



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Migración rectal de dispositivo intrauterino[☆]



L. Alonso Murillo, A.A. Marcacuzco Quinto*, A. Manrique Municio, C.F. Bermello Meza, I. Justo Alonso y L.C. Jiménez Romero

Servicio de Cirugía General «C» y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 3 de abril de 2015; aceptado el 1 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 5 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Dispositivo intrauterino;
Migración rectal;
Perforación uterina;
Colonoscopia

Resumen

Fundamento y objetivo: Los dispositivos intrauterinos (DIU), constituyen el 23% del uso general de las medidas contraceptivas reversibles en todo el mundo. Entre las complicaciones más graves secundarias a su uso, destacan la perforación uterina y la migración del dispositivo.

Material y método: Se presenta un caso de migración de DIU a través de pared rectal en una mujer de 40 años, que acude al servicio de urgencias por dolor brusco y rectorragia. 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 alojado en recto; localización que se verifica mediante la realización de una TC abdominopélvica. En este caso, se realizó una extracción colonoscópica del cuerpo extraño.

Conclusiones: En general, cuando una perforación es identificada, se recomienda la extracción del dispositivo lo antes posible. Para ello se pueden usar técnicas endoscópicas o quirúrgicas, en función de la localización, por lo que cada caso debe ser individualizado.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Intrauterine device;
Rectal migration;
Uterine perforation;
Colonoscopy

Rectal migration of intrauterine device

Abstract

Background and objectives: Intrauterine devices (IUDs) constitutes the 23% of the general use of reversible contraceptive measures in the world. Among the most serious complications secondary to its use include uterine perforation and migration of the device.

Patients and methods: A case of migration of IUD through rectal wall is presented in a woman of 40 years old, who came to the emergency department with sudden pain and rectal bleeding. The physical examination aimed to the horizontal component of the IUD getting out through the

[☆] La información presentada en este manuscrito no ha sido presentada en ningún congreso.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alejandro_mq@yahoo.es, alejandro_mar@hotmail.com (A.A. Marcacuzco Quinto).

anal canal and hosted by DRE the vertical component at right is palpable. This localization is verified by performing abdominal and pelvic CT. In this case, a colonoscopic removal of foreign body was made.

Conclusions: In general, when a perforation is identified, the extraction of the device is recommended as soon as possible. Endoscopic techniques or surgery could be use for it depending on the location; so that each case must be individualized.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los dispositivos intrauterinos (DIU) constituyen el 23% del uso general de las medidas contraceptivas reversibles en todo el mundo. Su uso ha ido en aumento en los últimos años, (de un 2% en 2002 a un 7,7% en 2009, en EE. UU.)¹. La contracepción intrauterina, generalmente es bien tolerada, pero no está exenta de complicaciones. La expulsión espontánea del dispositivo, su mal posicionamiento, su rotura, dolor, infecciones pélvicas y metrorragias son algunas de ellas. Entre las complicaciones más graves destacan la perforación uterina y la migración del dispositivo². La incidencia de perforaciones uterinas secundarias a su implantación está registrada entre 1,3-1,6 por cada 1.000 inserciones³, por lo que resulta una complicación relativamente infrecuente, pero potencialmente grave. 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.

Se presenta un caso de migración de DIU a través de la pared rectal.

Material y métodos

Mujer de 40 años, portadora de DIU desde hace 15 años, acude al servicio de urgencias por dolor brusco en región hipogástrica, acompañado de rectorragia tras realización de deposición. Además, refería haber notado expulsar un cuerpo extraño por el ano, asociado a sangrado vaginal oscuro de un mes de evolución.

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 este 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. En la analítica, se objetiva leucocitos de 9.800/l, PCR 0,12 mg/dl y LDH 218 U/l. Se realizó una tomografía computarizada (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 extra-luminal o imagen que pudiera corresponder a trayecto fistuloso, líquido libre, ni colecciones (fig. 1).

Se realizó una colonoscopia procediendo a la extracción del cuerpo extraño en recto. En dicho procedimiento se objetivó en la cara proximal de la 1.^a válvula de Houston,

mediante retroflexión rectal, una depresión puntiforme, compatible con un orificio fistuloso, que no requirió ningún abordaje extra (fig. 2).

Tras 3 días de ingreso recibiendo tratamiento conservador, la paciente fue dada de alta, manteniendo revisiones en el servicio de ginecología y cirugía, sin presentar nuevas incidencias.

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 graves⁴. La falta de experiencia, un útero inmóvil o en retroversión, o la presencia de un defecto en miometrio⁵ constituyen alguno de los factores de riesgo.

Las perforaciones diagnosticadas tras largo tiempo después de la inserción del DIU son atribuidas a migraciones espontáneas del dispositivo. Las imágenes obtenidas por ultrasonidos o rayos X, pueden mostrar hiperecogenicidad u opacidad, respectivamente, de cuerpos extraños. La imagen obtenida mediante TC es útil para confirmar la localización exacta del dispositivo⁶.

Cuando una perforación es identificada, se recomienda la extracción tan pronto como sea posible, independientemente del tipo del dispositivo y su localización. Para ello se puede usar técnicas endoscópicas, ya sea colonoscopia, histeroscopia o cistoscopia en función de la localización⁷.

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. El manejo de esta complicación se individualizó en cada caso. El punto común de los casos descritos es la indicación de extracción inmediata del dispositivo. En uno de los casos se realizó una laparoscopia exploradora y posterior extracción del dispositivo por histeroscopia, así como el cierre primario del orificio fistuloso⁸. También se ha descrito la extracción directa del dispositivo por vía rectal⁹, y a través de la colonoscopia sin la necesidad de realizar cierre de orificio fistuloso¹⁰. Por tanto, 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,

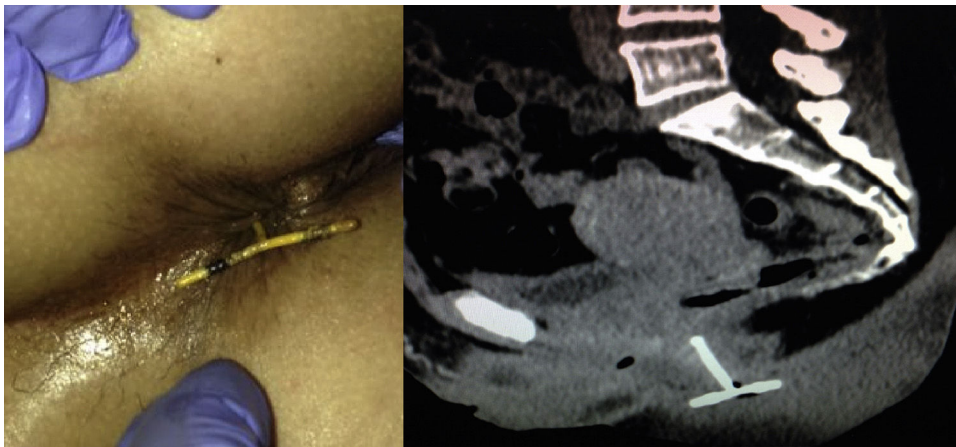


Figura 1 Se observa el segmento longitudinal del DIU en el interior del canal anal, invertido, y el segmento horizontal en el exterior.

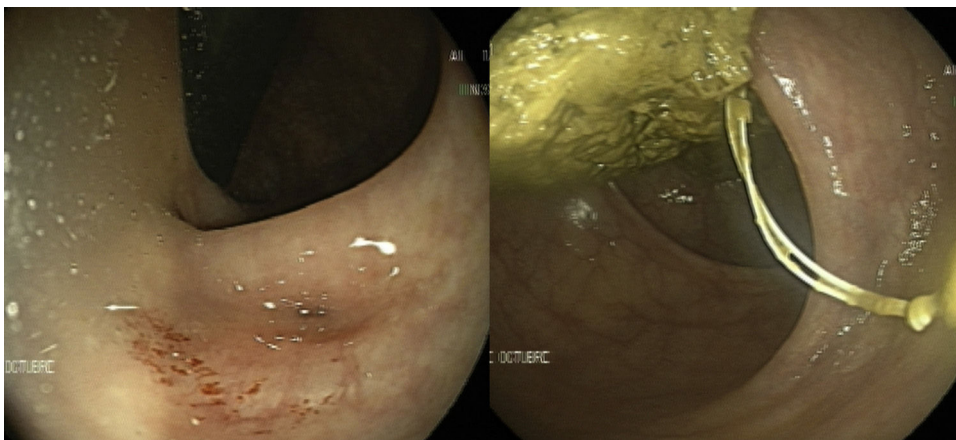


Figura 2 Se observa a nivel de la 1.ª válvula de Houston una depresión puntiforme, compatible con orificio fistuloso.

cuando el orificio es menor de 0,5 cm se puede realizar un cierre primario, y si es mayor está indicado el uso de plásticas. Existen, además, casos descritos, entre ellos el aquí presentado, que tras la extracción del dispositivo el defecto es mínimo, por lo que no es necesario realizar un abordaje extra; presentando una correcta evolución a medio y largo plazo (uno y 2 años de seguimiento en los casos descritos).

Por lo tanto, tras la identificación, la extracción completa del DIU mediante colonoscopia es posible. Además, las características anatómicas y su localización extraperitoneal del recto hace del abordaje colonoscópico una técnica segura, tal y como se realizó en nuestro caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: A review. *Contraception*. 2014;89:162–73.
2. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2014;123:585–92.
3. Arslan A, Kanat-Pekars 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.
4. Weercseken A, Wijesinghe P, Nugaduwa W. Sigmoid colocolic fistula caused by intrauterine device migration: A case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:81.
5. 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.
6. Vasquez P, Schreiber CA. The missing IUD. *Contraception*. 2010;82:126–8.
7. Heinberg EM, McCoy TW, Pasic R. The perforated intrauterine device: Endoscopic retrieval. *JLS*. 2008;12:97–100.
8. Weng SF, Chen HS, Chen YH, Lee JN, Tsai EM. Rectum penetration that was caused by the displacement of an intrauterine device and mimicked rectal endometriosis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011;50:375–6.
9. Abasiattai AM, Umoiyo AJ, Utuk NM, Ugege W, Udoh IA. Intrauterine contraceptive device with rectal perforation and strings presenting at the anus. *BMJ Case Rep*. 2010;2010. pii: bcr0320102836.
10. Huertas-Velasco MA, Gómez Rubio M. Colonoscopic removal of intrauterine device penetrated through the rectal wall. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104:432–3.