

Migración de dispositivo intrauterino a pared abdominal. Reporte de un caso

Saury Celene León Garduza,⁽¹⁾ Gustavo Esteban Beauregard Ponce,⁽²⁾ José Lisandro Castaneda Flores,⁽³⁾ Alejandro Rafael Cárdenas del Olmo.⁽⁴⁾

RESUMEN

El dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo seguro y eficaz. El porcentaje de uso frente al resto de los anticonceptivos es de 23%, siendo la "T" con cobre el tipo más usado a nivel mundial. Es bien tolerado, sin embargo existen complicaciones como la expulsión, perforación uterina y migración como lo es en nuestro caso. Se estima que las perforaciones y migraciones ocurren durante los primeros meses y al año de inserción. Un DIU que ha emigrado a través del miometrio puede ubicarse en cualquier región de la pelvis o pared abdominal.

Palabras claves: *Dispositivo, complicación, migración.*

SUMMARY

The intrauterine device is a safe and effective method of contraception. The percentage of use compared to the rest of the contraceptives is 23%, the "T" with copper being the most widely used type worldwide. It is well tolerated, however there are complications such as expulsion, uterine perforation and migration as it is in our case. It is estimated that perforations and migrations occur during the first months and the year of insertion. An IUD that has migrated through the myometrium can be located in any region of the pelvis or abdominal wall.

Keywords: *Device, complication, migration.*

INTRODUCCION

El dispositivo intrauterino (DIU) es de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo debido a su alta eficacia, bajo riesgo y bajo costo; se puede colocar en cualquier momento del periodo menstrual y durante el puerperio inmediato, mediato o tardío.¹ Dentro de las complicaciones que se pueden presentar están: la perforación uterina, dispareunia, hemorragia, dolor suprapúbico, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto séptico, embarazo ectópico y migración.²

Existe falla anticonceptiva del 0.6-2% anual y puede presentarse expulsión espontánea en 2-10% de los casos durante el primer año. El DIU traslocado o migrado tiene una incidencia de 1-3/1000 inserciones, y depende del tipo de DIU, experiencia del operador, posición del útero y tiempo transcurrido entre el nacimiento y su colocación. El DIU migrado o en posición inadecuada se presenta generalmente posterior a una perforación inadvertida del útero al momento de la colocación o a una migración de este a tejidos adyacentes como endometrio, miometrio, órganos vecinos, inclusive al peritoneo, siendo esta la migración más habitual.³

DESCRIPCION DEL CASO

Femenino de 53 años de edad, con hipertensión arterial sistémica controlada medicamente; menarca a los 14 años,

¹⁾ Residente de cuarto año de la especialidad en Cirugía General. Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México.

²⁾ Profesor investigador, UJAT. Médico adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México.

³⁾ Jefe de servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús," Villahermosa, Tabasco, México.

⁴⁾ Adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús". Villahermosa, Tabasco, México.

IVSA 19 años, 1 pareja sexual, Gesta 3, Para 3, Cesárea 0, Aborto 0. Se coloca DIU entre el segundo y tercer embarazo hace 29 años. FUP hace 27 años.

Refiere dolor abdominal suprapúbico de poca intensidad en fosa iliaca izquierda desde hace muchos años, retracción de piel a nivel de fosa iliaca izquierda, eritema y salida de material seropurulento escaso.

Acude a nuestra institución donde es valorada. Se realiza ultrasonido de abdomen reportando cuerpo extraño en pared abdominal.

Se solicita placa simple de abdomen de pie y lateral (Figura 1 y 2), observando radiopacidad en pared abdominal a nivel de la pelvis izquierda así como TAC de abdomen y pelvis (Figura 3,4,5) en la cual se observa una imagen hiperdensa subaponeurotica en fosa iliaca izquierda con trayecto en toda la pared abdominal que causa umbilicación de la piel adyacente. Órganos intraabdominales sin alteraciones aparentes, no se observa trayecto fistuloso hacia cavidad abdominal.

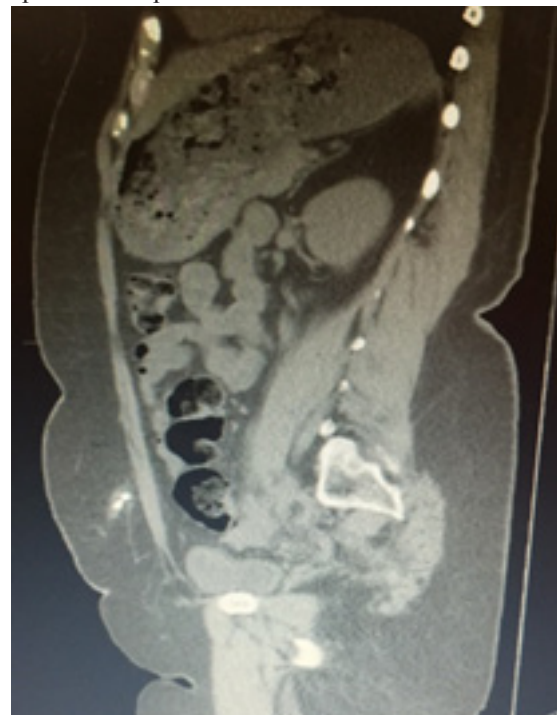
Figura 1. Placa simple de abdomen de pie con radiopacidad a nivel de pelvis izquierda.



Figura 2. Placa simple abdominal lateral de abdomen de pie con radiopacidad a nivel de pelvis izquierda.



Figura 3. Corte sagital de TAC simple de abdomen con imagen hiperdensa que respeta aponeurosis, sin aparente compromiso de cavidad abdominal.



CASO CLÍNICO

Figura 4. Corte axial de TAC simple de abdomen con imagen hiperdensa a nivel de tejido celular subcutáneo.



Figura 5. Corte coronal de TAC simple de abdomen con imagen a nivel de tejido celular subcutáneo con tejido inflamatorio perilesional.



Por localizarse el DIU en tejido celular subcutáneo, se decide extirparlo quirúrgicamente utilizando anestesia local. Sus estudios preoperatorios se encontraban todos dentro de la normalidad

Bajo bloqueo neuroaxial se realiza exéresis sin complicaciones. Se observa trayecto desde piel y TCS

de 8x2x1cm, con eritema y fibrosis perilesional hasta aponeurosis conteniendo cuerpo extraño en su interior pero respetando peritoneo y cavidad abdominal, (Figura 6). Se realiza cierre de pared sin accidentes ni incidentes. Se envía pieza a estudio histopatológico. Se maneja de manera ambulatoria por mejoría.

Figura 6. Pieza quirúrgica, trayecto desde piel y TCS de 8x2x1cm, con eritema y fibrosis perilesional hasta aponeurosis, que contiene cuerpo extraño (DIU).



DISCUSION

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo, sin embargo no esta exento de riesgos. La mayoría de las mujeres con perforación uterina por DIU traslocado no manifiestan datos clinicos sino hasta meses o años despues de la inserción.⁴ En el presente caso la paciente refirió sintomatología años después de la inserción del dispositivo con dolor suprapúbico crónico latente y retracción progresiva de la piel.

La ecografía es para nosotros una herramienta muy importante en el control post inserción del DIU y debería realizarse de rutina; sin embargo tras su inserción no realizó ningún control ecográfico a pesar de insistencia de la paciente por la sintomatología descrita, por ello es necesario que el personal que realiza los procedimientos de inserción de DIU sea realizado por especialistas capacitados en constante actualización, en caso de presentarse este tipo de complicaciones, reduciendo aún más su incidencia con un mayor entrenamiento en la colocación, aplicación de técnicas adecuadas de la misma y seguimiento ultrasonográfico.⁵

Se debe enfatizar en la necesidad de un conocimiento anatomico preciso del area genital femenina, asi como de las posibles complicaciones al realizar la inserción del DIU. Los DIU ya insertados requieren de una vigilancia periódica.⁶

CONCLUSIÓN

La migración o translocación del DIU, es una complicación poco frecuente secundaria a perforación uterina inadvertida. Puede ser diagnosticada por medio de estudio ecográfico y debe ser retirado lo más pronto posible posterior al diagnóstico.

Se han reportado casos raros en vejiga y peritoneo, pero no hay registros de migración a pared abdominal anterior, sin evidencia de fistula u afección a otros órganos adyacentes.

REFERENCIAS

1. García BI, Pichardo M, Mesa ME, Contreras NA. Manejo de dispositivo intrauterino traslocado. *Revs Invest Med Sur Mex*, enero-marzo 2012;19(1)7-9.
2. Campohermoso OF, Mamani RA, Solís R. Translocación de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso. *Revista "Cuadernos"* Vol. 56(2), 2015.
3. Ebel L, Foneron A, Troncoso L, Cañoles R, Hornig A, Corti D. Migración de dispositivo intrauterino a vejiga: Aportación de cuatro casos. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(5)530-532.
4. Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolanbay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception*. 2007;75(2):96-100.
5. Hernández M, Carrillo A. Dispositivo intrauterino traslocado (intravesical). Reporte de un caso. *Ginec Obst Méx*. 1998;66:290
6. Fernández A, Norbert A, Sánchez A, Hernández A. Migración de un dispositivo intrauterino al ovario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(3):409-413.