

Perforación uterina y de rectosigmoides por dispositivo intrauterino, presentación de un caso con revisión de la literatura

Arturo Juárez-Azpilcueta,* Serafín Romero-Hernández,* Eduardo Motta-Martínez*

Resumen

La perforación uterina secundaria a colocación de dispositivo intrauterino con afección de órganos vecinos, como vejiga, intestino delgado, recto y sigmoides, es una complicación rara que implica una gravedad extrema dependiendo del órgano afectado. Este diagnóstico justifica la inmediata extracción del (os) órgano (s) involucrado (s). Presentamos el caso clínico de una paciente de 22 años, quien cursó con perforación completa por dispositivo intrauterino con afección al sigmoides, que evolucionó de manera asintomática. Se hace hincapié en el manejo y evolución postoperatoria, asimismo se realizó revisión del tema en la literatura.

Palabras clave: Dispositivo intrauterino, complicación, recto-sigmoides

Summary

Uterine perforation secondary to placement of intrauterine devices is a rare complication that may affect contiguous organs such as bladder, small intestine, rectum, and sigmoid; all extremely serious depending on the organ involved.

We report the case of a 22-year-old woman with complete uterine perforation due to intrauterine device affected that rectum sigmoid with asymptomatic presentation. We emphasize the postoperative evolution and its management as well as a literature review.

Key words: Intrauterine device, complication, rectum sigmoid

Introducción

El presente trabajo describe un caso de perforación uterina por dispositivo intrauterino (DIU). Ésta es una complicación poco frecuente que al presentarse, además de la lesión del mismo órgano, puede incluir lesiones en órganos vecinos como vejiga, intestino delgado, recto y sigmoides.

En la literatura mundial se reporta una frecuencia de perforación del 0.9 por cada 1,000 a 20,000 inserciones. La perforación de intestino delgado o grueso se estima del orden de uno de cada 350 a 2,600 perforaciones.¹⁻³

Dicha complicación se puede presentar debido a varios factores; la posición y dirección del útero, falta de seguimiento en la normatividad para el procedimiento de la inserción, inexperiencia del operador. Se presenta el caso clínico de una paciente de 22 años que cursó asintomática después de la perforación uterina completa con afección a sigmoides, su evolución y manejo. Asimismo se realizó una revisión del tema en la literatura mundial.

Reporte del caso

Paciente femenina de 22 años con diagnóstico de dispositivo intrauterino (DIU) traslocado, referida de Centro de Salud a unidad hospitalaria para retiro del mismo. Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: menarquía a los 13 años, telarquía y pubarquía a los 13-14 años, tipo menstrual 30 x 3 días, eumenorreica, fecha de última menstruación se desconoce. Inicio de vida sexual activa a los 15 años, GIII, Para III, abortos 0, cesáreas 0. Último parto hace 2 años con colocación de DIU en el puerperio tardío, por médico especialista en Medicina Familiar. A los seis y dos meses previos se intenta extracción de DIU, no se logra retirarlo por lo que es referida a unidad hospitalaria de segundo nivel. A su ingreso se practican estudios de ultrasonografía pélvica y radiografía simple de abdomen, los cuales reportan presencia del DIU en cavidad abdominal. Se difiere histerosalpingografía. A la exploración física se encontró: TA 120/70, FC 80/min, FR 20/min, T 36.6°C. Cabeza y cuello sin alteraciones. Tórax sin patolo-

* Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General de México

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Av. Hidalgo 36, Col Barrio de la Asunción Delegación Xochimilco, CP 16040, Tel 56768723.

gía aparente. Abdomen blando, peristaltismo normal, no se palpan masas o visceromegalias. Exploración ginecológica, con genitales externos de múltipara, clítoris, meato uretral y glándulas para- y bulbouretrales normales. Introito vaginal de 2 x 2 cm, con útero en anteversión con dimensiones de 8 x 7 x 3 cm, anexos sin alteraciones. Con los antecedentes de dos legrados uterinos fallidos para extracción de dispositivo, radiografía de abdomen con DIU en cavidad abdominal y ultrasonido pélvico con ausencia de DIU traslocado a cavidad abdominal, se realiza laparotomía exploradora. Se reportan los siguientes hallazgos: la presencia de dispositivo tipo T de cobre en la luz intestinal del sigmoides, útero con dos perforaciones antiguas en la cara posterior, ambas de 1 x 1 cm, gran proceso adherencial que involucra la cara uterina posterior, el sigmoides y la porción descendente del recto, no presenta abscesos "estériles". Se realiza colostomía, extracción de T de cobre, cierre primario con técnica de Mikulicz, dejando el asa del sigmoides exteriorizada a fosa ilíaca izquierda. Se mantiene hospitalizada, bajo observación estrecha, la evolución es satisfactoria por lo cual, al quinto día se realiza reintroducción del asa y egreso hospitalario al séptimo día de internamiento.

Comentario

En la actualidad el dispositivo intrauterino es considerado uno de los métodos más eficaces en el control de la natalidad, por lo que existe un incremento importante en el número de usuarias. En la literatura se reporta un incremento de efectos adversos y complicaciones inherentes al mismo, los cuales van desde el sangrado transvaginal, infecciones cervicovaginales, mayor riesgo de aborto y embarazo ectópico, hasta perforaciones uterinas y de órganos adyacentes.

Esposito⁴ y Mahran⁵ en 1973, clasificaron a la perforación uterina en parcial y completa; la parcial se divide en grado uno y dos, y si es completa se denomina grado tres. Así podemos observar que una perforación uterina puede presentar grado uno, dos y tres. También se ha dividido en temprana y tardía, dependiendo del momento de aparición de la sintomatología y en sintomática o asintomática.⁴⁻⁷

Se estudian además tres compartimentos anatómicos de la perforación; el compartimiento uno abarca el endometrio, el compartimiento dos el miometrio y el compartimiento tres la cavidad abdominal y órganos vecinos: intestino delgado, vejiga, recto y sigmoides, éstos son los sitios más comúnmente afectados.⁸

El reporte de Zakin y cols, se basa en la revisión de los últimos 15 años de la literatura que recopila los reportes de perforaciones secundarias a dispositivos

intrauterinos, ellos encontraron 356 casos en la literatura mundial, de los cuales 41 presentaron afección a tubo digestivo. Las principales complicaciones observadas fueron las siguientes: 14 casos con obstrucción intestinal, 6 casos con perforación de intestino delgado, ninguno de ellos requirió resección intestinal. Otro presentó absceso tubo-ovárico bilateral y requirió histerectomía con salpingooforectomía bilateral. En 9 casos la perforación afectó a recto-sigmoides, en dos pacientes se practicó resección intestinal. Se presentaron 7 casos con perforación al mesenterio del intestino delgado o el mesoapéndice. En 5 casos la lesión afectó al ciego, alapéndice o ambos. De los 41 casos recopilados por Zakin en la literatura mundial, 19 pacientes requirieron cirugía de urgencia.³

Usualmente los síntomas de perforación son inespecíficos y variables. La tríada de dolor abdominal, fiebre y diarrea intermitente asociada a un dispositivo traslocado nos debe hacer sospechar en una lesión intestinal. En muchos casos los síntomas no se presentan sino 2 a 3 años después de la perforación, y en otros casos pueden cursar sintomáticas.¹

El diagnóstico se puede establecer desde la elaboración de la historia clínica y la exploración física y podemos auxiliarnos de estudios de gabinete como el ultrasonido pélvico, la radiografía de abdomen y la histerosalpingografía. Otros métodos de diagnóstico invasivos son: la laparoscopia, histeroscopia y laparotomía exploradora.⁵⁻⁸

El criterio es unánime en cuanto al manejo y consiste en la extracción del dispositivo en el momento del diagnóstico, éste deberá efectuarse mediante colpotomía, laparoscopia o laparotomía. El retiro de los dispositivos intrauterinos (DIU) inertes, es decir, que no presentan ni cobre ni progesterona puede realizarse mediante colpotomía o laparoscopia, en cambio, la extracción de dispositivos medicados deberá efectuarse mediante laparotomía debido a que el cobre causa reacción inflamatoria a cuerpo extraño. Consecuentemente puede presentarse reacción adherencial, y favorecer la penetración a la serosa de intestino delgado, o recto-sigmoides.⁹⁻¹¹

Referencias

1. Clinton T, Kreutner AK. Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1980;55:239-244.
2. Grimaldo AJ, Herrera AA, García TA. Perforación de intestino grueso por un dispositivo intrauterino "medicado" tipo 7 de cobre. *Gin Obs Mex* 1993;61:235-237.
3. Zakin D, Wilhelm Z, Rosenblatt S. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. I. Classification, complications, mechanisms, incidence and missing string. *Obstet Gynecol Surv* 1987;36:335-353.

4. **Esposito JM, Zarou DM, Zarou GS.** Adalkon shield imbedded in a myoma: case report of an unusual displacement of an intrauterine device. *Am J Obstet Gynecol* 1973;117:578.
5. **Mahrán M, Karim M, El Maghoub S.** Silent uterine perforation with Lippes loop and its management. *Int Surg* 1973;58:341.
6. **Fernández DR.** Perforación uterina por dispositivo intrauterino. Comunicación de una indicación terapéutica excepcional. *Anales ABC* 1981;26:117-120.
7. **Heartwel SF, Schkesekman S.** Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1983;1(6):31-36.
8. **Kably AA, Buganza CA, Altamirano MJ, et al.** Perforación de recto-sigmoides por dispositivo intrauterino. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Anales ABC* 1993;38(2):61-63.
9. **Zakin D, Wilhelm Z, Rossenblatt S, et al.** Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. II. Diagnostic methods, prevention and management. *Obstet Gynecol Surv* 1987;8(36):401-417.
10. **Ledger WJ, Wilson JR.** Intrauterine contraceptive devices: the recognition and management of uterine perforations. *Obstet Gynecol* 1996;28: 806.
11. **Herrera LR.** Laparoscopic removal of IUD from the abdomen. *Br J Med* 1976;2:596.
12. **Villablanca E, Drapkin C, Fernandez V.** Intestinal obstruction by ectopic Lippes loop. *Rev Chil Obstet* 1999;34:372.