

# Manejo de dispositivo intrauterino traslocado

Brenda Iliana García-López,\* Mauricio Pichardo-Cuevas,\*  
María Esther Meza-López,\* Nilson Agustín Contreras-Carreto\*

## RESUMEN

**Introducción.** El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en todo el mundo por ser efectivo, seguro y económico. El DIU traslocado (DIUT) o en posición inadecuada se presenta generalmente posterior a una perforación inadvertida del útero al momento de la colocación o a una migración de éste a los tejidos adyacentes; se puede localizar en el endometrio, miometrio, cavidad abdominal y órganos vecinos. **Objetivo.** Describir la incidencia y la experiencia institucional en el manejo del DIUT. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de una muestra de pacientes del Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, con diagnóstico de DIUT durante el 1 de enero 2008 al 1 de enero 2011. **Resultados.** Se estudió una muestra de 56 pacientes, media de edad  $31.8 \pm 8.55$  años. DIUT 92.9% (n = 54) en cavidad uterina y 7.1% (n = 4) en cavidad abdominal. Retiro fallido en consultorio 26.8% (n = 15). Técnica utilizada: retiro con cánula de Novak 60.7% (n = 34), histeroscopia 8.9% (n = 5), histeroscopia y laparoscopia 5.4% (n = 3), LAPE 8.9% (n = 5), retiro manual simple 10.7% (n = 6), histeroscopia por retiro fallido con cánula de Novak 3.6% (n = 2) y laparoscopia 1.8% (n = 1). **Complicaciones:** perforación uterina 1.8% (n = 1) y HTA 3.6% (n = 2). **Conclusiones.** El diagnóstico de DIUT puede realizarse con métodos de gabinete habituales como rayos X de abdomen y pelvis, y ultrasonido pélvico; rara vez se requieren otros estudios adicionales. La histeroscopia como procedimiento para retiro de DIUT es un procedimiento seguro con bajo costo y efectivo y cada vez menos frecuente.

**Palabras clave.** Dispositivo intrauterino. Dispositivo intrauterino traslocado. Complicaciones.

## ABSTRACT

**Introduction.** The intrauterine device (IUD) is one of the most popular of contraceptive methods, be effective, safe and economical. The translocated IUD (TIUD) or in the wrong position usually occurs after an inadvertent perforation of the uterus at the time of placement or migration of it to adjacent tissues, may be located in endometrium, myometrium, abdominal cavity and organs. **Objective.** Describe the incidence and institutional experience in managing of TIUD. **Material and methods.** Retrospective, descriptive and analytical study of a sample of patients treated in the Women's Hospital, Ministry of Health; México, D.F., with a diagnosis of TIUD during the period from 1st January 2008 to 1st January 2011. **Results.** Sample of 56 patients, average age  $31.8 \pm 8.55$  years. TIUD 92.9% (n = 54) in uterine cavity and 7.1% (n = 4) in abdominal cavity. Retirement office failed in 26.8% (n = 15). Technique used: withdrawal Novak's cannula 60.7% (n = 34), hysteroscopy 8.9% (n = 5), laparoscopy and hysteroscopy 5.4% (n = 3), LAPE 8.9% (n = 5), simple manual removal 10.7% (n = 6), hysteroscopy withdrawal by cannula's Novak failed 3.6% (n = 2) and laparoscopy 1.8% (n = 1). **Complications:** uterine perforation 1.8% (n = 1), total hysterectomy by abdominal access 3.6% (n = 2). **Conclusions.** The diagnosis of TIUD can be performed by usual methods such as abdomen and pelvis x-ray and pelvic ultrasound. Rarely require additional studies. Hysteroscopy for removal TIUD is a safe and cost-effectiveness procedure and increasingly rare.

**Key words.** Intrauterine device. Translocated intrauterine device. Complications.

## INTRODUCCIÓN

El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos femeninos más utilizados en todo el mundo.<sup>1,2</sup> Es uno de los métodos más seguros, efectivos y económicos. Se pueden colocar durante el puerperio inmediato, mediato, tardío y durante el ciclo menstrual; a dife-

rencia de otros métodos temporales tiene la ventaja de que no se requiere recordar a la usuaria sobre su administración diaria, semanal o mensual. La efectividad de este método es de las más altas, proporciona una protección anticonceptiva > 90%.<sup>1,3,4</sup>

El DIU ejerce su acción anticonceptiva mediante un proceso inflamatorio del endometrio que evita la migra-

\* Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

Correspondencia:

Mtro. Nilson Agustín Contreras-Carreto

Jefatura de Medicina Interna, Hospital de la Mujer

Prolongación Salvador Díaz Mirón, Núm. 374. Col. Santo Tomás, Deleg. Miguel Hidalgo, México, D.F. CP. 11340.

Correo electrónico: medicinainterna\_hmujer@yahoo.com.mx

ción de los espermatozoides hacia la salpinx y, por otro lado, altera el transporte del ovocito. Su efecto anticonceptivo oscila entre tres y ocho años, depende de la cantidad de cobre que contenga (200-380 mm<sup>2</sup>) o si se utiliza DIU con progestágeno. Presenta falla anticonceptiva alrededor de 0.6-2.0% anual. Puede presentarse expulsión espontánea en 2-10% de los casos durante el primer año. Por ello es indispensable una revisión sistemática del mismo, así como el conocimiento de las posibles complicaciones asociadas a su uso. Entre las complicaciones están: sangrado uterino anormal, enfermedad pélvica inflamatoria, migración y perforación uterina.<sup>4-6</sup>

El DIU traslocado (DIUT), o en posición anormal o inadecuada, se presenta generalmente después de una perforación inadvertida del útero al momento de la colocación, la cual tiene una incidencia de 1.2/1,000 inserciones; sin embargo, en un menor número de casos es debido a una migración de éste a los tejidos adyacentes, entre ellos: la cavidad abdominal, intestino o vejiga, lo cual depende del DIU colocado, experiencia del operador, la posición del útero y el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la inserción. En otros casos se utiliza este término para referirse al DIU que no es posible retirar de la cavidad uterina por la ausencia de las guías en el canal vaginal.<sup>3,7</sup>

En 1973 Eposito y Mahran clasificaron la perforación uterina en parcial y completa. La parcial se divide en grado 1 (endometrio) y grado 2 (miometrio). La completa o grado 3 corresponde a la presencia del DIUT en cavidad abdominal y órganos vecinos.<sup>8,10</sup>

El ultrasonido pélvico o transvaginal es el estudio inicial más apropiado. En caso de no encontrarse en la cavidad uterina puede recurrirse a la radiografía simple de abdomen y/o pelvis para determinar si el dispositivo se expulsó o migró hacia algún órgano vecino; en pocos casos se requiere de otros estudios adicionales, como la tomografía computada de abdomen.<sup>4-6,11,12</sup>

Si el DIUT se localiza dentro de la cavidad uterina puede realizarse el retiro con una cánula de Novak, incluso en el consultorio; en caso de no lograrse el retiro se recurre a la dilatación cervical y legrado uterino instrumentado (LUI) bajo anestesia en la sala de quirófano, lo que implica un incremento en la morbilidad y en los costos en salud.

En la actualidad, la histeroscopia ha demostrado ser un excelente método para remover transcervicalmente cuerpos extraños como el DIU.<sup>3,4,7,10</sup> A pesar de las ventajas de este procedimiento, existen contraindicaciones que es necesario considerar en todo momento: enfermedad pélvica inflamatoria agudizada, sospecha de cáncer cervical invasor, embarazo, falta de cooperación de la pacien-

te e inexperiencia del médico en la realización del procedimiento. Con la finalidad de evitar complicaciones (sobre todo si el DIU está parcialmente incrustado y/o migrado fuera de la cavidad uterina) es necesario realizar otros procedimientos como la laparoscopia o la exploración por laparotomía.<sup>7,9,10,12,13</sup>

## OBJETIVO

Describir la incidencia y la experiencia institucional en el manejo del DIUT.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico en el que se incluyó una muestra de pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer, con diagnóstico de DIUT durante el 1 de enero 2008 al 1 de enero 2011. Se excluyeron aquellas pacientes con expediente clínico incompleto para las variables seleccionadas.

### Variables analizadas

#### • Variables demográficas:

◦ Edad.

#### • Variables asociadas a DIUT.

◦ Localización de DIUT según clasificación de perforación uterina (Eposito y Mahran, 1973):

- a) Parcial: grados 1 y 2. Endometrio y miometrio.
- b) **Completa:** grado 3. Cavidad abdominal y órganos vecinos.

◦ Método diagnóstico:

- a) Ultrasonido pélvico.
- b) Rayos X.
- c) Ultrasonido y rayos X.
- d) Otros.

◦ Tiempo de permanencia del DIU desde la colocación (en meses).

◦ Manejo:

- a) Consultorio.
- b) Quirófano.

- ° Técnica:
  - a) Extracción con cánula de Novak.
  - b) Legrado uterino.
  - c) Histeroscopia.
  - d) Laparoscopia.
  - e) Laparotomía exploradora (LAPE).
- ° Complicaciones:
  - a) Perforación uterina.
  - b) Histerectomía total por vía abdominal (HTA).

## RESULTADOS

Se analizó una muestra de 56 pacientes con una media de edad de  $31.8 \pm 8.55$  años, con rango entre 20-55 años. El 92.9% de los DIUT ( $n = 54$ ) se encontró en cavidad uterina y 7.1% en cavidad abdominal ( $n = 4$ ). Tiempo de permanencia de DIU desde la colocación:  $70.9 \pm 58.1$  meses, con rango entre 1-40 meses. Método diagnóstico: rayos X de abdomen y pelvis 10.7% ( $n = 6$ ), ultrasonido pélvico 62.5% ( $n = 35$ ), ambos 26.8% ( $n = 15$ ). Retiro fallido en consultorio 26.8% ( $n = 15$ ); 100% se retiró en quirófano bajo sedación. Técnica utilizada: retiro con cánula de Novak 60.7% ( $n = 34$ ), histeroscopia 8.9% ( $n = 5$ ), histeroscopia y laparoscopia 5.4% ( $n = 3$ ), LAPE 8.9% ( $n = 5$ ), retiro manual simple 10.7% ( $n = 6$ ), histeroscopia por retiro fallido con cánula de Novak 3.6% ( $n = 2$ ) y laparoscopia 1.8% ( $n = 1$ ). Complicaciones: perforación uterina 1.8% ( $n = 1$ ) y HTA 3.6% ( $n = 2$ ).

## DISCUSIÓN

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo; sin embargo, no está exento de riesgos. La mayoría de las mujeres con perforación uterina por DIUT no manifiestan datos clínicos sino hasta meses o años después de la inserción. La incidencia de DIUT en cavidad abdominal fue baja (7%) acorde con lo reportado en la literatura. El diagnóstico se realizó en su mayoría con USG pélvico en 62%; se requirió la confirmación con rayos X de abdomen y pelvis en 27%, lo cual muestra la facilidad del diagnóstico. En 27% de las pacientes se presentó retiro fallido de DIUT en consultorio; en 100% de las pacientes se retiró en quirófano bajo sedación. La técnica más utilizada fue la cánula de Novak en 61%. La histeroscopia e histerolaparoscopia y laparoscopia se utilizaron en 20%, lo cual enmarca la importancia en el adiestramiento de procedimientos de mínima invasión. Se

requirió de LAPE en 9%, en aquellas pacientes con falla técnica en el procedimiento de mínima invasión o imposibilidad de retiro por dicho medio.

Se debe enfatizar en la necesidad de un conocimiento anatómico preciso del área genital femenina y de una pericia adecuada, así como el conocimiento de las posibles complicaciones al realizar la inserción del DIU. Los dispositivos intrauterinos ya insertados requieren de una vigilancia periódica y no debe darse por expulsado un DIU sin realizarse los estudios necesarios.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de DIUT puede realizarse con métodos de gabinete habituales como la radiografía de abdomen y pelvis, y el ultrasonido pélvico. Rara vez se requieren estudios adicionales. La histeroscopia como procedimiento para retiro de DIUT es un procedimiento seguro, económico y efectivo, y cada vez menos frecuente.

## REFERENCIAS

1. Margulies L. History of intrauterine devices. *Bull N Y Acad Med* 1975; 51: 662-7.
2. Alanís-Fuentes J, Amoroso-Hernández MA. Histeroscopia de consultorio para la extracción de dispositivo intrauterino. Revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77: 199-203.
3. Valle RF, Sciarra JJ. Hysteroscopy removal of intrauterine devices with missing filaments. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 55-60.
4. 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: 475-7.
5. Ceballos GS, Sotelo VP. Caso inusual de un dispositivo intrauterino migrado a vejiga con cistolitiasis secundaria. *Rev Mex Urol* 2007; 67: 184-7.
6. 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: 435-8.
7. Siegler AM, Valle RF. Therapeutic hysteroscopy procedures. *Fertile Steril* 1988; 50: 685-701.
8. Beedham T, Rao K. Giant vaginal stone with embedded contraceptive device. *J R Soc Med* 2001; 94: 522-3.
9. Balci O, Mahmoud AS, Capar M, Colakoglu MC. Diagnosis and management of intra-abdominal, mislocated intrauterine devices. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281: 1019-22.
10. Onalan G, Mulayim B, Toprak T, Baser E, Zeyneloglu HB. Extrauterine displaced intrauterine devices: when should they be surgically removed? *Taiwan J Obstet Gynecol* 2009; 48: 415-6.
11. Issacson K. Office hysteroscopy: a valuable but under-utilized technique (endoscopic surgery). *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 14: 381-5.
12. 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: 354-7.
13. Bettochi 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: 303-8.