Procedimiento endoscópico en la migración al recto de un dispositivo intrauterino. Reporte de un caso

Dzib-Calan EA,[1] Morales-Pérez JI,[1] Acuña-Prats R,[2] Leal-Mérida G,[3] Larracilla-Salazar I[4]

Resumen

ANTECEDENTES: La perforación es la complicación más temida durante la aplicación de un dispositivo intrauterino; cuando esto sucede debe retirarse el dispositivo debido al potencial riesgo de perforación y obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, con trastorno del ciclo menstrual y dispareunia. La radiografía abdominal mostró el dispositivo intrauterino en posición anómala. La tomografía simple de abdomen evidenció el dispositivo en la zona intraluminal del recto, en la pared anterior, a 10 cm del esfínter anal. Se extrajo el dispositivo mediante colonoscopia. Los hallazgos intraoperatorios fueron: migración del dispositivo intrauterino, a 12 cm del margen anal, con adecuada exposición del brazo vertical. La extracción del dispositivo fue exitosa, con evolución satisfactoria de la paciente pues no hubo dolor ni alteraciones intestinales.

CONCLUSIÓN: La colonoscopia es una técnica diagnóstica y terapéutica efectiva en pacientes con migración del dispositivo intrauterino y afectación intestinal sin perforación, incluso puede considerarse antes de recurrir a la laparoscopia o laparotomía.

PALABRAS CLAVE: Dispositivo intrauterino; recto; colonoscopia; extracción de dispositivo; laparoscopia; laparotomía.

[1] Residente de Cirugía, Escuela de Posgrado de Sanidad Naval.
[2] Jefe del servicio de Cirugía General.
[3] Jefe de Áreas Quirúrgicas.
[4] Jefe del Curso de Cirugía General.

Hospital General Naval de Alta Especialidad, Ciudad de México.

Recibido: noviembre 2017

Aceptado: diciembre 2017

Correspondencia
Ernesto Ángel Dzib Calan
eangel_dc@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Dzib-Calan EA, Morales-Pérez JI, Acuña-Prats R, Leal-Mérida G, Larracilla-Salazar I. Procedimiento endoscópico en la migración al recto de un dispositivo intrauterino. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 feb;86(2):146-150.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i2.1839

Ginecol Obstet Mex. 2018 February;86(2):146-150.

Endoscopic management in the migration to rectum of an intrauterine device. Case report.

Dzib-Calan EA,[1] Morales-Pérez JI,[1] Acuña-Prats R,[2] Leal-Mérida G,[3] Larracilla-Salazar I[4]

Abstract

BACKGROUND: Perforation is the most important complication during the application of an intrauterine device, which should be removed because of the potential risk of perforation and intestinal obstruction.

CASE REPORT: Female patient of 26 years of age, who presents menstrual rhythm disorders as well as dyspareunia. The tomography revealed the intrauterine device in the rectum, in the anterior wall, intraluminal, and 10 cm from the anal sphincter. It was scheduled for colonoscopy and device removal. The intraoperative findings were: migration of the intrauterine device, 12 cm from the anal margin, with adequate exposure of the vertical arm. The extraction of the device was successful. The patient had a satisfactory evolution, showed no pain or intestinal alterations.

CONCLUSION: Colonoscopy is a study of great help in all patients in whom migration of IUD with bowel disease without perforation and related complications is suspected, since it provides diagnostic and even therapeutic support, prior to considering a laparoscopy or laparotomy.

KEYWORDS: Intrauterine device; Rectum; Colonoscopy; Uterine perforation; Device removal; Laparoscopy; Laparotomy.

ANTECEDENTES

La colocación de un dispositivo intrauterino puede derivar en complicaciones como: infección, sangrado, embarazo ectópico y perforación uterina. Esta última representa la complicación más relevante, se estima en 1.2-1.6 por cada 1000 pacientes.[1,2,3] Cuando se produce una perforación, el dispositivo debe extraerse por el riesgo potencial de obstrucción intestinal. La transmigración del dispositivo intrauterino hacia la pared del colon es una complicación extremadamente rara;[4] su incidencia se desconoce como consecuencia del limitado número de casos reportados en la bibliografía. La mayor parte de las perforaciones suelen asociarse con el procedimiento de inserción. Diversas investigaciones indican que casi la mitad de los casos se identifican después de trascurrido un año de la inserción del dispositivo.[5] En la actualidad el tratamiento de elección consiste en la extracción por vía laparoscópica; la laparotomía solo está indicada en pacientes con incrustación en las vísceras o con múltiples adherencias.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años, con antecedentes gineco-obstétricos de: menarquia a los 13 años, ciclos regulares 30 x 3, inicio de la vida sexual activa a los 19 años, número de parejas sexuales: 2, partos: 1 y cesáreas: 1. Tiempo de permanencia del dispositivo colocado: 1 año 9 meses. La paciente acudió con el especialista por trastornos del ritmo menstrual y dispareunia. La radiografía de abdomen mostró el dispositivo intrauterino en posición anómala, por lo que se intentó retirarlo en cinco ocasiones, dos de ellas con sedación, pero fue imposible localizarlo en la cavidad uterina. El estudio ultrasonográfico de pelvis comprobó la ausencia del dispositivo en la cavidad uterina. La tomografía simple de abdomen evidenció el dispositivo intrauterino en la zona intraluminal del recto. En el examen

físico la exploración del abdomen fue normal, la paciente negó la eliminación de heces o gases por vía vaginal; al tacto rectal se palpó el esfínter de buen tono, haz puborrectal de buena masa muscular, no se palparon alteraciones ni coexistencia de cuerpo extraño intraluminal; la anoscopia mostró materia fecal formada, sin evidencia de anomalías en el segmento explorado. La biometría hemática y el examen general de orina reportaron parámetros normales. La tomografía reveló el dispositivo intrauterino en el recto, en la pared anterior, intraluminal, a 10 cm del esfínter anal (**Figura 1**). Se programó a la paciente para colonoscopia y extracción del dispositivo intrauterino. El protocolo de preparación intestinal incluyó dieta líquida durante 48 horas y polietilenglicol un día antes de la intervención quirúrgica. Los hallazgos intraoperatorios fueron: migración del dispositivo intrauterino, a 12 cm del margen anal, con adecuada exposición del brazo vertical (**Figura 2A**). Durante el procedimiento, el dispositivo se tomó con las asas de polipectomía y se extrajo fácilmente junto con el colonoscopio (**Figura 2B y 2C**). Se insertó nuevamente el colonoscopio para observar el trayecto fistuloso y cerciorarse que no había sangrado activo; se colocaron dos hemoclips para unir la mucosa y obstruir el orificio del trayecto fistuloso (**Figura 2D**).

La paciente permaneció en vigilancia durante 12 horas, en ese lapso no mostró datos de abdomen agudo, por lo que se decidió iniciar con dieta líquida, con adecuada tolerancia por vía oral. Se otorgó el alta hospitalaria después de 24 horas del procedimiento quirúrgico. En la cita de control, programada una semana después de la cirugía, se observó adecuada tolerancia por vía oral, no manifestó dolor ni alteraciones intestinales.

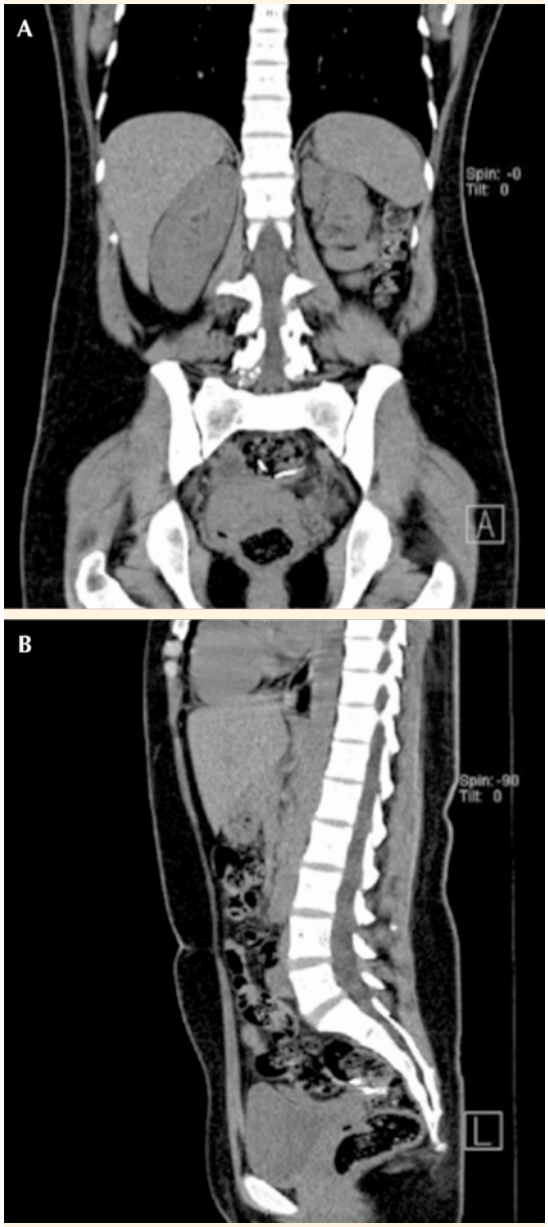


Figura 1. Tomografía computada que muestra el dispositivo intrauterino en la pared del recto. A) Corte coronal; B) corte sagital.

DISCUSIÓN

La perforación uterina es un evento poco común, pues su incidencia varía de 1.2-1.6% por cada 1000 dispositivos intrauterinos colocados.[6] Las complicaciones asociadas con perforación uteri-

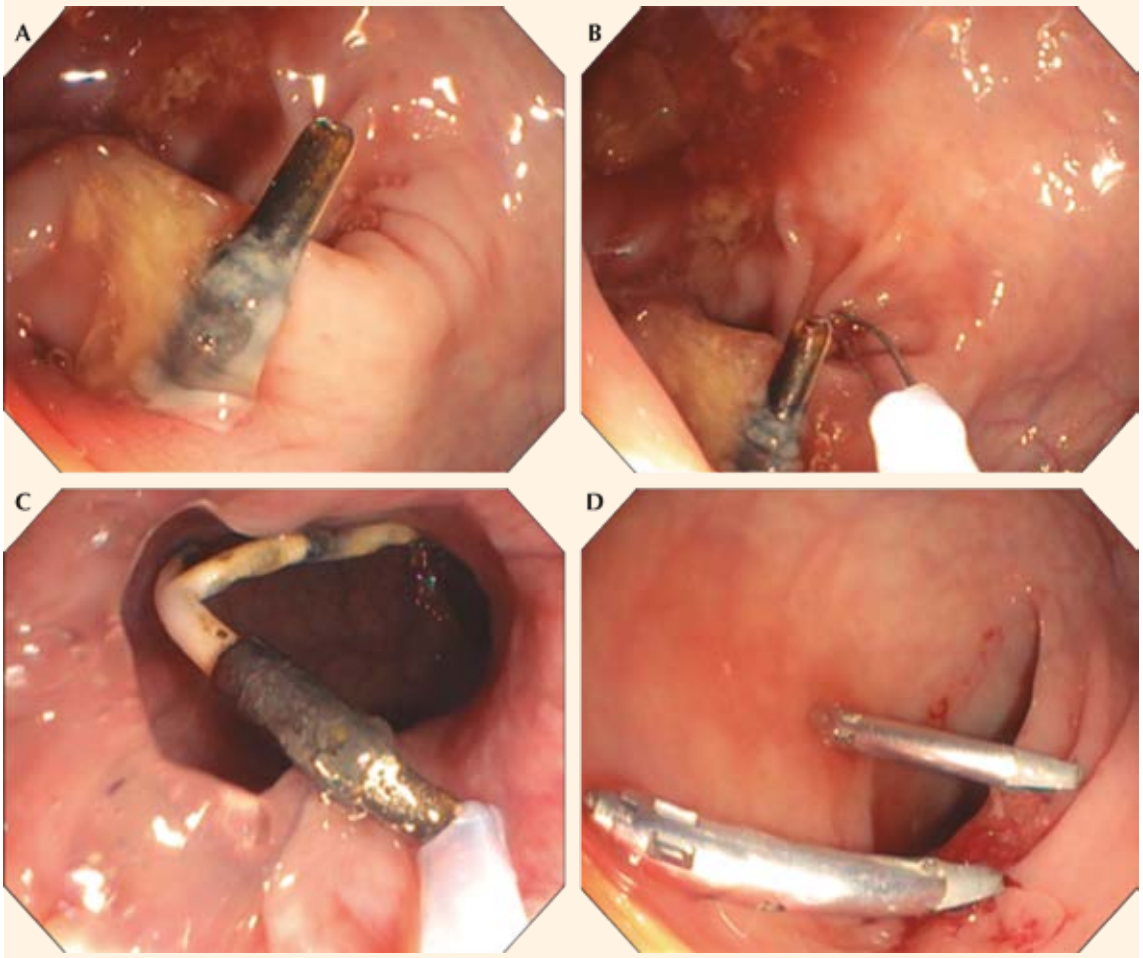


Figura 2. Colonoscopia. **A)** Un extremo del dispositivo intrauterino; **B)** apoyo del asa de polipectomía para la manipulación del objeto extraño; **C)** extracción del dispositivo de la pared del recto; **D)** colocación de hemoclips en el orificio del trayecto del dispositivo intrauterino.

na incluyen: infecciones, formación de abscesos, sangrado y afección de los órganos intrabdominales, estos últimos en 15% de los casos, sobre todo en la vejiga y el intestino. La localización más frecuente de perforación por dispositivo intrauterino comprende: epiplón (26.7%), fondo de saco de Douglas (21.5%), luz del colon (10.4%), miometrio (7.4%), ligamento ancho (6.7%), libres en cavidad abdominal (5.2%), serosa del intestino delgado (4.4%), serosa del colon (3.7%) y mesenterio (3%). En el intestino las áreas más frecuentemente afectadas son el colon sigmoides (40%), el intestino delgado (21.3%) y el recto (21.3%).[1,7,8] Esta complicación puede provocar un cuadro de dolor abdominal o pélvico, flujo o sangrado vaginal y fiebre.

Hasta la fecha se encuentran pocos casos reportados de migración de dispositivo intrauterino y perforación del colon, en los que su extracción

fue por vía laparoscópica o laparotomía.[3,9,10] En México, Juárez y sus colaboradores[11] reportaron una paciente con dispositivo intrauterino (dos años de colocación) localizado en la unión rectosigmoidea, extraído mediante laparotomía exploradora. La paciente de nuestro estudio tuvo migración del dispositivo, que pudo visualizarse adecuadamente por colonoscopia y se encontró en una posición factible para su extracción. Decidimos utilizar el asa de polipectomía para traccionarlo y liberarlo de la pared del colon, además de sellar el orificio de salida con hemoclips.

CONCLUSIÓN

La colonoscopia es una técnica diagnóstica y terapéutica efectiva en pacientes con migración de dispositivo intrauterino y afectación intestinal sin perforación, incluso puede considerarse antes de recurrir a la laparoscopia o laparotomía.

REFERENCIAS

1. 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(1):15-8.
2. Gonenc M, Kalayci MU, Turhan AN, Deniztas C, Alis H. Endoscopic treatment of a transmigrated intrauterine device to colonic wall: a case report. Am J Obstet Gynecol. 2011;204(3):e3-5.
3. 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.
4. 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;8:229e32.
5. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? Contraception 2003;67:53e6.
6. Vasquez P, Schreiber CA. The missing IUD. Contraception. 2010;82(2):126-8.
7. Carmody K, Schwartz B, Chang A. Extrauterine migration of a mirena intrauterine device: a case report. J Emerg Med. 2011;41(2):161-5.
8. Taves DH, Sorsdahl AK, Jadd JL, Chong JJ. Case of the month #167: intrauterine contraceptive device migration to the descending sigmoid colon after uterine perforation. Can Assoc Radiol J 2010;61(5):299-301.
9. Lee JE, Park KS, Kim ES, Cho KB, Shin SJ, Cho CH, Cha SD. Removal of a lost intrauterine device by colonoscopy after a successful full-term delivery. Gastrointest Endosc. 2010;72(4):898-900.
10. Medina T, Hill A, Dejesus S, Hoover F. IUD removal with colonoscopy: a case report. J Reprod Med 2005;50:547e9.
11. Juárez AA, Romero HS, Motta ME. Perforación uterina y de rectosigmoides por dispositivo intrauterino, presentación de un caso con revisión de la literatura. Gac Med Mex 2003;139(1):73-75.

AVISO PARA LOS AUTORES

Los autores de *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO* estarán de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión de sintaxis y ortografía del español y editorial para adaptar el escrito al estilo de esta publicación y de las revistas internacionales.