

Retiro de dispositivo intrauterino mediante histeroscopia de consultorio posterior a falla de retiro con cánula de biopsia de endometrio en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco

José Arias-Hernández,⁽¹⁾ Juan Manuel Pérez-Priego,⁽¹⁾ Adriana Becerril,⁽¹⁾ María Eugenia Lozano-Franco,⁽¹⁾ Victoria García,⁽¹⁾ Rosa María Miranda-del Valle,⁽¹⁾ Adrián Flores-Escoto⁽¹⁾

RESUMEN

En las pacientes con falla en el retiro de DIU con cánula o pinza uterina se requiere ingresar a quirófano para que mediante anestesia general o regional se realice un legrado uterino o en casos extremos laparotomía e hysterotomía para el retiro de DIU traslocado. La histeroscopia de consultorio evita este tipo de procedimientos gracias a la capacidad visual en tiempo real y la posibilidad de ser resolutive mediante el canal operatorio del histeroscopio que permite introducir pinzas y extraer el DIU. Todo esto en consultorio con anestesia local y en muchos casos sin anestesia y manejo ambulatorio. **Objetivo.** Proporcionar un método ambulatorio para el retiro del DIU traslocado cuando se falla al intentar retirarlo con cánula de biopsia de endometrio. **Material y métodos.** El estudio inicio el 01 noviembre del 2007 al 1 de mayo 2009, se incluyeron un total de 50 pacientes. Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de DIU traslocado que fueron enviadas a la clínica de Planificación Familiar y que no se logró extraer el dispositivo con cánula de biopsia de endometrio o pinza uterina. Se realizó histeroscopia de consultorio a todas las pacientes con un histeroscopio Bettocchi de la marca Storz, se utilizo solución salina al 0.9%. Se registro el tiempo de inicio y extracción, el uso de anestesia local, el índice de masa corporal, las gestaciones, partos, cesáreas, el momento en que se aplico el DIU, el tiempo de uso. **Resultados.** De las 50 pacientes incluidas en el estudio, se logró el retiro de DIU por histeroscopia de manera satisfactoria en 49 (98%), en 1 paciente fue necesario retirarlo en quirófano con laparoscopia de control debido a que se encontró penetrando en el fondo uterino. No se presentaron complicaciones durante la histeroscopia. La edad promedio de las pacientes fue de 33.95 años (± 7), el índice de masa corporal fue de 29,8 m² (± 5), el 52 % de las pacientes eran multigestas y en el 60 % de los casos la aplicación fue post cesárea. El tiempo de uso

del DIU en promedio fue de 6 años (± 3). El tiempo quirúrgico fue de 6 minutos en promedio (± 3). El tiempo de internamiento fue de 35 minutos en promedio (± 7). Se utilizo anestesia local en el 35 % de los casos.

SUMMARY

Objective. Give an ambulatory procedure to take out a traslocated intrauterine device when is not possible take out with conventional methods. **Method and material.** We included 50 patients between November 1 of 2007 to may 1 of 2009 with diagnosis of traslocated intrauterine device. The patients were sent to Reproductive Endoscopic Clinic from Family Planification Clinic of Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco, because they failed to take out de intrauterine device with conventional methods. We made office hysteroscopy in all cases to take out de intrauterine device, and register age, parity, body mass index, time of use of de intrauterine device, when this was inserted, surgical time, intrahospital time, if anesthesia was used or not and complications. **Results:** We take out intrauterine device by office hysteroscopy in 49 patients (98%), in 1 patient laparoscopy procedure was necessary. De average age was 33.9(± 7) years, the body mass index was 29,8 m² (± 5), 65 % were multigestas and 60 % of intrauterine devices were collocated during cesarea. The 67% did not have vaginal delivery. The average of used time was 6 years(± 3). Surgical average time was 6 minutes (± 3). Intrahospital time was 35 minutes (± 7). In 35 % of the office hysteroscopy we used local anesthesia. We didn't have any complications.

INTRODUCCIÓN

El Dispositivo Intrauterino (DIU) es un método de

(1) Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

planificación familiar aceptado actualmente en todo el mundo. Existen diversas descripciones de éste método en tratados médicos desde antes de nuestra era.¹ Durante la historia de la humanidad éste método sufre diversidad de modificaciones hasta tener en la actualidad dos tipos principalmente, los que contienen un esqueleto de polímeros más metal, en la mayoría de la veces cobre y los que contienen un esqueleto de polímero más un progestágeno que actúan de manera local.¹

El DIU ejerce su acción anticonceptiva mediante un proceso inflamatorio del endometrio que evita la migración de los espermatozoides hacia la salpinx y por otro lado altera el transporte del ovocito.²

El efecto anticonceptivo del DIU varía entre 3 a 8 años, dependiendo a la cantidad de cobre que contenga y que puede oscilar entre 200 y 380 mm² o si se utiliza DIU con progestágeno.^{1,2}

La efectividad de éste método es de las más altas, ya que cuenta con la ventaja, a diferencia de otros métodos temporales, que no se requiere recordar la administración diaria, semanal o mensual por parte de la usuaria.^{1,2} El DIU falla como método anticonceptivo entre el 0.6 y 2 % anual y se presenta una expulsión espontánea entre el 2 a 10 % durante el primer año.^{1,2} Es por esto que la revisión sistemática del DIU por el médico es imperativa.³

Como todos los métodos de planificación familiar, a pesar de su efectividad, no se encuentra exento de complicaciones, afortunadamente el porcentaje de estas es muy bajo;³ entre las complicaciones más frecuentes, se encuentran los procesos inflamatorios, hemorragias uterinas anormales, dolor pélvico, embarazo ectópico, perforaciones uterinas y DIU traslocados.^{3,4}

El DIU traslocado o en una posición anormal se presente generalmente posterior a una perforación inadvertida del útero al momento de la colocación, sin embargo, en un menor número de casos es debido a una migración del éste a los tejidos adyacentes, pudiendo ser a la cavidad abdominal, intestino o vejiga.^{3,4,5}

En otras ocasiones se utiliza el término traslocado para referirse a DIU que no es posible retirar de la cavidad uterina por la ausencia de los hilos en el canal vaginal. En estos casos el retiro del DIU se realiza con una cánula de Novak, cuando esto tampoco es posible también se clasifica como DIU traslocado. En estos casos se recurre a la dilatación cervical y legrado uterino instrumentado bajo anestesia en

sala de quirófano.^{4,5} Esto implica un tiempo de internamiento mayor y un incremento en los costos.⁵

En este estudio proponemos el retiro de DIU mediante histeroscopia de consultorio como la técnica de elección para los casos en que se falla en el intento de retiro con cánula de Novak en consultorio.

MATERIAL Y METODOS

El estudio inicio el 01 noviembre del 2007 al 1 mayo 2009; se incluyeron pacientes que fueron referidas de la clínica de planificación familiar al departamento de endoscopia reproductiva del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco con el diagnóstico de DIU traslocado y en las cuales se había intentado previamente el retiro en consultorio con cánula de Novak o pinza uterina por los médicos adscritos a éste departamento sin tener éxito.

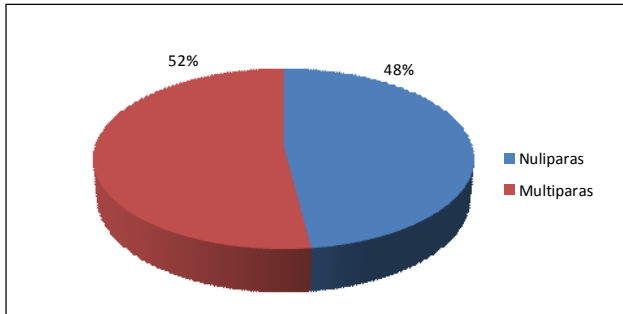
Se realizó histeroscopia de consultorio a todas las pacientes con Histeroscopia Bettocchi de la marca Storz, se utilizo solución salina al 0.9% como medio de distensión. Se registro el tiempo de inicio y extracción, el tiempo intrahospitalario, el uso de anestesia local, el índice de masa corporal, las gestaciones, partos, cesáreas, el momento en que se aplico el DIU, el tiempo de uso y las complicaciones durante la histeroscopia.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes con los criterios mencionados. Se logro el retiro de DIU por histeroscopia de manera satisfactoria en 49 (98%), en 1 paciente fue necesario retirarlo en quirófano con laparoscopia de control debido a que se encontró penetrando al fondo uterino.

No se presentaron complicaciones durante la histeroscopia. La edad promedio de las pacientes fue de 33.95 años (± 7), el índice de masa corporal fue de 29,8 mm² (± 5), el 52% de las pacientes eran multigestas y en el 60% de los casos la aplicación fue post cesárea. (Fig. 1).

El 48% de las pacientes eran nulíparas; a 30 (60 %) pacientes se les aplico el DIU transcesárea y a 20 (40%) postparto, esto no fue significativo para DIU traslocado ($p= 0.267$); el tiempo de uso del DIU en promedio fue de 6 años (± 3); el tiempo quirúrgico fue de 6 minutos en promedio (± 3). el tiempo de internamiento fue de 35 minutos en promedio (± 7); se utilizo anestesia local en el 35 % de los casos.

GRÁFICA 1. Paridad de pacientes con DIU traslocado.**CONCLUSIÓN**

EL retiro de DIU por histeroscopia en los casos en que no se logra retirarlo con los procedimientos convencionales en el consultorio es una alternativa excelente. El índice de falla fue del 2 % en nuestro estudio y no se presentaron complicaciones haciendo de este procedimiento altamente seguro.

La histeroscopia de consultorio demostró a la vez ser un

procedimiento que a la larga se vuelve económico ya que evita el gasto de internamiento y uso de quirófano, así como tiempo de incapacidad para las pacientes.

Al parecer la colocación transcesarea y la nuliparidad no son factores que aumentan el DIU traslocado.

REFERENCIAS

1. Alanis F, Amoroso H. Appropriately trained nurses are competent at inserting intrauterine devices: an audit of clinical practice. *Eur J Cont Rep H C* 1999;4(1):41-1.
2. Fortney JA, Feldblum PJ, Raymond EG. Intrauterine devices. The optimal long-term contraceptive method. *J Reprod Med* 1999;44(3):267-74
3. Blasco H. y cols. Emigración de dispositivo intrauterino. Una rara causa de cuerpo extraño vesical. *Actas Urol Esp* 1995;19(10):798-801.
4. Hernández VM, Carrillo P. Dispositivo intrauterino traslocado (intravesical). Informe de un caso. *Ginec Obst Mex* 1998;66:290-292.
5. Gonzalvo V, López LM, Aznar G, Mola MJ, Navarro A, Botella R. Perforación uterina y migración vesical de un dispositivo intrauterino. *Actas Urol Esp* 2001;25(6):458-461.