



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-339 - MIGRACIÓN A CANAL ANAL DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO: ¿ES FRECUENTE ESTA COMPLICACIÓN?

Alonso Murillo, Laura; Caso Maestro, Oscar; Marcacuzco Quinto, Alberto; Bermello Meza, Carlos; Manrique Municio, Alejandro; Justo Alonso, Iago; Cobo Vázquez, Cristina; Jiménez Romero, Carlos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los dispositivos intrauterinos (DIUs) constituyen el 23% del uso general de medidas contraceptivas reversibles en todo el mundo. Entre las complicaciones más graves destacan la perforación uterina y la migración del dispositivo (incidencia 1,3 a 1,6 por cada 1.000 inserciones). Dicha complicación puede tener lugar inmediatamente durante la inserción, como consecuencia de una implantación inadecuada; o bien, varios años después secundaria a una migración del dispositivo.

Caso clínico: Mujer de 40 años, portadora de DIU desde hace 15 años, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, rectorragia tras realización de deposición, metrorragia y sensación de cuerpo extraño a nivel anal. A la exploración física se objetiva el componente horizontal del DIU saliendo a través del orificio anal y mediante tacto rectal se palpa el componente vertical de éste alojado en recto. Al tacto vaginal se palpa relieve correspondiente al DIU alojado en recto a través de la pared posterior; sin palparse trayecto fistuloso. La exploración abdominal y los datos analíticos fueron anodinos. Se realizó una TC abdominopélvica que confirmó la localización del segmento longitudinal del DIU en el interior del recto, invertido, y el segmento horizontal en el exterior. No se identificó aire extraluminal o imagen que pudiera corresponder a trayecto fistuloso, líquido libre, ni colecciones. Bajo control endoscópico se procede a la retirada del dispositivo, objetivándose en la cara proximal de la 1ª válvula de Houston, mediante retroflexión rectal, una depresión puntiforme, compatible con un orificio fistuloso, sobre la que no se realizaron más procedimientos. Posteriormente tras revisión en consulta la paciente permanece asintomática tanto a nivel ginecológico como proctológico, sin identificarse signos de orificio fistuloso.

Discusión: Los métodos de contracepción intrauterina son generalmente bien tolerados; sin embargo, no están exentos de complicaciones. La perforación uterina y la migración del dispositivo hacia diferentes estructuras abdomino-pélvicas constituyen una de las complicaciones más graves. Cuando una perforación es identificada, se recomienda la extracción tan pronto como sea posible independientemente del tipo de dispositivo y su localización. Para ello se puede usar técnicas endoscópicas, ya sea colonoscopia, histeroscopia o cistoscopia en función de la localización. Aproximadamente el 15% de las perforaciones uterinas involucran a órganos adyacentes, fundamentalmente asas de intestino delgado, colon y vejiga. La migración rectal del dispositivo es una complicación infrecuente, con escasos casos descritos en la literatura. Se debe individualizar

cada caso para decidir mediante que vía realizar la extracción del dispositivo, teniendo en cuenta su localización exacta y el tamaño del defecto fistuloso. Así cuando el orificio es menor de 0,5 cm se puede realizar un cierre primario, y si es mayor está indicado el uso de plastias. Existen además casos descritos, entre ellos el aquí presentado, que tras la extracción del dispositivo el defecto es tan mínimo, que no es necesario realizar un abordaje extra. Por lo tanto, tras la identificación, la extracción completa del DIU mediante colonoscopia es posible. Además, las características anatómicas y la localización extraperitoneal del recto hace del abordaje colonoscópico una técnica segura, tal y como se realizó en este caso.