severa. Su incidencia es poco común, estimada en 1.3 casos por 1,000 colocaciones en mujeres adultas.¹ Los factores de riesgo descritos son la lactancia materna, colocación durante las primeras 36 semanas después del último alumbramiento, inserción por un médico poco ex-

perimentado, paridad baja y número mayor de abortos.² No se han encontrado diferencias importantes en las tasas de perforación entre los dispositivos liberadores de levonorgestrel y la T de cobre.³ En algunas series de casos se ha descrito una presentación asintomática en hasta 56% de casos. El tipo de perforación se puede clasificar en parcial y completa.⁴ La localización más común de un DIU en una perforación completa es el fondo de saco de Douglas. En casi la mitad de los casos de perforación completa, el

* Cirugía General y Laparoscópica, Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México.

‡ Ginecología y Obstetricia, Hospital San José. Ciudad de México.

Correspondencia:

Tania Karina Cázares Robles

Correo electrónico: ae.crazares@gmail.com

Aceptado: 12-04-2021.

www.medigraphic.com/actamedica



dispositivo se localiza en el omento, ya sea libre o adherido a él.² Actualmente el abordaje terapéutico de elección es por vía laparoscópica, siendo necesaria la conversión a laparotomía cuando existe perforación o fístulas hacia estructuras adyacentes.^{5,6}

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 33 años con cesárea cuatro años previos y colocación de dispositivo intrauterino hormonal con levonorgestrel después de un mes. Tres años posterior a la colocación acude a revisión por síntomas inespecíficos pélvicos y descarga vaginal frecuente, con mejoría parcial tras tratamiento. Meses después se decide realizar extracción del dispositivo intrauterino guiado por ultrasonido sin localizarlo en pelvis. Se indicó una radiografía de abdomen localizando el dispositivo fuera de la cavidad uterina a nivel de flanco izquierdo sin datos de aire o líquido libre en cavidad (*Figura 1*). Se programa laparoscopia para extracción de dispositivo tres semanas después. Bajo anestesia general y técnica estéril se realizó laparoscopia para abordar hemiabdomen izquierdo, encontrando el DIU adherido al omento mayor sin erosión a estructuras adyacentes. Se resecó epiplón circundante con energía ultrasónica para sellar



Figura 1: Radiografía de abdomen que muestra dispositivo intrauterino migrado a flanco izquierdo.

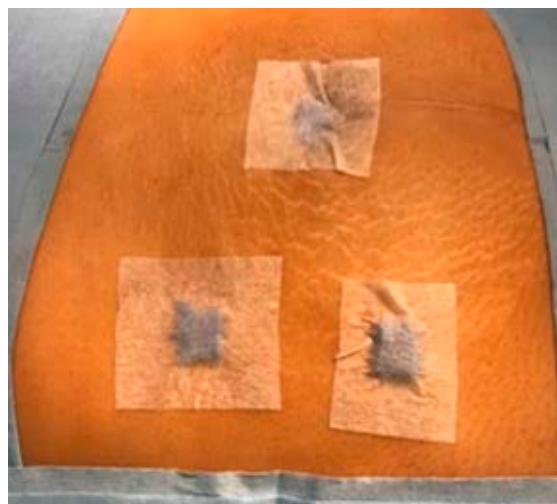


Figura 2: Resultado postquirúrgico de heridas de laparoscopia.



Figura 3:

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel extraído con epiplón adherido.

vasos sanguíneos, extrayendo dispositivo a través de un puerto sin complicaciones (*Figuras 2 y 3*). Cursó el postoperatorio con signos vitales estables sin eventuales, iniciando dieta a las 24 horas postoperatorias, con evacuaciones presentes posteriormente y alta a domicilio tras adecuado manejo del dolor.

DISCUSIÓN

El mecanismo más común de perforación uterina se produce durante la inserción del dispositivo acompañado de dolor abdominal importante con reflejo vagal. En 15% de los casos, la perforación es secundaria a la migración a través del miometrio por una perforación parcial al momento de la inserción del dispositivo que, con las contracciones uterinas, va atravesando al exterior de la cavidad uterina.⁴ Las razones más comunes por las que una paciente busca atención médica tras la colocación de un DIU son dispareunia, cambios en el patrón menstrual e hilos de DIU no localizados durante la exploración ginecológica.⁷ Aunque en un principio el caso descrito parecía cursar con un cuadro asintomático, en retrospectiva, tras el diagnóstico de dispositivo migrado, se realizó un interrogatorio más dirigido en busca de síntomas inespecíficos de perforación uterina como dolor pélvico crónico o descarga vaginal, descritos en otros estudios.⁸ En el caso presentado, tras intentar la extracción del DIU con rastreo ultrasonográfico sin éxito, el estudio realizado fue una radiografía de abdomen, reportado como el estudio de elección.⁵ La migración a distancia del DIU en la cavidad abdominal puede provocar inflamación, que resulta en la formación de adherencias, obstrucción intestinal, dolor abdominal y perforación intestinal.⁹ El tratamiento quirúrgico laparoscópico para extracción de dispositivo intrauterino migrado se ha reportado como el más efectivo, con tasas de éxito de 44-100%.^{8,10} Por lo anterior, se reitera la importancia de realizar revisiones radiográficas periódicas tras la colocación de un dispositivo, además de un interrogatorio dirigido para detectar síntomas inespecíficos de perforación.

REFERENCIAS

1. Tong JY, Sun WC, Li J, Jin M, Shen XZ, Zhang ZF. Uterine perforation in an adolescent using an intrauterine device with memory function: a case report and review of the published work. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015; 41 (4): 646-649. doi: 10.1111/jog.12591.
2. Rowlands S, Oloto E, Horwell DH. Intrauterine devices and risk of uterine perforation: current perspectives. *Open Access J Contracept.* 2016 Mar; 7: 19-32. doi: 10.2147/OAJC.S85546.
3. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception.* 2015; 91 (4): 274-279. doi: 10.1016/j.contraception.2015.01.007.
4. Boyon C, Giraudet G, Guérin Du Masgenet B, Lucot JP, Goeusse P et al. Diagnosis and management of uterine perforations after intrauterine device insertion: a report of 11 cases. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013; 41 (5): 314-321. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.05.006.
5. Kho KA, Chamsy DJ. Perforated intraperitoneal intrauterine contraceptive devices: diagnosis, management, and clinical outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014; 21 (4): 596-601. doi: 10.1016/j.jmig.2013.12.123.
6. Niu H, Zhang L, Yao S, Qu Q. Successful removal of an intrauterine device perforating the uterus and the bladder with the aid of a transurethral nephroscope. *Int Urogynecol J.* 2019; 30 (2): 325-326. doi: 10.1007/s00192-018-3746-8.
7. Norman WV, Stothart D. IUD string perforation through anterior cervix: a case report. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37 (4): 345-348. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30285-1.
8. Gunbey HP, Sayit AT, Idilman IS, Aksoy O. Migration of intrauterine devices with radiological findings: report on two cases. *BMJ Case Rep.* 2014; 2014: bcr2013202522. doi: 10.1136/bcr-2013-202522.
9. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lahteenmaki P, Heikinheimo O. Uterine perforation caused by intrauterine devices: clinical course and treatment. *Hum Reprod.* 2013; 28 (6): 1546-1551. doi: 10.1093/humrep/det074.
10. Aydogdu O, Pulat H. Asymptomatic far-migration of an intrauterine device into the abdominal cavity: a rare entity. *Can Urol Assoc J.* 2012; 6 (3): E134-E136. doi: 10.5489/cuaj.11100.