

Casos Clínicos

Dispositivo intrauterino parcialmente migrado e incrustado en serosa de rectosigmoides tras 8 años de inserción

Sandra Bernuy P.^a, María Cristina Rivera N.^a, Carmen Salazar L.^a, Fernando Ramírez C.^{1,2,3}

¹Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital III EsSalud Suárez-Angamos. ²Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. ³Tutor de Residencia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

^a Alumnas, Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un dispositivo intrauterino parcialmente migrado a cavidad pélvica e incrustado en serosa de rectosigmoides luego de 8 años de su inserción. El diagnóstico se realizó mediante ecografía transvaginal y retiro del dispositivo por laparoscopia. Se realizó rafia de serosa rectal y de útero. La paciente tuvo un postoperatorio sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: *Migración de dispositivo intrauterino, complicaciones de dispositivo intrauterino*

SUMMARY

It is shown the clinical case of an intrauterine device partially migrated to the pelvic cavity and embedded in the serous rectosigmoid eight years after insertion. The diagnosis was made by transvaginal ultrasound and laparoscopy removal of the device by laparoscopy. Suture of rectum serous and uterus were performed. The patient had an uneventful postoperative course.

KEY WORDS: *Intrauterine device migrations, intrauterine device complications*

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más seguro y eficaz (1). El porcentaje de uso frente al resto de los anticonceptivos es de 23% (2,3), siendo la T con cobre (TCu) el tipo más usado a nivel mundial, cuya falla de método es de 0,6% de embarazos en el primer año de uso, 1,6% a los 7 años y 2,2% a los 12 años (4,5,6).

Generalmente es bien tolerado por las usuarias, sin embargo, existen complicaciones como la

expulsión, perforación uterina y migración (7). Con respecto a la expulsión, esta se produce en el 10% de las usuarias; el riesgo es mayor durante el primer año de uso y disminuye con el transcurso de los años (7). La perforación uterina ocurre durante la inserción y se presenta en 1 de cada 1000 procedimientos de inserción (4). Se estima que las perforaciones y migraciones ocurren durante los primeros meses y al año de inserción. Un DIU que ha migrado completamente a través del miometrio puede ubicarse en cualquier región de la pelvis (8).

El objetivo de esta comunicación es presentar la migración parcial de un DIU tras 8 años de inserción que cursó en forma asintomática hasta su ingreso hospitalario.

Caso clínico

Se recibió a una mujer de 30 años, profesional de la salud, en la emergencia del Hospital III Suárez-Angamos EsSalud (Lima, Perú). Como antecedentes ginecológicos, refirió menarquia a los 12 años, régimen catamenial 4-7/28-30 días y antecedente de embarazo previo con parto único a término. Negó abortos o embarazos ectópicos previos y patologías ginecológicas. Se insertó una TCU 3 meses después de su parto. La paciente revisaba las guías del DIU durante los primeros meses y después de cada menstruación para confirmar su presencia. Ocho años después y 3 semanas previas al ingreso refirió no palpar las guías del DIU, cursando asintomática hasta 20 horas previas al ingreso. Consultó por dolor pélvico súbito, tipo urente, de moderada a severa intensidad, discontinuo y

asociado a náuseas y cefalea que cedieron espontáneamente. Refirió poliaquiuria y tenesmo. Negó alza térmica, dispareunia, dismenorrea y sangre en heces. Al examen físico se encontró abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda con predominio en fosa iliaca izquierda, ruidos hidroaéreos presentes, no se palparon masas y no se evidenciaron signos de reacción peritoneal. Al tacto vaginal se encontró cérvix posterior largo cerrado, con dolor discreto a la movilización y anexos libres, con leve dolor en lado izquierdo. Se evidenció escaso sangrado sin mal olor. Los valores de β HCG-subunidad plasmática fueron negativos.

Se plantearon como diagnósticos presuntivos: enfermedad inflamatoria pélvica y como diagnóstico de descarte TCU migrado. Se indicaron una variedad de exámenes y se dio como tratamiento clindamicina y amikacina, sin embargo el dolor no cedió y persistió en el tiempo. En la ecografía transvaginal se evidenció útero en anterverso flexión con TCU parcialmente migrado a cavidad pélvica (Figura 1), fondo de saco de Douglas con presencia de líquido en regular cantidad y signos de inflamación pélvica.



Figura 1. DIU TCU 380A parcialmente migrado a cavidad pélvica (flecha)

La paciente fue ingresada a pabellón quirúrgico para cirugía laparoscópica y extracción de TCu, en el procedimiento se evidenció compromiso intestinal. Se solicitó presencia de cirujano para realizar rafia de recto (serosa) y rafia de útero por DIU incrustado en recto-sigmoides. Los hallazgos operatorios fueron adherencias parieto-epiploicas en flanco y fosa iliaca derecha. Las trompas se encontraban congestivas y acortadas. El útero estaba retraído por adherencia al fondo de saco. Su cara posterior se orientaba hacia el recto y contenía al TCu parcialmente migrado a pelvis, cuya parte transversal se encontraba incrustada en el recto en forma oblicua. Se extrae el DIU sin inconvenientes. Se halló también líquido libre en fondo de saco posterior y ovarios de aspecto normal.

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta hospitalaria a los 7 días pos cirugía.

DISCUSIÓN

El motivo de presentación de este caso es lo inhabitual del proceso de migración del DIU a la cavidad pélvica (total o parcial), situación que se produce con mayor frecuencia durante la inserción del dispositivo por perforación del útero. En este caso se constata la migración tras 8 años de inserción, y fundamentado por la presencia de la guías del DIU posterior a sus menstruaciones, mediante autopalpación.

Los casos de perforación uterina son raros. Su incidencia entre los años 1996 al 2009 fue de 0,4 por cada 1000 DIU vendidos (8). Los factores de riesgo que favorecen una perforación uterina incluyen poca experiencia en la colocación, un útero inmóvil o en retroversión y la presencia de un defecto del miometrio (9,10,11). Tras la perforación, los DIU migran a las adherencias (colon sigmoide o epiplón) o flotan libremente en el fondo de saco de Douglas (9,10,11). Otros lugares reportados son la vejiga, apéndice o intestino (9,10,11).

Una serie de 50 casos con perforación por DIU, describe que el 28% de las mujeres fueron diagnosticadas un mes después de la inserción (12). El síntoma más frecuente fue dolor abdominal bajo y solo en 2 casos se presentó sangrado abundante (12). En 31 casos (62%), se evidenció dolor severo a la inserción durante las primeras 24 horas. La mayoría de las pacientes se colocaron el DIU en menos de un año después del parto (12).

En el 2011 se reportó a una paciente de 36 años, con antecedente de colocación de DIU 4 años atrás. Nueve meses después de la colocación, quedó embarazada; sin embargo, sufrió un aborto espontáneo por lo que se realizó un legrado uterino. Durante dicho procedimiento no se evidenció el dispositivo mencionado. Se presentó a la emergencia refiriendo dolor abdominal y eliminación intermitente de sangre rojo rutilante por el recto de larga data. Al exa-

men físico, se halló rigidez y dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo. En la colonoscopia se logró visualizar DIU y, debido a intentos fallidos por retirarlo, se realizó laparoscopia diagnóstica confirmando la perforación del útero e incrustamiento en sigmoides. El dispositivo se retiró y la paciente fue dada de alta sin complicaciones (11). En comparación con el caso reportado, se observa gran diferencia con respecto al tiempo de migración pos inserción, siendo el tiempo mayor en el caso reportado por nosotros. Adicionalmente, esta paciente nunca refirió eliminar sangre en heces, lo que podría implicar que la migración sucedió en corto periodo por lo que no produjo sangrado que pudiese evidenciar un problema de larga data.

Otro caso a mencionar es el de una mujer de 35 años que después de 3 meses pos inserción presentó dolor abdominal y sangrado vaginal. En las imágenes realizadas no se localizó DIU. La paciente asintomática quedó gestando por tercera vez y, tiempo después, se confirmó posición del DIU fuera de cavidad uterina. Se determinó la penetración del dispositivo hasta el lumen del sigmoides y se procedió a la resección del colon y extracción del DIU (12). Entre las diferencias que encontramos con nuestro caso figura el tiempo de migración del DIU pos colocación, la presencia de síntomas y las diferentes complicaciones. El diagnóstico definitivo fue fundamental para disminuir las complicaciones que presentó el caso previo (12).

En el caso reportado, la inserción de la TCu fue 3 meses pos parto y existe evidencia que la migración tardía como la presentada es poco usual. Se ha reportado, con respecto a la inserción del DIU, que 45 mujeres (66%) habían tenido sus partos en los 12 meses previos a la inserción; en 15 (22%) la inserción fue a menos de 3 meses después del parto y en 38 (55%) a menos de 6 meses (13). La perforación se presentó en mujeres de 30 años con historia de parto vaginal, encontrándose que más de la mitad de los DIU que provocaron perforación ocurrieron dentro de los primeros 6 meses pos parto (13). Lamentablemente, los síntomas de la migración del DIU no son específicos, siendo los más comunes dolor abdominal o pélvico y sangrado vaginal anormal (13). Otros factores de riesgo para la perforación son la inexperiencia en la colocación del DIU, útero inmóvil, útero en retroversión, y la presencia de defectos en miometrio (9,10,11), los cuales no se encontraron en la paciente.

Finalmente, se debe considerar que el tiempo recomendado de uso del DIU es de 10 años y su seguimiento debe realizarse posterior a la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas pos inserción (14). En el caso de la paciente, no se había llegado al límite de uso; sin embargo, a pesar de la poca especificidad de los síntomas y el hecho de que tenga casi 10 años de implantación, permite considerar la migración del DIU como diagnóstico diferencial.

CONCLUSIÓN

Cuando las guías del DIU no se visualizan al examen, la posibilidad de migración es elevada, y si se asocia a otros síntomas como los gastrointestinales se debe sospechar en alguna complicación como la perforación. Asimismo, se deben evaluar los factores de riesgo que hayan desencadenado dicha situación. Estudios de ecografía transvaginal se deben efectuar para localizar correctamente al DIU con la finalidad de realizar un adecuado manejo. Finalmente, se debe educar a las pacientes sobre el correcto seguimiento pos inserción del DIU, así como informar de las complicaciones necesarias a ser tratadas en un hospital de mayor complejidad.

REFERENCIAS

1. Thonneau P, Almont T. Contraceptive efficacy of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(3):248-53.
2. United Nations. World Contraceptive Use 2011. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>.
3. Buhling K, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception* 2014; 89(3):162-73.
4. World Health Association [Internet]. Geneva: Report of a WHO Scientific Group. 1987. Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_753.pdf.
5. No authors listed. The TCu380A, TCu220C, multiloal 250 and Nova T IUDS at 3,5 and 7 years of use--results from three randomized multicentre trials. World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Task Force on the Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. *Contraception* 1990;42(2):141-58.
6. No authors listed. Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCu 380A and TCu 220C. *Contraception* 1997;56(6):341-52.
7. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2014;123(3):585-92.
8. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lähteenmäki P, Heikinheimo O. Uterine perforation caused by intrauterine devices: clinical course and treatment. *Hum Reprod* 2013;28(6):1546-51.
9. Mederos R, Humaran L, Minervini D. Surgical removal of an intrauterine device perforating the sigmoid colon: a case report. *Int J Surg* 2008;6(6):e60-2.
10. Sentilhes L, Lefebvre-Lacoeuille C, Poilblanc M, Descamps P. Incidental finding of an intrauterine device in the sigmoid colon. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13(2):212-4.
11. Taras A, Kaufman J. Laparoscopic retrieval of intrauterine device perforating the sigmoid colon. *JSLs* 2010;14(3):453-5.
12. Takahashi H, Puttler KM, Hong C, Ayzengart AL. Sigmoid colon penetration by an intrauterine device: a case report and literature review. *Mil Med* 2014;179(1):127-9.
13. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception* 1998;57(4):251-5.
14. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception* 2014;89(6):495-503.