



Recibido: 17 de abril de 2012
Aceptado: 22 de junio de 2012

Resolución laparoscópica de translocación abdominal de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso

Héctor Herrera-Meillón,* Sergio Emigdio Armenta-Aguilera,† Gerardo Muñoz-Jiménez,† Francisco Javier Hagenbeck-Altamirano,§ Rodrigo Ayala-Yáñez^{II}

* Instituto Mexicano del Seguro Social. Médico adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona # 32; Servicio de Cirugía General The American British Cowdray Medical Center, IAP.

† Instituto Mexicano del Seguro Social. Residente del 1er año de Cirugía General del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

§ Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia, The American British Cowdray Medical Center, IAP.

^{II} Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia, The American British Cowdray Medical Center, IAP.

RESUMEN

A partir de que Richter R, en 1909, realizó la primera publicación sobre el uso de dispositivos intrauterinos con fines anticonceptivos, la forma, los materiales, las indicaciones, así como las contraindicaciones han evolucionado hasta convertirse en el método de planificación familiar más usado en el mundo. El riesgo de perforación durante la inserción es bajo; sin embargo, ha sido referida. En la literatura se ha descrito el uso de la laparoscopia para la extracción de dispositivos intrauterinos migrados a cavidad abdominal. En la presente publicación se reporta el caso clínico de una mujer de 29 años de edad, con antecedente de colocación de dispositivo intrauterino, dos años previos, por vía vaginal sin complicación aparente; comenta sólo dolor de cólico posterior a la colocación que va cediendo a analgésicos vía oral no especificados, sin sintomatología hasta la fecha. Acude a revisión y realización de citología cervical donde no se encuentran hilos guía del dispositivo intrauterino. Mediante radiografía simple de abdomen y bajo fluoroscopia se determina la localización intraabdominal del testigo radiopaco del dispositivo, es valorada por el Servicio de Cirugía General y se determina a realizar la extracción del mismo por vía laparoscópica sin complicaciones; se encontró el dispositivo con adherencias a omento mayor, sin afección aparente de órganos intraabdominales. La Organización Mundial de la Salud recomienda la extracción inmediata de los dispositivos intrauterinos que han migrado. La migración del dispositivo intrauterino a la cavidad abdominal es una complicación poco frecuente, y la presentación como hallazgo en pacientes asintomáticas es aún menos frecuente; en una revisión sistemática de la literatura, Richdeep S y cols. valoraron 49 artículos en los que encontraron 179 casos de manejo laparoscópico, reportando al omento como el sitio más frecuente de localización (26.7%). La relevancia del presente caso radica en la presentación asintomática dos

ABSTRACT

Since Richter R. in 1909 performed the first publication on the use of intrauterine devices; materials, forms, indications and contraindications of these have evolved to become the method most widely used family planning in the world. Although the risk of perforation during insertion is low, it exists. The literature has described the use of laparoscopy for removal of intrauterine devices migrated to the abdominal cavity. Case report: 29 years old woman who two years before suffers colic pain posterior to application of an intrauterine device with no complications, and diminishes with the use of unspecified analgesics, and stays asymptomatic to date. She attended a review, and underwent to cervical cytology, during the procedure, was impossible to see the strings of the intrauterine device. Plain abdominal radiography and fluoroscopy were done to determine the location of the radiopaque intraabdominal witness. Assessed by the General Surgery Service we determined extraction of the device by laparoscopy and was done without any complication. Findings: strong omentum adhesions to the device, but no apparent damage to other abdominal organs. The World Health Organization recommends the immediate removal of intrauterine devices that have migrated. The migration of the intrauterine devices into the abdominal cavity is a rare complication, and the presentation as an incidental finding in asymptomatic patients is even less common, a systematic review of literature, Richdeep S. et al, evaluated 49 items found 179 cases of laparoscopic management reporting the omentum as the most common site of localization (26.7%). The relevance of this case lies in the asymptomatic presentation two years after insertion, the diagnostic route using radiographs and fluoroscopy, and extraction without complications and with excellent results laparoscopically.

años posteriores a su inserción, la ruta diagnóstica utilizando radiografías simples y fluoroscopia, así como la extracción sin complicaciones y con excelente resultado, vía laparoscópica.

Palabras clave: Dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino medicados, migración del dispositivo intrauterino, laparoscopia.

Key words: Copper intrauterine devices, intrauterine devices medicated, intrauterine device migration, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

Richter R realizó la primera publicación sobre el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), descrito como un pesario de seda, del inglés “pessary”, término que hace referencia a un objeto que puede ser introducido en el recto o la vagina con múltiples propósitos. Posteriormente, Karl Pust y Ernest Graefenberg por separado en la década de 1920, publicaron el uso de anillos de seda, Pust asociado a una pieza de cristal y Graefenberg con fines de visualización por rayos X asociada a una pieza de plata pura, la cual posteriormente sustituyó por “plata alemana”, una aleación de cobre, níquel y zinc que colocó a manera de espiral en la seda.¹⁻³ En la actualidad, los DIU han evolucionado para convertirse en el método de planificación familiar más usado en el mundo, con una alta efectividad como anticonceptivo y buen apego al método; también está indicado como parte del tratamiento de patologías ginecológicas como la endometriosis en el caso del dispositivo intrauterino con levonorgestrel.⁴

En relación a las complicaciones, hay estudios que comprueban que el método se asocia a infección ascendente como la enfermedad pélvica inflamatoria, en caso de infección preexistente por *Chlamydia trachomatis* y gonorrea con tasas de 0 a 5% y en pacientes sin infección previa de 0 a 2%. A pesar de que el riesgo de perforación es bajo (1:1,000) deben evitarse los factores y condiciones que eleven esta frecuencia. Previo al advenimiento de la era laparoscópica, está descrita la extracción vía laparotomía de los DIU migrados; con la diversificación de la laparoscopia, se ha aceptado su uso en diferentes intervenciones, y en algunos ha comprobado ser mejor opción frente a la cirugía abierta, como es el caso del diagnóstico mínimamente invasivo gracias a la laparoscopia diagnóstica y terapéutica.⁵⁻⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 29 años, originaria y residente del Distrito Federal, no manifestó alergias ni enfermedades crónicas. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: menarca a 12 años, eumenorreica, inicio de vida sexual activa a los 24 años, gesta uno, cesárea uno en el 2009, como método de planificación familiar: DIU de cobre de dos años de uso, sin revisiones periódicas postinserción, sólo realización de citología cervical un año posterior a su colocación que la paciente reporta como normal. Se presenta de manera espontánea a su Unidad de Medicina Familiar para revisión de DIU y realización de citología cervical; en la especuloscopia no se aprecian las bridas del DIU. Referida a Segundo Nivel de Atención Médica. A su ingreso antecedente de colocación de DIU por vía vaginal sin complicación aparente; comenta sólo dolor cólico posterior a la inserción cediendo a analgésicos vía oral no especificados, sin sintomatología hasta la fecha, negando dismenorrea, sangrado uterino anormal, cervicovaginitis. A la exploración física: presión arterial de 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 72 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones/minuto, temperatura 36 °C. Mucosas bien hidratadas, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados y sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, abdomen simétrico, con ruidos peristálticos presentes, normales en frecuencia e intensidad, blando, depresible, sin hiperestesia o hiperbaralgesia, sin dolor a la palpación media o profunda, sin masas o megalías. Signos negativos: descompresión, apendiculares, Dunphy y Jobert; maniobra de Tarall negativa. Se realiza radiografía simple de abdomen y valoración bajo fluoroscopio con hallazgo de DIU previamente colocado de forma intencionada por el Servicio de Ginecología, como testigo, así como imagen radiopaca de dispositivo

migrado en cuadrante superior derecho que modifica su posición con la movilización de la paciente (*Figuras 1 a 3*).

Valorada por el Servicio de Cirugía General, con el diagnóstico de DIU translocado de colocación en cuadrante superior derecho de dos años de evolución sin datos de abdomen agudo. Por el tiempo de evolución, la presentación asintomática y por no contar con datos clínicos de complicación o urgencia, se programa electivamente cirugía laparoscópica, la cual se realiza sin complicaciones, con hallazgo de DIU encapsulado por adherencias firmes y laxas a omento mayor, de las cuales se liberó con electrocauterio y disección cortante (*Figura 4*).

La paciente presentó una evolución favorable en el postoperatorio y egresó como cirugía ambulatoria sin complicaciones mediatas.

DISCUSIÓN

La migración del DIU a la cavidad abdominal es una complicación poco frecuente; en una revisión sistemática de la literatura, Gill RS y cols. valoraron 49 artículos encontrando 179 casos de manejo lapa-

roscópico y reportan como sitios más frecuentes de localización: omento (26.7%), fondo de saco de Douglas (21.5%), luz colónica asociado a perforación (10.4%), miometrio (7.4%), ligamento ancho (6.7%), libre en cavidad (5.2%), serosa de intestino delgado (4.4%), serosa del colon (3.7%) y mesenterio (3%). Se han reportado otras localizaciones menos frecuentes como la vejiga urinaria, apéndice cecal, pared abdominal, tubas uterinas, ovarios, retroperitoneo e intestino delgado asociado a perforación o isquemia del mismo.⁸⁻¹² La presentación asintomática es muy poco frecuente, la manera más común de presentación es con dolor en un 42.7% seguido del embarazo en 32%; en el presente caso la paciente se refería asintomática y la sospecha se realizó al no encontrar los hilos guía, por lo que el Servicio de Ginecología decidió la colocación de DIU como referencia, y mediante radiografías simples y bajo fluoroscopio, el Servicio de Radiología determinó la localización intraabdominal libre en cavidad. La literatura recomienda la realización de un rastreo mediante ultrasonido para determinar la localización del dispositivo en el caso de que las radiografías simples no nos permitan identificar la localización, en especial si la duda radica en si acaso el dispositivo se encuentra intrauterino, o bien extrauterino.^{13,14}



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en decúbito en donde se observa la presencia de objeto radioopaco en flanco derecho.



Figura 2. Radiografía simple de abdomen, proyección lateral de pie, en donde se observa objeto radioopaco anterior a cuerpos vertebrales.



Figura 3. Radiografía simple de abdomen proyección lateral en decúbito. Se observa objeto radioopaco prevertebral.

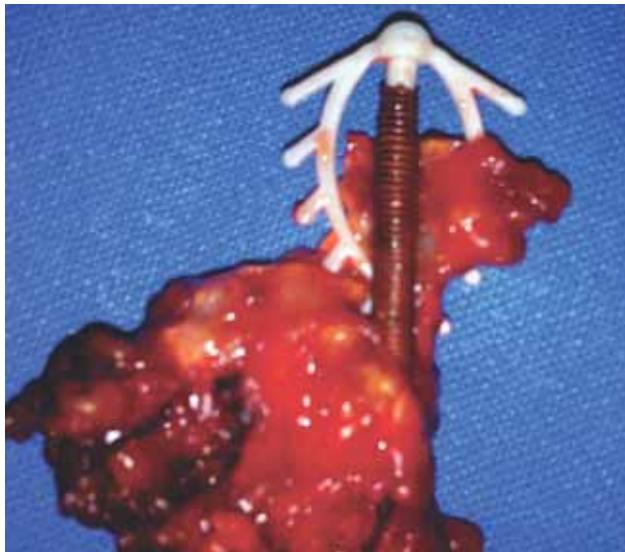


Figura 4. Dispositivo intrauterino encapsulado por epiplón mayor en flanco derecho extraído por laparoscopia.

La Organización Mundial de la Salud recomienda remover inmediatamente el DIU migrado; sin embargo, en el presente caso, dado que la paciente se encontraba asintomática, se decidió su extracción electiva por vía laparoscópica.¹⁴

CONCLUSIONES

La relevancia del presente caso radica en la presentación asintomática de DIU translocado a cavidad abdominal dos años posteriores a su inserción; la ruta diagnóstica utilizando radiografías simples y fluoroscopio, así como la extracción sin complicaciones y con excelente resultado vía laparoscópica.

REFERENCIAS

1. Richter R. Ein mittel zur verhuetung der konzeption. Deutsch Med Wschr 1909; 35: 1525-27.
2. Margulies L. History of intrauterine devices. Bull N Y Acad Med 1975; 51: 662-7.
3. The ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems. Hum Reprod Update 2008; 14: 197-208.
4. WHO. Mechanism of action, safety, and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser 1987; 753: 1-91.
5. Balci O, Mahmoud AS, Capar M, Colakoglu MC. Diagnosis and management of intra-abdominal, mislocated intrauterine devices. Arch Gynecol Obstet 2010; 281: 1019-22.
6. Grimes DA, López LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices [monograph on the Internet]. Cochrane Database Syst Rev 2010; 6:CD001777. The Cochrane Library; 2010. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001777.pub3/abstract>
7. Brar R, Dodd S, Ramasamy A, Sinha P. A forgotten migrated intrauterine contraceptive device is not always innocent: a case report. Case Report Med [serial on the Internet]. 2010; 2010. [about 3 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938829/?tool=pubmed>
8. 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: 15-18.
9. Kurdoglu Z, Ceylan K, Kurdoglu M, Guler A, Sahin HG. Ectopic intrauterine device in the bladder of a pregnant woman. Case Report Med [serial on the Internet]. 2010 Aug (2); 2010. [about 3 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929505/?tool=pubmed>
10. Taras AR, Kaufman JA. Laparoscopic retrieval of intrauterine device perforating the sigmoid colon. JSLS 2010; 14: 453-5.
11. 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: 1020-22.
12. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? Contraception 2002; 66: 105-8.
13. Erian M, McLaren G, Baartz D. The wandering Mirena: laparoscopic retrieval. JSLS 2011; 15: 127-30.
14. Vásquez P, Schreiber CA. The missing IUD. Contraception 2010; 82: 126-28.

Correspondencia:

Dr. Héctor Herrera Meillón

Av. Carlos Graef Fernández 154,
Torre de Consultorios,
Consultorios 339,
Col. Tlaxala Santa Fe, 05300,
México City, México.

Teléfono: (015) 16647208

Correo electrónico: drhherrera_abc@yahoo.com