

## Histeroscopia de consultorio para la extracción de dispositivo intrauterino. Revisión de la bibliografía

José Alanís Fuentes\* Marco Antonio Amoroso Hernández\*\*

Nivel de evidencia: III

### RESUMEN

**Objetivo:** revisar la bibliografía relacionada con las técnicas histeroscópicas como herramientas diagnósticas y terapéuticas ambulatorias para la extracción de cuerpos extraños en pacientes con dispositivo intrauterino.

**Metodología:** se realizó una búsqueda electrónica en las principales bases de datos con términos de búsqueda: histeroscopia y dispositivo intrauterino en artículos relacionados con la extracción de dispositivos intrauterinos mediante histeroscopia.

**Resultados:** los dispositivos intrauterinos perdidos o traslocados son problemas frecuentes debidos a la popularidad del método. La importancia del diagnóstico oportuno estriba en evitar consecuencias debidas a la inadecuada posición del dispositivo que induzcan un embarazo no deseado, sangrados genitales o lesiones a órganos vecinos, como intestino y vejiga. Con la valoración mediante ultrasonido o rayos X, o ambos, pueden localizarse dispositivos, normando la conducta terapéutica que en la mayoría de los casos será histeroscópica, la cual se realizará de forma ambulatoria (en consultorio), sin anestesia y con muy baja morbilidad para la paciente o, bien, en forma combinada con otros métodos, como son la laparoscopia en el quirófano cuando así esté indicado.

**Conclusiones:** la histeroscopia es un procedimiento efectivo para recuperar dispositivos intrauterinos ocultos o cuerpos extraños en pacientes adecuadamente seleccionadas.

**Palabras clave:** histeroscopia, DIU, cuerpos extraños, dispositivo intrauterino.

### ABSTRACT

**Objective:** Literature review of the current techniques of Hysteroscopy as the best ambulatory tool for recovery of transmigrated foreign bodies in users of Intrauterine Devices (IUDs).

**Method:** We browsed electronic databases from 1970 to 2008 using the search terms "hysteroscopy", "intrauterine device, with the related articles we made a bibliographic review.

**Results:** Several authors report the benefits of hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine foreign bodies in IUD users, results showed that hysteroscopy provides a cheaper and easier method for this purpose. Lost or migrated Intrauterine Devices (IUDs) cause frequent problems due to the popularity of the contraceptive method. The importance of timely diagnosis lies in the fact of its possible consequences such as unplanned pregnancy, genital bleeding and damage to adjacent organs. With appropriate evaluation is possible to identify the IUD and offer to the patient the best strategy of treatment with office hysteroscopy.

**Conclusions:** Hysteroscopy is proposed as a useful and effective procedure in diagnosis and treatment of lost IUD.

**Key words:** Hysteroscopy, intrauterine strange body, intrauterine device (IUD)

### RÉSUMÉ

**Objectif:** Revue de littérature des techniques actuelles de Hystérocopie ambulatoire comme le meilleur outil pour la récupération de corps étrangers dans le transmigrated utilisateurs de dispositifs intra-utérins (DIU).

**Méthode:** Nous avons consulté les bases de données électroniques, de 1970 à 2008 en utilisant les termes de recherche "Hystérocopie", "dispositif intra-utérin, avec les articles, nous avons fait une étude bibliographique.

**Résultats:** Plusieurs auteurs rapportent les avantages de l'hystérocopie dans le diagnostic et le traitement des corps étrangers intra-utérine dans utilisatrices de DIU, les résultats ont montré que l'hystérocopie fournit une méthode moins coûteuse et plus facile à cette fin. Lost ou migré Intrauterine Devices (DIU) provoquent souvent des problèmes en raison de la popularité de la méthode contraceptive.

L'importance du diagnostic en temps réside dans le fait de ses conséquences possibles, tels que les grossesses non planifiées, saignement génital et des dommages aux organes voisins. Avec d'évaluation appropriés est possible d'identifier le stérilet et offre au patient la meilleure stratégie de traitement avec les bureaux hystérocopie.

**Conclusions:** Hystérocopie est proposé comme une procédure utile et efficace dans le diagnostic et le traitement de la perte de DIU.

**Mots clés:** Hystérocopie, intra étrange corps, dispositif intra-utérin (DIU)

## RESUMO

**Objetivo:** Literatura de revisão das actuais técnicas de Histeroscopia como a melhor ferramenta para a recuperação de ambulatório transmigrated corpos estranhos em usuários de Intrauterine Devices (IUDs).

**Método:** Foi pesquisado bases de dados electrónicas a partir de 1970 a 2008 usando os termos de pesquisa "Histeroscopia", "dispositivo intrauterino, com os artigos relacionados, fizemos uma revisão bibliográfica.

**Resultados:** Vários autores relatam os benefícios da histeroscopia para o diagnóstico e tratamento de corpos estranhos intra no DIU usuários, os resultados mostraram que a histeroscopia fornece um método mais barato e mais fácil para o efeito. Perdeu ou migraram Intrauterine Devices (IUDs) causam problemas frequentes devido à popularidade do método contraceptivo. A importância do diagnóstico atempado reside no fato de suas possíveis consequências, como gravidez não planejada, sangramento genital e danos a órgãos adjacentes. Com uma avaliação adequada é possível identificar o DIU e oferecer ao paciente a melhor estratégia de tratamento com escritório histeroscopia.

**Conclusões:** A histeroscopia é proposto como um processo útil e eficaz no diagnóstico e tratamento de perda de DIU.

**Palavras-chave:** Histeroscopia, intra corpo estranho, dispositivo intrauterino (DIU)

La histeroscopia constituye una herramienta diagnóstica y terapéutica sumamente útil para el tratamiento de las afecciones uterinas endocavitarias benignas.<sup>1</sup> La primera histeroscopia diagnóstica y quirúrgica la efectuó Pantaleoni en 1869, con la exéresis de un pólipo en una mujer posmenopáusica.<sup>1,2</sup> Tuvieron que pasar más de 100 años para que se reconociera la importancia de la histeroscopia y su desarrollo se favoreció gracias a los avances tecnológicos en los sistemas ópticos que permitieron una observación más satisfactoria de la cavidad uterina.<sup>6</sup>

Desde mediados del decenio de 1980, la histeroscopia se ha convertido es un instrumento poderoso para la ob-

servación del canal endocervical y de la cavidad uterina. Cuenta, además, con un canal operatorio integrado para realizar procedimientos operatorios, como la biopsia dirigida.<sup>2,5</sup>

A pesar de las ventajas que han demostrado las técnicas endoscópicas en urología y ginecología, apenas un porcentaje mínimo de ginecólogos utilizan la histeroscopia de consultorio para evaluar las enfermedades intrauterinas.<sup>8</sup> Se estima que en Estados Unidos sólo 15% de los ginecólogos efectúan en forma rutinaria la histeroscopia de consultorio, lo cual puede deberse al desconocimiento de las ventajas de ésta, a la falta capacitación, al desconocimiento de las técnicas endoscópicas o al elevado costo del equipo. Por lo anterior, aún son muy pocos los centros que la realizan.<sup>7,8</sup>

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda electrónica en diversas bases de datos (OVID, PUBMED, MEDLINE, EDUMED-IMSS) con las palabras clave: histeroscopia y dispositivo intrauterino, se identificó la bibliografía relacionada con el uso del histeroscopia en el consultorio médico para el diagnóstico y retiro de cuerpos extraños en la cavidad uterina y en pacientes con dispositivo intrauterino (DIU). Se revisaron diversos estudios retrospectivos efectuados en más de mil pacientes en quienes se determinó que el dispositivo intrauterino estaba oculto, pérdida de la guía,

\* Jefe de Salud Reproductiva.

\*\* Alumno del Diplomado de Histeroscopia.  
Hospital General Dr. Manuel Gea González. Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. José Alanís Fuentes. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Calzada de Tlalpan 4800, colonia Sector XVI, CP 14080, México, DF.  
Correo electrónico: josealanisfuentes@yahoo.com.mx  
Recibido: mayo, 2008. Aceptado: febrero, 2009.

Este artículo debe citarse como: Alanís FJ, Amoroso HMA. Histeroscopia de consultorio para la extracción del dispositivo intrauterino. Revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2009;77(4):199-203.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

migración e incluso perforación de útero.

## RESULTADOS

De acuerdo con la bibliografía revisada se encontró que la técnica vigente y cada día más utilizada por los investigadores es la propuesta por Betocchi,<sup>7</sup> que consiste en un abordaje directo a la vagina denominado acceso por vaginoscopia, sin necesidad del espéculo vaginal ni de tenáculo para tracción cervical y con el que se evita el dolor provocado por la manipulación excesiva a la paciente. El uso rutinario de solución fisiológica tibia, como medio de distensión, ayuda en forma excelente a realizar el procedimiento con mínimas molestias a la paciente.<sup>8</sup> Uno de los problemas mayores del histeroscopista es poder pasar a través del orificio cervical interno, lo cual fue superado con el uso de histeroscopios de nueva generación que son de forma oval y con 4 mm de diámetro promedio, lo que facilita enormemente el paso por el canal endocervical sin provocar mayores problemas a la paciente, en cuanto a dolor se refiere (histeroscopia de flujo continuo de 4 mm Karl Storz).<sup>2,5,7</sup>

Unos de los primeros antecedentes en cuanto a indicaciones de la histeroscopia fueron los descritos por Valle, en 1978. Actualmente estas indicaciones no han cambiado en forma significativa y las ha adoptado la mayor parte de los centros.<sup>1,5,13</sup> Entre las indicaciones de la histeroscopia están: sangrado uterino anormal, que puede deberse a pólipos endometriales o leiomiomas submucosos; la histerosalpingografía anormal y el ultrasonido uterino que sospeche la existencia de una lesión de la cavidad; sospecha de septos intrauterinos y lesiones focales, o dispositivos intrauterinos perdidos y detectados por ultrasonido, rayos X o ambos.<sup>2,6,7</sup> (Cuadro 1)

Una de las indicaciones de la histeroscopia de con-

sultorio es la extracción de dispositivos intrauterinos translocados.<sup>8,11,12,14</sup>

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más utilizados por mujeres de todo el mundo. Se calcula que lo utilizan 160 millones de mujeres (poco más de dos tercios de las cuales viven en China, donde es el método anticonceptivo más requerido).<sup>33</sup> El primer reporte de dispositivo intrauterino, con mayor semejanza con los que se utilizan en la actualidad, se publicó en Alemania, en 1909, por Richard Richter.<sup>3</sup> Hoy en día existen diversos modelos, con diferentes tiempos de vida útil. Uno de los dispositivos con mayor duración es la T de cobre 380A, que es eficaz incluso 12 años. Sólo el personal de salud con adiestramiento específico para la inserción y retiro de dispositivos intrauterinos debe efectuar estas maniobras. El dispositivo debe permanecer en el útero mientras no se desee el embarazo.<sup>33</sup>

Al igual que cualquier método anticonceptivo, el dispositivo intrauterino no está exento de efectos adversos y complicaciones. Entre estas últimas están: sangrado uterino anormal, datos de enfermedad pélvica inflamatoria, migración y perforación uterina. Las dos últimas pueden ser las más graves, en caso de no ser tratadas correcta y oportunamente.<sup>14,15</sup> Algunas de las mujeres con estas complicaciones no manifiestan datos clínicos sino hasta meses o años después de la inserción, cuando pueden encontrarse lesiones a órganos adyacentes, como la vejiga<sup>18,20,21</sup> y los intestinos,<sup>27,32</sup> que suelen ser hallazgos en la consulta externa de ginecología. Cuando la paciente refiere datos de enfermedad pélvica inflamatoria crónica o síntomas urinarios bajos repetitivos y resistentes al tratamiento convencional, o durante la exploración ginecológica con especulocopia, en donde el ginecólogo sospecha la pérdida o la traslocación del dispositivo intrauterino al no encontrar las guías del mismo. En el mejor de los casos, “el diagnóstico” de dispositivo intrauterino fuera de lugar se evidencia por ultrasonido pélvico.<sup>13</sup> En caso contrario, puede recurrirse a la radiografía abdominal para determinar si el dispositivo fue expulsado o migró a algún órgano vecino.<sup>14</sup>

Antes de que se dispusiera de la histeroscopia diagnóstica, la atención de pacientes con sospecha de dispositivo intrauterino translocado se realizaba con dilatación cervical y legrado uterino, con anestesia general y sus posibles complicaciones. En la actualidad, la histeroscopia ha

**Cuadro 1.** Indicaciones para histeroscopia diagnóstica

- Lesiones de canal endocervical
- Sospecha de pólipos endometriales
- Histerosalpingografía o ultrasonido anormales
- Cuerpos extraños perdidos intrauterinos
- Anormalidades uterinas
- Adherencias intrauterina
- Evaluación de endometrio y ostium tubárico

demostrado ser un excelente método para remover trans-cervicalmente dichos cuerpos extraños.

Es común encontrar dispositivos intrauterinos traslocados o fragmentos de dispositivos retenidos después del intento de extracción a ciegas, existencia de restos de abortos diferidos, fragmentos óseos, metaplasia ósea secundaria o hilos de algodón de tampones higiénicos olvidados, así como suturas de cirugías previas, etc.<sup>26,30</sup>

Valle y colaboradores<sup>11</sup> realizaron un estudio observacional con 320 pacientes a quienes se les realizó histeroscopia; de ellas, 91 traían dispositivo intrauterino que no fue posible localizar ni extraer por métodos convencionales. Con el uso de la histeroscopia se localizó y removió exitosamente el dispositivo en 85% de ellas. En 13 casos no se localizó y en seis el dispositivo estaba traslocado y fue removido por laparoscopia o laparotomía.

Feng y colaboradores<sup>34</sup> reportan, en un estudio retrospectivo efectuado en 274 pacientes, la eficacia de la histeroscopia para localizar y retirar dispositivos intrauterinos translocados, con éxito de 86% en la localización y extracción del dispositivo intrauterino o de sus partes. En 37 pacientes no se localizó el dispositivo intrauterino, en 13 pacientes hubo expulsión espontánea y en dos casos se encontraron restos del dispositivo embebidos en la pared del útero; 14 pacientes requirieron laparoscopia para retiro del dispositivo intrauterino o de sus restos y, finalmente, en ocho pacientes se requirió laparotomía.

Siegler y colaboradores<sup>10</sup> reportan un estudio con 200 pacientes examinadas con histeroscopia. En diez de ellas se determinó que tenían un dispositivo intrauterino oculto y en 90% el dispositivo era claramente visible con el histeroscopio. En seis pacientes el dispositivo intrauterino se removió exitosamente mediante histeroscopia.

Diversos autores están de acuerdo en que la evaluación de la cavidad uterina con sospecha de un cuerpo extraño puede realizarse fácilmente en el consultorio médico valiéndose de un histeroscopio con camisa de flujo continuo y canal de trabajo, fuente de luz adecuada y solución fisiológica para distender la cavidad uterina. Para este procedimiento no se requiere preparación, dilatación cervical, ni anestesia. Sin embargo, en algunos casos se recomienda utilizar inductores de maduración cervical (misoprostol) y analgesia con antiinflamatorios no esteroideos o antiespasmódicos.<sup>5,6,10,11</sup> (Cuadro 2)

A pesar de las ventajas de la histeroscopia, es importante recordar las contraindicaciones de ésta, con la finalidad

de evitar complicaciones médicas o legales. Entre las contraindicaciones están: enfermedad pélvica inflamatoria agudizada, sospecha de cáncer cervical invasor y de

**Cuadro 2.** Indicaciones de histeroscopia operatoria en consulta externa.

- Remoción de dispositivos intrauterinos perdidos u otros objetos perdidos
- Biopsia endometrial dirigida
- Pólipos pediculados pequeños menores de 2 cm
- Miomas submucosos menores de 3 cm
- Lisis de adherencias focales
- Septos uterinos

embarazo, falta de cooperación de la paciente y, definitivamente, la falta de experiencia del médico.<sup>9</sup>

Algunos de los problemas identificados en la búsqueda, localización y extracción de dispositivos intrauterinos por histeroscopia son:<sup>18,20,21,27</sup>

- a) Falla en su extracción por falta de adiestramiento o inexperiencia en el manejo del histeroscopio.
- b) Dispositivo intrauterino traslocado con hallazgo del mismo parcialmente incrustado en la pared uterina.
- c) Ausencia del dispositivo intrauterino en la cavidad uterina por migración a la vejiga, cavidad abdominal o intestinal.

Con la finalidad de evitar estas complicaciones, en algunos casos es recomendable complementar la histeroscopia con otros recursos endoscópicos, como la laparoscopia o la exploración por laparotomía.<sup>15,20,30,32</sup>

## DISCUSION

Los autores reportan a la histeroscopia como un procedimiento efectivo en la recuperación de dispositivos intrauterinos translocados y en el retiro de cuerpos extraños en pacientes adecuadamente seleccionadas. Entre sus ventajas se encuentran: que es un procedimiento médico-quirúrgico mínimamente invasor que puede realizarse en forma ambulatoria, sin anestesia y con baja tasa de morbilidad. Esto implica reducción de los costos hospitalarios. No debe olvidarse que el ginecólogo es quien debe decidir realizarla, siempre y cuando tenga adiestramiento específico en esta área que le permita realizar la histeroscopia con una técnica adecuada y reconocer las indicaciones y complicaciones de la misma.

Cuando hay apego a las normas de intervención y uso

correcto del histeroscopia, las ventajas superan los posibles riesgos, lo que hace de la histeroscopia una herramienta de gran valor en la consulta ginecológica para atención y diagnóstico de los padecimientos intrauterinos.

## REFERENCIAS

1. Valle RF. A manual of clinical hysteroscopy. 1st ed. New York: Parthenon Publishing, 1997;pp:6-18.
2. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales: Avances en las técnicas de laparoscopia e histeroscopia, 2004;pp:605-17.
3. Issacson K. Office hysteroscopy: a valuable but under-utilized technique (endoscopic surgery). *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14(4):381-5.
4. Van Herendel BJ, Valle R, Bettocchi S. Ambulatory hysteroscopy. Diagnosis and treatment. 1st ed. London: Blandon Medical Publishing, 2004;pp:2- 6.
5. Marana R, Marana E, Catalno GFI. Current practical application of office endoscopy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13(4):383-7.
6. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does diagnostic hysteroscopy mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15(4):303-8.
7. Siegler AM, Valle RF. Therapeutic hysteroscopy procedures. *Fertile Steril*. 1988; 50(5):685-701.
8. Valle RF, Sciarra JJ. Hysteroscopy removal of intrauterine devices with missing filaments. *Obstet Gynecol* 1977;49(1):55-60.
9. Gupta J, Devi PK. Hysteroscopic removal of intrauterine contraceptive device with missing threads. *Indian J Med Res* 1977;65(5):661-3.
10. Khrouf M, Slim N, Zouari F, Chelli H, Chelli M. Value of hysteroscopy in the removal of intrauterine devices lacking an examination string. *Tunis Med* 1985;63(8-9):475-7.
11. Organización Mundial de la Salud (WHO). Programa de salud reproductiva en la Mujer. México 2002.
12. Margulies L. History of intrauterine devices. *Bull N Y Acad Med* 1975;51(5):662-7.
13. Surico N, Ragonesi G, Talarico F. Hysteroscopy retrieval of occult IUD. *Panminerva Med* 1987;29(2):131-3.
14. Beedham T, Rao K. Giant vaginal stone with embedded contraceptive device. *J R Soc Med* 2001;94(10):522-3.
15. Ceballos GS, Sotelo VP. Caso inusual de un dispositivo intrauterino migrado a vejiga con cistolitiasis secundaria. *Rev Mex Urol* 2007;67(3):184-7.
16. Ozgur A, Sismanoglu A. Intravesical stone formation on intrauterine contraceptive device. *Int Urol Nephrol* 2004;36(3):354-8.
17. Velásquez V, Nava V. Perforación de útero y yeyuno secundaria a dispositivo intrauterino. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74(8):435-8.
18. Miranda L, Settembre A, Capasso P, Cuccurullo D, et al. Laparoscopic removal of an intraperitoneal translocated intrauterine contraceptive device. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8(2):122-5.
19. Mulayin B, Mulayin S, Celik NY. A lost intrauterine device. Guess where we found it and how it happened? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11(1):47-49.
20. Levsky JM, Herskovits M. Incidental detection of a transmigrated intrauterine device. *Emerg Radiol* 2005;11(5):312-4.
21. Feng ZC, Shi PY, Wu ZW, Liu PS. The application of hysteroscopy in diagnosis and treatment of missing intrauterine devices. *Gynaecol Endosc* 2001;10(1):61-63.
22. Siegler AM, Kemmann E. Hysteroscopic removal of occult intrauterine contraceptive device. *Obstet Gynecol* 1975;46(5):604-6.
23. Brandley LD. Complications in hysteroscopy: prevention, treatment and legal risk. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14(4):409-15.