

Artículo de Revisión

Dispositivo intrauterino en cavidad abdominal

Presentación de un caso y revisión del tema

Dr. C.M. Alexis Corrales Gutiérrez*, Dr. Juan A. Suárez González**, Dra. Tania T. Carrillo González***, Dra María E. Benavides Casal****

Resumen

Se presenta un caso de un dispositivo intrauterino (ASA de Lippes) en cavidad abdominal en una paciente a la que se le practica una histerectomía por fibromatosis uterina y que pensaba le había sido retirado hacia 15 años. Cursó asintomática e infértil hasta seis meses antes de la intervención. Se hace una revisión del tema donde se plantea la posibilidad de perforación uterina en el momento de la inserción y/o migración del dispositivo hacia el peritoneo pelviano. Se adjunta fotografía de la pieza quirúrgica.

Palabras Claves: Dispositivo intrauterino, perforación, migración.

Introducción

Los dispositivos intrauterinos (DIU) ocupan el primer lugar de los métodos anticonceptivos reversibles consignados a nivel público en la literatura mundial en países en desarrollo. Se estima que alrededor de 130 millones de mujeres usan este método, correspondiendo 100 millones a usuarias de China, Indonesia y países del sudeste asiático⁽¹⁾.

La inserción de un dispositivo puede ir asociado a varias complicaciones, como el fracaso del método en un 0,8 por 100 años-mujer en el primer año de uso, la enfermedad inflamatoria pélvica (cuya incidencia es 2-4 veces más frecuente que las no usuarias) y la perforación uterina^(1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud la perforación del útero por un DIU resulta poco frecuente y generalmente ocurre durante la inserción, momento en el que se reportan tasas de 1 por 1 000 inserciones; las perforaciones del útero después de la inserción también pueden ocurrir⁽¹⁾.

Varias teorías tratan de explicar los mecanismos en virtud de los cuales los dispositivos intrauterinos pueden llegar a la cavidad abdominal⁽²⁾.

·Migración espontánea del DIU correctamente colocado hacia el peritoneo pelviano.

*Profesor auxiliar obstetricia y ginecología.

**Profesor auxiliar obstetricia y ginecología.

***Profesor auxiliar imagenología.

****Profesor instructor obstetricia y ginecología Universidad Médica de Villa Clara

Abstract

There is a case of intrauterine device (Lippes ASA) in a patient's abdominal cavity, who is been treated of Hysterectomy from uterine fibromatosis and thought that it was taken away from her 15 years ago. She did not have any symptom and was infertile even until six months before the intervention. Taking again this task, there is a possibility of uterine perforation in the insertion and or migration of the device to the pelvic peritoneum. View the photography of the surgery.

Key words: Intrauterine device perforation, cell migration.

·Penetración de la porción distal del dispositivo en el músculo uterino en el momento de la inserción, y se considera que posteriormente las contracciones del órgano durante los meses siguientes lo impulsan hacia la cavidad peritoneal.

·Paso del DIU a través de una solución de continuidad del útero producida en el momento de su colocación.

La perforación uterina es una seria complicación asociada a los dispositivos intrauterinos. Su frecuencia es de 0,12 a 0,68 por 1000 y 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 DIU haya quedado parcialmente incrustado⁽²⁻⁶⁾. Ocasionalmente puede perforar órganos adyacentes como rectosigmoides, 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⁽³⁻⁵⁾. 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⁽²⁻⁶⁾. El diagnóstico es habitualmente sospechado al no visualizarse los señuelos en el canal endocervical al examen vaginal y su ausencia intracavitaria a la ecotomografía transvaginal^(3,6,7). La radiografía abdomino-pélvica es un método que puede orientar el diagnóstico de dispositivo intraabdominal y como alternativa se puede utilizar un instrumento radio-opaco en cavidad uterina para ver su relación con el dispositivo⁽⁷⁾. La

Tomografía puede confirmar el diagnóstico con una alta sensibilidad, pero rara vez es solicitado por su alto costo.

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 abdomino-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⁽⁸⁾. 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 mandatoria en caso de perforación uterina⁽⁹⁾.

Se plantean numerosas complicaciones asociadas al uso de los DIU como son: enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, la expulsión del dispositivo, la perforación uterina y el paso del DIU a la cavidad abdominal, entre otras^(1,3-5)

Reporte del caso

Paciente NMP, expediente clínico 119174 de 42 años de edad gesta 2 para 1 aborto 1 (provocado) que a su criterio se le había retirado un dispositivo intrauterino 15 años atrás y que después de esa fecha cursó eumenorreica y sin embarazos a pesar de no usar ningún otro método anticonceptivo. Desde hace aproximadamente seis meses comienza con una hiperpolimenorrea que la anemiza por lo que acude a consulta donde al examen ginecológico se le detecta un útero de aspecto fibromatoso que sobrepasa la sínfisis del pubis y en el estudio ultrasonográfico se informa un útero nodular de alrededor de 14 cms y una tumoración ecolúcida en la proyección del ovario izquierdo. Se indica la laparotomía para histerectomía, abordando la pelvis a través de una incisión transversa baja. Los hallazgos se corresponden con el planteamiento preoperatorio, pero en la zona correspondiente al istmo existe un ASA de Lippes adherida al peritoneo visceral y además un quiste de ovario hemorrágico izquierdo que obliga a la anexectomía de ese lado junto a la histerectomía. La evolución del postoperatorio fue satisfactoria.

Informe de Anatomía Patológica: Adeniosis uterina. Quiste hemorrágico del cuerpo lúteo. Envuelto en la serosa a nivel del istmo un DIU (ASA).

Fotos 1 y 2

Discusión

Los dispositivos intrauterinos (DIU), a pesar de ser el método contraceptivo más usado en el control de la fertilidad en países desarrollados, con casi 130.000.000 de usuarias en el mundo, esta 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 adyacentes, tales como epiplón, vejiga, apéndice y recto-sigmoides^(1, 10).

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^(1,9). El Lippes que se popularizó en 1962 ya no es usado en la atención primaria de los Servicios de Salud. Los DIU con polietileno abiertos como el Lippes loop, habitualmente no producen ninguna reacción en la cavidad abdominal, ni obstrucción intestinal, lo que los diferencia de los DIU medicados que sí producen adherencias y muchas veces severas^(2, 6, 7).

La perforación uterina ocurre más frecuentemente en el momento de la inserción, especialmente en puerperas recientes, pero también puede ocurrir tardíamente. Solo un 15% llevan a complicaciones de órganos adyacentes principalmente intestinales, siendo la mayoría asintomáticas^(3, 11, 12). Una vez que el útero ha sido perforado, el dispositivo puede migrar a la cavidad pélvica y/o abdomen superior, con el consecuente riesgo de injuria de órganos vecinos, formación de procesos adherenciales e infecciones, a veces muy graves con resultado de muerte, como la infección por actinomicosis^(12, 13, 14).

En una revisión de la literatura hasta 1999, donde se reportaron 165 casos, las localizaciones más frecuentes fueron: epiplón mayor (n=45), seguido del rectosigmoide (n=44), peritoneo (n=41) vejiga (n=23), apéndice (n=8), intestino delgado (n=2), anexos (n=1) y vena ilíaca (n=1)⁽²⁾. Markovitch y cols describieron 16 casos de perforación uterina por DIU tipo T de cobre y en 10 de los casos el dispositivo estaba adherido a epiplón y recto-sigmoide⁽³⁾. En estos casos, se cree que la perforación se produce inmediatamente en el momento de la inserción, lo que impediría la formación de adherencias, que es lo que ocurre cuando se produce una perforación parcial del miometrio, migrando el DIU lentamente hacia la pelvis, intestino, ovarios, vejiga, trompas de Falopio y abdomen superior^(4,7,11,15). En estos casos, el DIU produce una perforación cubierta del segmento intestinal, en este caso el recto-sigmoide, como respuesta inflamatoria crónica a la migración del dispositivo, el cual puede ser extraído sin un tratamiento quirúrgico adicional y ocasionalmente por vía rectal, mediante una colonoscopia cuando la perforación es total^(3, 11). El diagnóstico de perforación es relativamente fácil cuando existe un alto índice de sospecha, como es la ausencia de señuelos al examen vaginal, presencia de embarazo en pacientes portadoras de DIU y dolor más metrorragia en pacientes con inserciones recientes. Siempre existe la posibilidad de una expulsión espontánea o una retracción de los señuelos dentro del útero^(3, 17).

La ultrasonografía es una herramienta muy confiable en detectar DIU radio-opacos tanto en útero como en cavidad pélvica, sin embargo para los DIU localizados en el abdomen superior el diagnóstico es más difícil, ya que el ecografista rara vez se extiende hacia el abdomen superior, por lo que es indispensable complementar con una radiografía de pelvis antero-posterior y lateral^(2, 3, 5, 7). Caliskan y cols mencionan que la ultrasonografía transvaginal fue capaz de localizar la

posición del dispositivo intraabdominal en un 83,3% de los casos ⁽⁶⁾.

Muchas veces resulta difícil con la radiografía de pelvis verificar si el DIU esta intra o extra uterino, debido a que el útero al no ser radioopaco, hace que su posición se vea dificultada, de ahí que a veces resulte indispensable la colocación de una cánula radio-opaca intrauterina ^(3,7). Hay trabajos que demuestran que la imagen radiográfica de un DIU rotado en 90° al, contrario a las agujas del reloj, ayudaría al diagnóstico de DIU abdomino-pélvico ⁽¹⁷⁾.

Una vez hecho el diagnóstico, surge la pregunta: ¿Es mandatorio su remoción quirúrgica? El tratamiento más aceptado es su extracción ya sea por laparotomía o laparoscopia, principalmente por el riesgo de adherencias intraabdominales y daño a órganos adyacentes como intestino y vejiga ^(2,3,7,12,19).

Hay autores que cuestionan este procedimiento, por los hallazgos insignificantes durante la cirugía y estos solo deben ser realizados en pacientes sintomáticas ⁽³⁾. Zakin y cols señalan que los riesgos tanto anestésicos como quirúrgicos y complicaciones postoperatorias son mayores que si el dispositivo permanece in situ ⁽²⁰⁾. La OMS recomienda que todo dispositivo intraabdominal, deba 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 medico-legales ^(3,6). Dunn y cols concluyen que la laparoscopia aun durante el embarazo, es una herramienta segura y simple para el manejo de DIU intraabdominales, siendo el momento óptimo entre el primero y segundo trimestre ⁽¹⁷⁾. En nuestras pacientes la extracción del dispositivo se debió más a una angustia psicológica causada por el cuerpo extraño en la cavidad, que a una causa sintomática. Por último, en los DIU medicados con levonorgestrel, los niveles plasmáticos son 10 veces más altos cuando su localización es intraabdominal que in útero (4,7 nmol/l vs 0,44 nmol/l), lo que suprimiría la ovulación, por lo tanto debería ser removido en caso de embarazo deseado ⁽⁹⁾.

REFERENCIAS

- Díaz S, Pizarro E. Dispositivos intrauterinos. En: Pérez Sánchez (ed). Editorial Mediterráneo. 3ª edición, 2003. Cap 60, 1074-85.
- Miranda L, Settembre A, Capasso P, Cuccurullo D, Pisaniello D, Corcione F. Laparoscopic removal of an intraperitoneal translocated intrauterine contraceptive device. *Eur J Contracep Reprod Health Care* 2003; 8: 122-5.
- Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception* 2002; 66: 105-8.
- Sindos M, Pisal N, Setchell M, and Singer A. Tubal migration: a rare complication of an intrauterine contraceptive device leading to formation of a hydrosalpinx. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1109-10.
- Ozcelik B, Serin IS, Basbug M, Aygen E, Ekmekcioglu O. Differential diagnosis of intra-uterine device migrating to bladder using radiographic image of calculus formation and review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;108:94-6.
- Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Europ J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8: 150-5.
- Nitke S, Rabinerson D, Dekel A, Sheiner E, Kaplan B, Hackmond R. Lost levonorgestrel IUD: diagnosis and therapy. *Contraception* 2004; 69: 289-93.
- Neumann T, López J, Pardo M. Extracción de dispositivos intrauterinos de localización intestinal por laparoscopia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999; 64(3): 209-211.
- Haimov-Kochman R, Amsalem H, Adoni Amiram et al. Management of a perforated levonorgestrel-medicated intrauterine device: a pharmacokinetic study: Case report. *Human Reprod* 2003; 18(6): 1231-33.
- Nceboz US, Ozcakir HT, Uyar Y, Caglar H. Migration of an intrauterine contraceptive device to the sigmoid colon: a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8(4): 229-32.
- Disu S, Boret A. Asymptomatic ileal perforation of an intrauterine device: Case report. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 269: 230-1.
- Gungor M, Sonmezer M, Atabekoglu C, Ortac F. Laparoscopic management of a translocated intrauterine device perforation the bowel. *J Am Assoc Ginecol Laparosc* 2003; 10(4): 539-41.
- Tedeschi A, Di Mezza G, D'Amico O, Ermann A, Montone L, Siciliano M, Cobellis G. A case of pelvic actinomycosis presenting as cutaneous fistula: case report. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108: 103-5.
- Wagenlehner FM, Mohren B, Naber KG, Männl HFK. Abdominal actinomycosis. *Clin Microbiol Infect* 2003; 9:881-5.
- Ozdemir H, Mahmutyazicioglu K, Tanriverdi A, Gundogdu S, Savranlar A, Ozer T. Migration of an intrauterine contraceptive device to the ovary: Case report. *J Clin Ultrasound* 2004; 32(2): 91-4.
- McKenna PJ, Mylotte MJ. Laparoscopic removal of translocated intrauterine contraceptives devices. *Br J Obstet Gynaecol* 1982; 89(2): 163-5.
- Dunn J Jr, Zerbe MJ, Bloomquist JL, Ellerkmann RM, Bent AE. Ectopic IUD complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2002; 47(1): 57-9.
- Wynter SH, DaCosta V, Frederick J, Wynter H. Laparoscopic retrieval of perforated intrauterine devices at University Hospital, Jamaica. *J Am Assoc Ginecol Laparosc* 2002; 9: 380-3.
- McWhinney NA, Jarrett R. Uterine perforation by a Copper 7 intrauterine contraceptive device with subsequent penetration of the appendix: Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90(8):774-6.
- Zakin D, Stern NM, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. Diagnosis methods prevention and management. *Obstet Gynaecol Surv* 1981; 36: 401-17.