

## Presentación de caso

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba

## Dispositivo anticonceptivo intraovárico. Presentación de caso

## Intraovaric anticonceptive device. Case presentation

**Arley Armando Guelmes Domínguez<sup>1</sup>, Liván Quintero Tavío<sup>2</sup>, Raimundo Fuentes Díaz<sup>3</sup>, Manuel López Pérez<sup>4</sup>**

Especialista de 1er grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Profesor Asistente. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba<sup>1</sup>. arley@hpss.ssp.sld.cu

Especialista de 2do grado en Cirugía General y Coloproctología. Profesor Auxiliar. Investigador Adjunto. Máster en Longevidad Satisfactoria y Educación Médica Superior. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba<sup>2</sup>.

Especialista de 2do grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba<sup>3</sup>.

Especialista de 2do grado en Cirugía General y Coloproctología. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Investigador Adjunto. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba<sup>4</sup>.

## RESUMEN

**Fundamento:** los dispositivos intrauterinos no están exentos de complicaciones y al igual que cualquier otro cuerpo extraño implantado en el organismo puede migrar a otra región. **Presentación de caso:** paciente femenina con antecedentes de implantación de un dispositivo intrauterino (T de cobre) en su área de salud hace seis meses, acude al servicio de cirugía refiriendo dolor intermitente en fosa iliaca izquierda y bajo vientre de varios meses de evolución, además de proctodinia. En el ultrasonido abdominal y ginecológico no se observó la presencia del dispositivo intrauterino pero sí hacia la proyección anexial izquierda, en el rayos x de pelvis antero posterior se comprobó la imagen radiopaca del dispositivo intrauterino hacia fosa ilíaca izquierda. **Conclusiones:** se intervino quirúrgicamente encontrándose dispositivo intrauterino de localización intraovárica y trompa de Falopio de ese lado inflamada y adherida al ovario, realizándosele salpingectomía y ooforectomía izquierda. La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones postoperatorias, se egresó a los cinco días después de terminado el tratamiento antibiótico de la sala de cirugía.

**DeCS:** DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE COBRE, OVARIO/cirugía, TROMPAS UTERINAS/cirugía, MIGRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO/cirugía

**Palabras clave:** dispositivo intrauterino, migración, ovario, ooforectomía

## SUMMARY

**Background:** the intrauterine devices are not exempt of complications and as any other foreign body implanted in the organism can migrate to another area. **Case presentation:** a female patient with a history of an implant of an intrauterine device (copper T) in her health area six months ago comes to the surgery service with an intermittent pain in the left iliac fossa and low abdomen with several months of evolution, besides proctodinia. In the abdominal and gynecological ultrasounds there was no presence of the intrauterine device but towards the left iliac fossa. **Conclusions:** She had a surgery, finding the intrauterine device of intraovaric and phallopians' trump of that swollen and adhered side to the ovary, carrying out left

salpingectomy and oophorectomy. The patient evolved favorably without post-operative complications. She was released five days after finished the antibiotic treatment of the surgery ward.

**MeSH:** INTRAUTERINE DEVICES, COPPER OVARY/surgery, FALLOPIAN TUBES/surgery, FOREIGN BODY MIGRATION/surgery

**Keywords:** intrauterine device, migration, ovary, oophorectomy

## INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intrauterinos (DIU) ocupan el primer lugar de los métodos anticonceptivos reversibles utilizados a nivel mundial, se estima que alrededor de 130 millones de mujeres lo usan, constituyendo el más empleado por los países en vías de desarrollo. La implantación de materiales extraños en el cuerpo humano con fines terapéuticos se viene realizando de forma deliberada desde hace varios siglos, ya en la antigua Fenicia se describía el uso de pequeños fragmentos de cuero introducidos en el útero con fines anticonceptivos<sup>1,2</sup>.

Los DIU no están exentos de complicaciones y al igual que cualquier otro cuerpo extraño implantado en el organismo puede migrar a otra región. Su inserción puede ir asociado a varias complicaciones como son el fracaso del método (que se presenta en un 0,8 por 100 en el primer año de uso), la enfermedad inflamatoria pélvica (cuya incidencia es 2-4 veces más frecuente que las que no lo usan) y la perforación uterina (es la más frecuente, con una frecuencia de 0,5 a 1 por cada 1 000 inserciones)<sup>2,3</sup>.

La perforación uterina es una complicación seria asociada a los mismos, esta puede ocurrir en el momento de la inserción, siendo su mayor incidencia en el puerperio inmediato y postaborto o como consecuencia de un proceso gradual de migración hacia la cavidad pelviana en caso que el dispositivo haya quedado parcialmente incrustado. Ocasionalmente puede perforar órganos adyacentes como rectosigmoideos, vejiga, apéndice, intestino delgado e incluso parénquima ovárico, con una frecuencia de 0,1 a 0,9 % del total de las perforaciones, estas habitualmente son sintomáticas y requieren remoción inmediata<sup>2,4</sup>.

Son factores condicionantes de perforación uterina el tamaño y posición del útero al momento de la inserción, malformaciones congénitas uterinas, tipo de dispositivo y la experiencia del operador. El diagnóstico es habitualmente sospechado al no visualizarse las guías en el canal endocervical al examen vaginal y su ausencia dentro de la cavidad uterina mediante la ecografía transvaginal. La radiografía abdomino-pélvica es un muy buen método para el diagnóstico de dispositivo intraabdominal y como alternativa diagnóstica se puede utilizar un instrumento radio-opaco en cavidad uterina para ver su relación con el dispositivo. La tomografía axial computarizada (TAC) puede confirmar el diagnóstico con una alta sensibilidad, pero rara vez es solicitado por su alto costo<sup>2,4-5</sup>.

El tratamiento más aceptado de tal complicación, es la remoción del dispositivo ya sea por laparotomía o laparoscopia, principalmente por el riesgo de formación de una adherencia abdómino-pélvica y posible injuria a órganos adyacentes. La laparoscopia constituye un excelente método para la resolución de estos casos, ya que permite la realización de procedimientos complejos, como la liberación de adherencias, disección de plastrones y suturas, con una mejor visualización de los elementos anatómicos de la pelvis. Hay autores que cuestionan este abordaje, ya que las complicaciones intestinales y los hallazgos encontrados durante la cirugía, son insignificantes, por lo que la remoción no sería indicada en caso de perforación uterina<sup>1,2,6</sup>.

Este caso es novedoso porque esta paciente constituye, según la literatura revisada, el segundo caso hasta el momento de DIU migrado que lo hace al ovario en Cuba y el primero reportado en la provincia Sancti Spiritus.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 24 años de edad con antecedentes de implantación de dispositivo intrauterino (T de cobre) en su área de salud hace seis meses, acude al servicio de cirugía del Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus refiriendo dolor intermitente en fosa iliaca izquierda y bajo vientre de varios meses de evolución, además de proctodinea en ocasiones. Se examina, comprobándose dolor ligero a la palpación en fosa iliaca izquierda, al tacto vaginal discreto dolor a la palpación a nivel del anejo

izquierdo y ausencia de las guías del DIU tras examen con espéculo del cérvix, el tacto rectal fue normal. Son indicados los complementarios de rutina y ultrasonido abdominal e ginecológico donde no se observó la presencia del DIU intrauterino pero sí hacia la proyección anexial izquierda. Mediante una radiografía simple de pelvis en vista antero posterior, se logró identificar en esta misma proyección la radiopacidad producida por el anticonceptivo (figura 1). Se decide realizar laparotomía programada para extracción del DIU; se intervino quirúrgicamente mediante una incisión paramedia izquierda infra umbilical encontrándose DIU en localización intraovárica y trompa de ese lado adherida al ovario e inflamada, se realizó salpingectomía y ooforectomía izquierda (figura 2), se cerró la incisión por planos hasta la piel, fue trasladada posteriormente a la sala de cirugía para continuar con tratamiento antibiótico y cuidados postoperatorios inmediatos. Evolucionó favorablemente, se le dió de alta a los cinco días posteriores sin complicaciones.

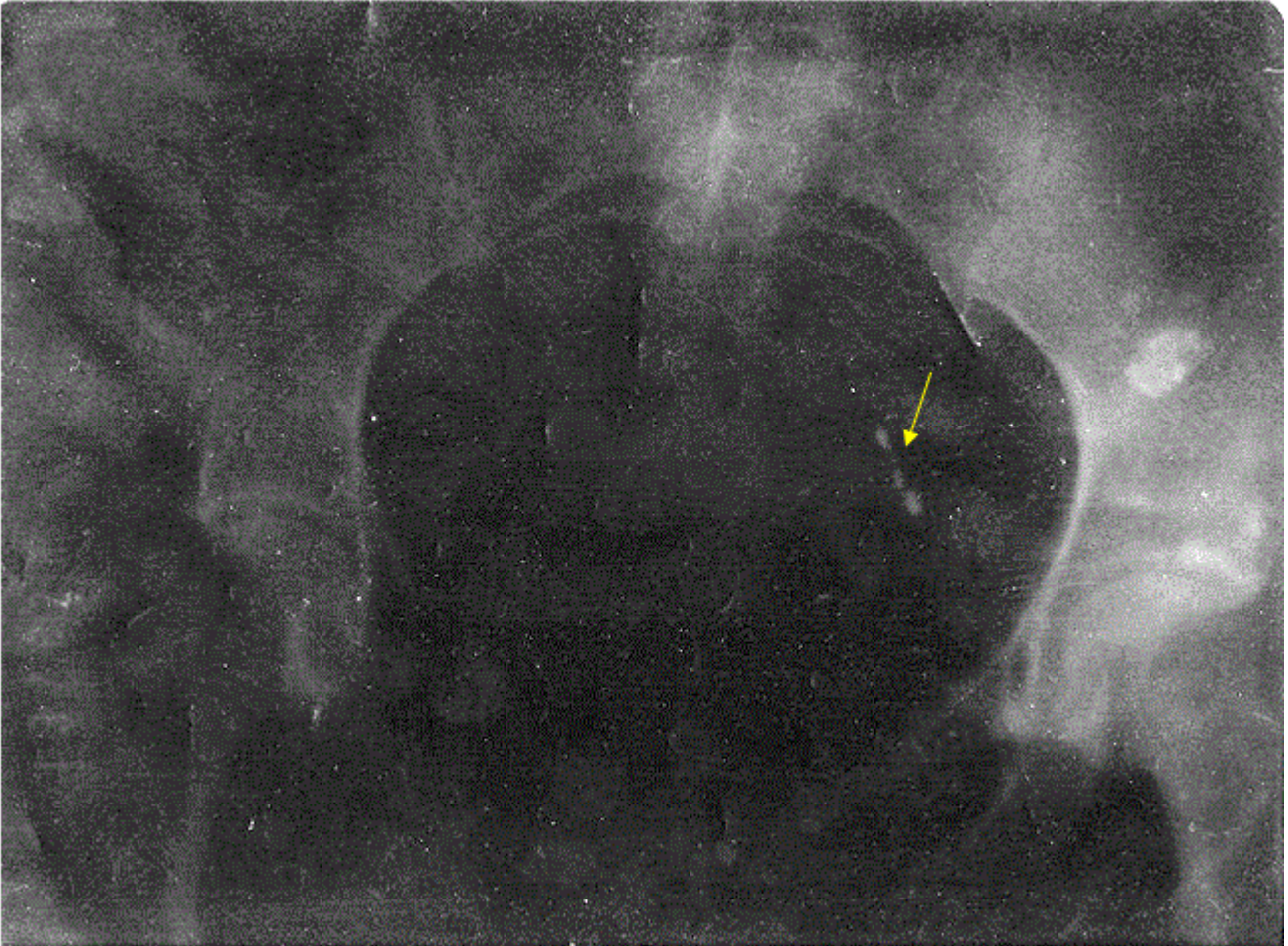


Figura 1. Imagen del DIU por Rx de pelvis antero posterior.

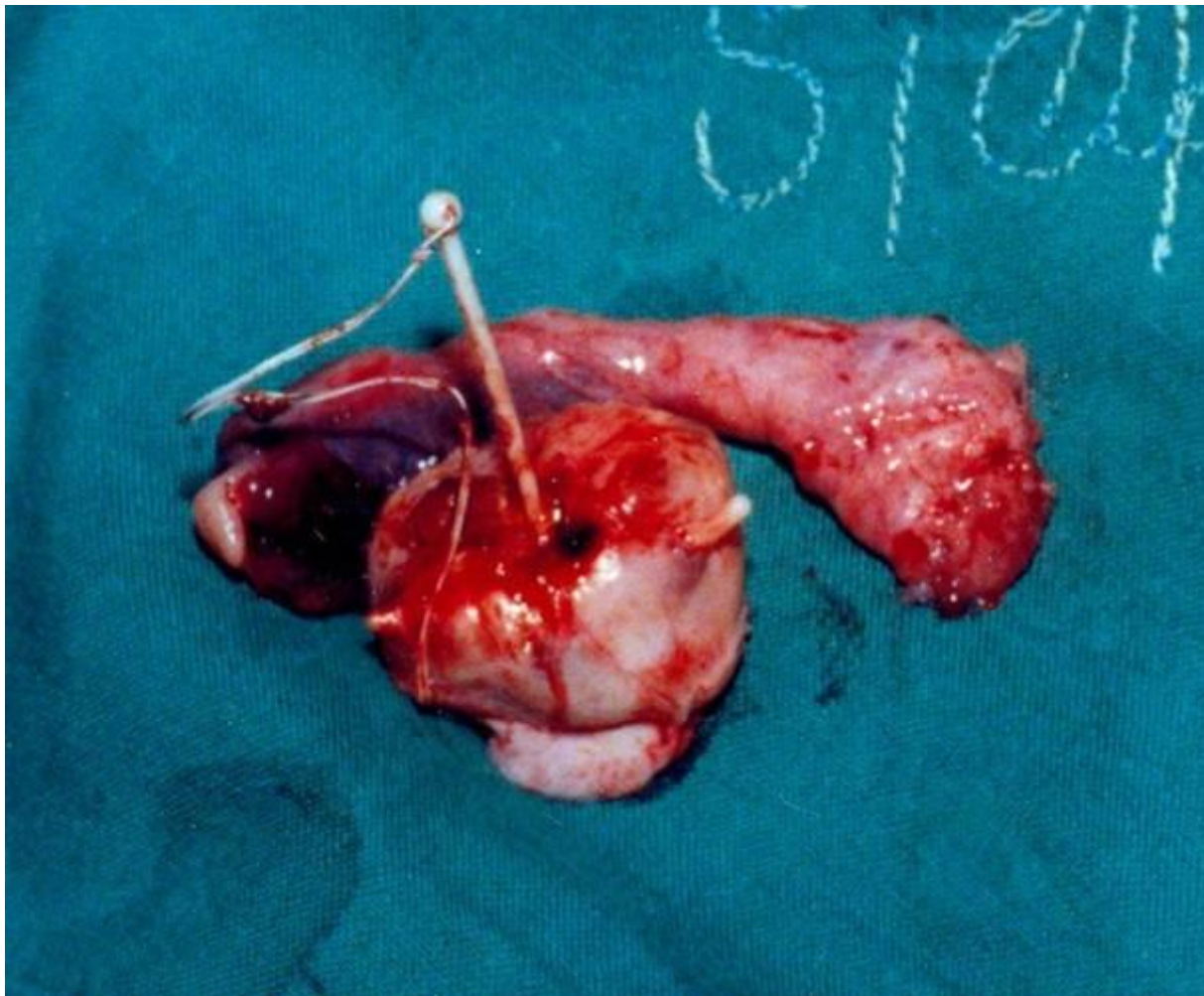


Figura 2. Pieza quirúrgica extraída.

## DISCUSIÓN

Los dispositivos intrauterinos, a pesar de ser el método contraceptivo más usado en el control de la fertilidad en países desarrollados con casi 130 millones de usuarias en el mundo, está asociado aunque en raras ocasiones a serias complicaciones, siendo la perforación uterina y su expulsión a la cavidad abdominal la más relevante ya que puede comprometer órganos vecinos tales como epiplón, vejiga, apéndice, recto-sigmoides y otros. En la actualidad los más usados por su eficacia y menos efectos colaterales son los DIU en forma de T medicados con cobre o levonorgestrel, el Lippes que se popularizó en 1962 ya no es usado en la atención primaria de los servicios de salud<sup>1,2</sup>.

La translocación de los dispositivos intrauterinos ocurre fundamentalmente hacia la cavidad abdominal por perforación parcial del útero y migración lenta y asintomática inadvertida. Hasta 1999 se habían reportado en la literatura un total de 165 casos, localizados estos en epiplón mayor, rectosigmoides, peritoneo y vejiga fundamentalmente, y en número mucho menor en el apéndice cecal, intestino delgado, anejos y vena ilíaca, estos dos últimos con tan solo un caso cada uno<sup>2,4,5</sup>.

La migración fuera de la cavidad uterina de estos dispositivos se ha asociado en un 15 % de los casos a la presencia de algún tipo de complicación seria. Estas están asociadas a la posibilidad de adherencia o protrusión del implante por órganos vitales, con el consiguiente peligro que representa la perforación de un asa intestinal (consideradas raras y peligrosas), de otra estructura o su acción como un asa cerrada y la consiguiente oclusión intestinal mecánica<sup>5</sup>.

El diagnóstico de perforación es relativamente fácil cuando existe un alto índice de sospecha, como es la ausencia de señuelo al examen vaginal, presencia de embarazo en pacientes portadoras de DIU y dolor más metrorragia en pacientes con inserciones recientes. El desplazamiento de dichos implantes intrauterinos debe sospecharse ante la ausencia de la guía de este al examen del orificio cervical externo, en una paciente que acude refiriendo la posibilidad de expulsión del DIU (aunque no lo ha comprobado) o embarazo con este, en los casos no complicados<sup>2,4</sup>.

El diagnóstico es corroborado con una histeroscopia, ultrasonografía abdominal o rayos X de la pelvis, como ocurrió en este caso. Estos dos últimos métodos son usualmente suficientes para su localización, sobre todo en los que poseen cobre o son radio-opacos. En algunas pacientes su ubicación radiológica es muy difícil, sobre todo en los dispositivos medicados (considerados además como los más peligrosos al encontrarse libres en cavidad abdominal por la posibilidad de crear adherencias severas), que tan solo emiten sombra acústica en sus extremos. En casos así se debe recurrir a la realización de una TAC, fluoroscopia, rayos X en diversas vistas o laparoscopia, mediante la ultrasonografía transvaginal es posible localizar la posición del dispositivo intraabdominal en un 83,3 % de los casos<sup>1,2,4,6</sup>.

Una vez hecho el diagnóstico el tratamiento más aceptado es su extracción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todo dispositivo intraabdominal debe ser removido una vez que el diagnóstico ha sido establecido, principalmente por el daño potencial de los DIU medicados con cobre y/o levonorgestrel, además de los problemas médico-legales, ya sea por vía laparotómica o laparoscópica, esta última es la forma preferida. Sin embargo, muchas veces el abordaje laparoscópico de estas pacientes constituye un verdadero reto para el cirujano siendo la tasa de éxito entre un 44 a 100 %, debido a la imposibilidad de localizarlo durante el proceder, lo que conlleva un riesgo quirúrgico mayor y se requiere en múltiples ocasiones del empleo de métodos de ubicación radiológica transoperatoria como la fluoroscopia, o incluso, su conversión a laparotomía<sup>1,5,6</sup>.

Este caso se puede catalogar como una curiosidad en la práctica médica ya que según la literatura revisada este constituye el segundo caso publicado en Cuba de DIU intraovárico y el primero en la provincia de Sancti Spíritus. Se intervino quirúrgicamente encontrándose dispositivo intrauterino de localización intraovárica y trompa de falopio de ese lado inflamada y adherida al ovario, realizándosele salpingectomía y ooforectomía izquierda.

## CONCLUSIONES

La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones postoperatorias, se egresó a los cinco días después de terminado el tratamiento antibiótico de la sala de cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Olive R, Jagadeesan P, Coker A. Laparoscopically assisted retrieval of lost IUCD/Foreign bodies. A novel locating technique with fluoroscopic image intensifier. *Surg Laparosc Endosc Tech.* 2007Aug; 17(4):303-6. Available from: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Surg%20Laparosc%20Endosc%20Tech.%202007%3B%2017%284%29%3A303-6> .
2. Fernández Gómez A, Norbert Milanés A, Sánchez Menéndez A, Hernández García A. Migración de un dispositivo intrauterino al ovario : presentación de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2011Jul-sep; 37(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300013)
3. Sabiston D. C. *Textbook of Surgery*, 18th ed. Philadelphia : W.B Saunders Company; 2007.
4. Ozdemir H, Mahmutyazicioglu K, Tanriuerdi HA, Gundoydu S, Savranlar A, Ozer T. Migration of an intrauterine contraceptive device to the ovary. *J Clin Ultrasound.* 2004Feb;32(2):91-4. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcu.10228/abstract>
5. Morales RA, Rosabal JE, García P, Batista J, Falcón R. Oclusión intestinal mecánica por DIU intrabdominal: presentación de un caso. *Rev Cubana Cir.* 2004;43(1):19. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol43\\_1\\_04/cir09104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol43_1_04/cir09104.htm)

6. Ozgun MT , Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolanbay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception*. 2007Feb;75(2):96-100. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782406003866>