

Imagen del mes: Extracción endoscópica rectal de Dispositivo Intrauterino migrado

Diego Vallejo P.¹, Jorge San Martín A.², René Prats A.² y Oswaldo Saavedra Q.³

Image of the month: Endoscopic rectal extraction of migrated Intrauterine Device

Paciente femenino de 31 años, sin antecedentes médicos previos, no consume tabaco ni alcohol, con historia obstétrica que destacan 2 partos de término, portadora de dispositivo intrauterino (DIU) instalado en febrero de 2016. Se pesquiza en Ecografía Transvaginal (Eco-TV) de rutina en agosto de 2017 una imagen sugerente de migración de DIU, en íntima relación con la pared del recto. Además, se evidencia retroversión uterina grado III. Consulta en Servicio de Ginecología del Hospital Félix Bulnes Cerda (HFBC) con resultados imagenológicos, encontrándose asintomática. Al examen físico ginecológico destaca útero de tamaño normal, en retroversión, anexos sin hallazgos patológicos. Al tacto rectal no se logra palpar cuerpo extraño. Se realiza una primera recto-sigmoidoscopia en agosto de 2017, en la cual se evidencia tanto al tacto rectal como en la rectoscopia el brazo largo del DIU a 10 cm del ano, emergiendo al lumen rectal. Se intenta traccionar y remover con pinzas cocodrilo, sin éxito por dolor

de la paciente y riesgo de dilaceración o ruptura del recto por brazo transversal del DIU. Es derivada al servicio de Coloproctología del HFBC en mayo del 2019, donde se solicita una Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis contrastado, realizada en julio de 2019, que evidencia dispositivo anticonceptivo extraluminal del útero, adherido a pared rectal, que impresiona comunicado hacia lumen (Figura 1).

Se realiza nueva colonoscopia en agosto de 2019, a dos años desde descubrimiento ecográfico de migración de DIU, observándose la rama vertical a 8 cm del margen anal, que se desprende al traccionarlo (Figura 2). A pesar de no observar orificio fistuloso remanente, se decide colocar dos clips de seguridad (Figura 3). Se realizó un seguimiento seriado durante 10 semanas, sin sintomatología, con una rectoscopia de control el 31 de septiembre de 2019, donde ya no se evidenciaban los clips puestos anteriormente, sin signos de complicaciones (Figura 4).

¹Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor. Santiago, Chile.

²Servicio de Endoscopia - Servicio de Cirugía, Hospital Félix Bulnes Cerda. Santiago, Chile.

³Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Félix Bulnes Cerda. Santiago, Chile.

Recibido: 15 de octubre de 2019
Aceptado: 17 de octubre de 2019

Correspondencia a:
Dr. Jorge San Martín
Teléfono: (+56) 9 8157 5375
jorhsar@gmail.com

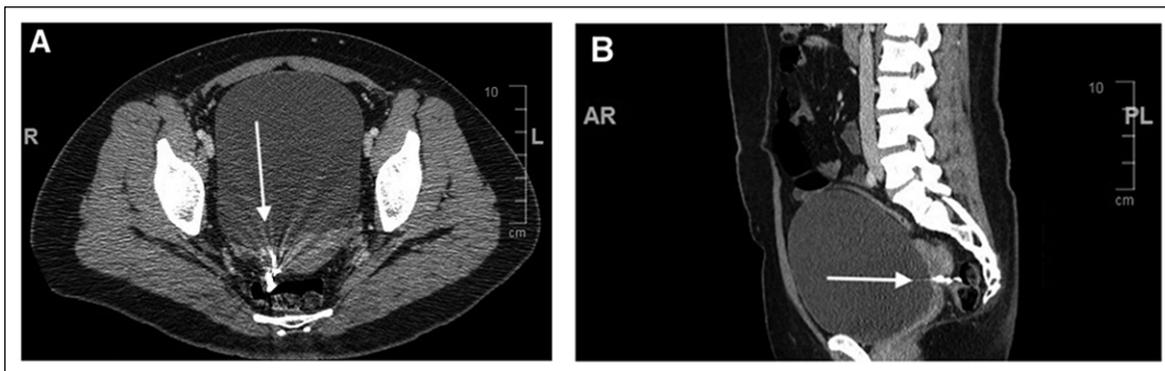


Figura 1. TC de abdomen y pelvis contrastado. **A:** Corte axial. **B:** Corte sagital. Flechas apuntan hacia imágenes hiperdensas correspondiente a dispositivo intrauterino migrado hacia lumen rectal.

Imágenes en Gastroenterología



Figura 2. Rama vertical de dispositivo intrauterino en lumen rectal.



Figura 3. Clips colonoscópicos post extracción de DIU.

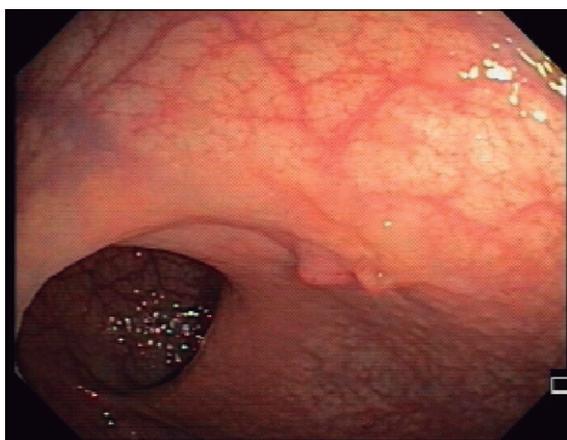


Figura 4. Rectoscopia de control.

Discusión

Los dispositivos intrauterinos son métodos anticonceptivos (MAC) prolongados, con tasas de eficacia contraceptiva sobre el 99%, con una probabilidad de 0,2% de un embarazo no deseado durante el primer año de uso, como en el caso del DIU con liberación de levonorgestrel¹.

A pesar de su alta eficacia, este MAC no está exento de complicaciones. La perforación uterina y migración del dispositivo son consideradas las complicaciones más graves, con una incidencia de 1,3 a 1,6 por cada 1.000 dispositivos insertos², de los cuales, hasta el 15% migra hacia otros órganos adyacentes, fundamentalmente el intestino delgado, colon y vejiga³. Este tipo de complicación suele producirse frecuentemente dentro de los primeros tres meses desde la inserción del dispositivo, pudiendo extender hasta varios años posteriormente. Entre los factores de riesgo descritos, destacan la falta de experiencia en inserción de DIU, útero inmóvil, útero en retroversión, o la presencia de defectos a nivel miometrial⁴. Como factor de riesgo, se evidenció en nuestra paciente un útero en retroversión al momento de la Eco-TV.

La sintomatología de este cuadro dependerá del lugar de migración, produciendo dolor abdominal inespecífico, dispareunia, metrorragia, disuria, hematoquecia, abscesos y fistulas. En el caso de nuestra paciente, la migración del DIU hacia el lumen rectal se presentó de manera asintomática, como hallazgo incidental en una Eco-TV al año y 6 meses desde la fecha de inserción.

Toma relevancia el determinar un diagnóstico certero y precoz, con una adecuada localización del dispositivo, para proporcionar la terapia más adecuada y menos invasiva posible. Dentro del estudio complementario sugerido, encontramos la radiografía de abdomen simple, Eco-TV, TC y la colonoscopia, esta última utilizada tanto para el diagnóstico como con fines terapéuticos.

Si bien el tratamiento será determinado caso a caso según grado de perforación y migración del dispositivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la extracción inmediata de este para evitar infecciones, daño a órganos vecinos, adherencias y eventual infertilidad⁵. Se han descrito casos de migración de DIU y perforación a nivel del colon sigmoide⁶, u otro de perforación hacia el lumen rectal⁷, ambas resueltas quirúrgicamente. Otros autores expusieron un caso de perforación rectal con exposición del dispositivo vía anal, resuelto colonoscópicamente, sin necesidad de abordajes extras a nivel del orificio fistuloso⁸, o incluso la extracción manual directa del dispositivo por vía anorrectal⁹. En nuestro caso expuesto, la extracción del dispositivo fue posible al segundo intento mediante colonoscopia; si

bien no se observaba el orificio fistuloso claramente, se decidió colocar 2 clips de seguridad, con adecuada respuesta clínica, manteniéndose asintomática, con un examen físico y rectoscopia de control sin hallazgos patológicos.

A modo de conclusión, si bien la incidencia de migración del DIU hacia la cavidad abdominopélvica o hacia otros órganos vecinos es baja, es importante sospechar de éste en el caso que no se visualicen las

guías del dispositivo, asociado o no a otros síntomas urinarios o gastrointestinales. Dentro del estudio se recomienda el uso de Eco-TV para determinar la localización correcta del DIU, complementando con TC y/o colonoscopia. Finalmente, a partir de los hallazgos clínicos e imagenológicos, se debe determinar el mejor abordaje para cada paciente, siempre teniendo como objetivo final, la extracción del dispositivo.

Referencias

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3a ed. Ginebra: OMS; 2017. pp 13-5.
- 2.- Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: A case report with literature review. Arch Gynecol Obstet 2009;279:395-7.
- 3.- Toprak E, Göktürk HS, Tolu A. A new technique for the removal of a transmigrated intrauterine device with rectum penetration. Turk J Gastroenterol. 2015;26:82-4.
- 4.- Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lähteenmäki P, Heikinheimo O. Uterine perforation caused by intrauterine devices: Clinical, course and treatment. Hum Reprod. 2013;28:1546-51.
- 5.- DiPaola L, Wonaha A, Dardanelli M, Viola L. Dispositivo intrauterino en cavidad rectal. Rev Esp Enferm Dig 2017;109:290.
- 6.- Daroch D, Espinola D, Cuneo A. Perforación de colon sigmoides por migración de dispositivo intrauterino. Rev Chil Cir 2018;70:102-3.
- 7.- Bernuy S, Rivera MC, Salazar C, Ramírez F. Dispositivo intrauterino parcialmente migrado e incrustado en serosa de rectosigmoides tras 8 años de inserción. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80:412-5.
- 8.- Alonso L, Marcacuzco A, Manrique A, Bermello CF, Justo I, Jiménez LC. Migración rectal de dispositivo intrauterino. Clin Invest Obst. 2016; 43:187-9.
- 9.- Abasiattai AM, Umoyoho AJ, Utuk NM, Ugege W, Udoh IA. Intrauterine contraceptive device with rectal perforation and strings presenting at the anus. BMJ Case Rep. 2010; doi:10.1136/bcr.03.2010.2836.