

Agustin Castiella*, Eva Zapata

Gastroenterology Service, Mendaro Hospital, Mendaro, Spain

*Corresponding author.

E-mail address: agustincastiella@yahoo.es (A. Castiella).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.004>

Perforación del intestino delgado por dispositivo intrauterino



Small bowel perforation by an intrauterine device

Sr. Director:

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo altamente efectivo, económico, generalmente bien tolerado, y ampliamente utilizado. Una complicación grave, pero poco frecuente, es la perforación del útero y migración al abdomen¹. Se ha descrito que el riesgo de perforación uterina (PU) se encuentra en uno entre 350-2.500, y debido a que muchas de estas son asintomáticas es posible que la incidencia actual sea mayor. Mientras que la mayoría de la PU por el DIU no involucra otros órganos, un pequeño porcentaje produce erosión y perforación de otros órganos abdominales, entre ellos el intestino delgado, del cual solo se han descrito menos de 10 casos de perforación de este². El siguiente caso de perforación del intestino delgado por el DIU describe esta rara complicación.

Se trata de una paciente de 29 años quien acude al servicio de urgencias por presentar dolor en hipogastrio de moderada intensidad, asociado a amenorrea y prueba de embarazo negativa. Tenía antecedentes de menstruaciones irregulares y de colocación del DIU en forma de T, 14 meses antes. No se describió ninguna complicación en el momento de la colocación y negaba expulsión. El

examen abdominal reveló dolor de moderada intensidad a la palpación profunda en hipogastrio sin defensa, útero intrapélvico de tamaño normal, sin tumoraciones palpables. Durante el examen ginecológico no se observaron los hilos del DIU en el orificio cervical externo. El examen rectal fue normal.

La radiografía simple de abdomen identificó el DIU en la cavidad pélvica. La ecografía reveló útero y ovarios normales con el DIU que se encontraba cerca del fondo del útero, sin confirmar la posición intrauterina, mientras que la tomografía computarizada mostró al DIU en el abdomen fuera del útero, sin evidencia de aire libre o colección líquida (fig. 1).

Se decide realizar una laparoscopia, encontrándose el DIU incluido en el intestino delgado a 10 cm de la válvula cecal, con la porción vertical saliendo a través de la pared intestinal (fig. 2), procediéndose a la resección laparoscópica de la porción intestinal afectada para la extracción total del DIU con anastomosis término-terminal, sin complicaciones. El lugar de la PU no necesitó de reparación. El examen histopatológico reveló el DIU en toda la extensión de la pared intestinal, rodeado de tejido de granulación y exudado fibropurulento, compatible con respuesta inflamatoria crónica. La paciente no presentó complicaciones y fue dada de alta al segundo día del post-operatorio.

El descubrimiento del DIU en el peritoneo está asociado casi exclusivamente con la PU completa³. Otra posibilidad más rara incluye migración tubárica de un DIU lineal⁴. Existen varios factores de riesgo que contribuyen a la PU: tipo de dispositivo, técnica de inserción, defectos miométriales,

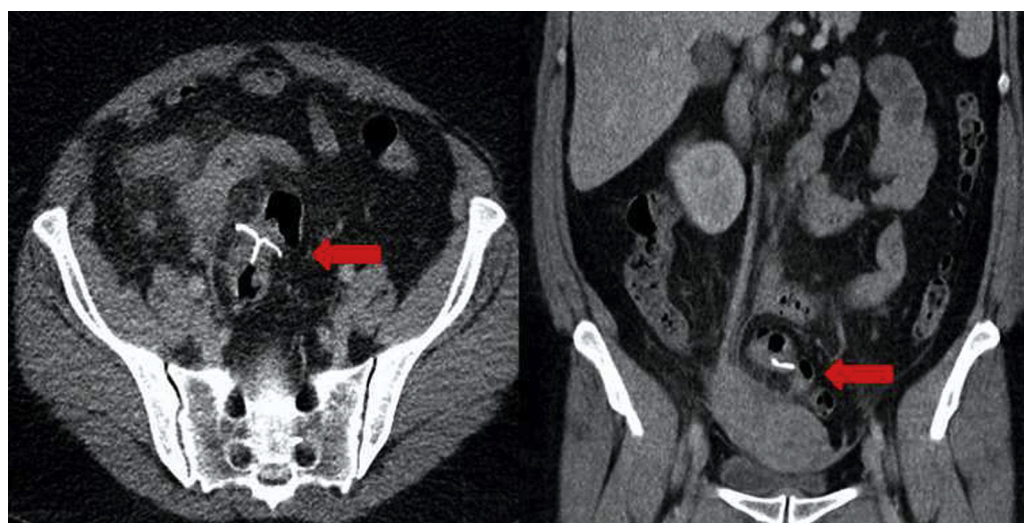


Figura 1 Imágenes de la tomografía computarizada, en la cual, las flechas señalan la ubicación del dispositivo intrauterino en la cavidad abdominal.

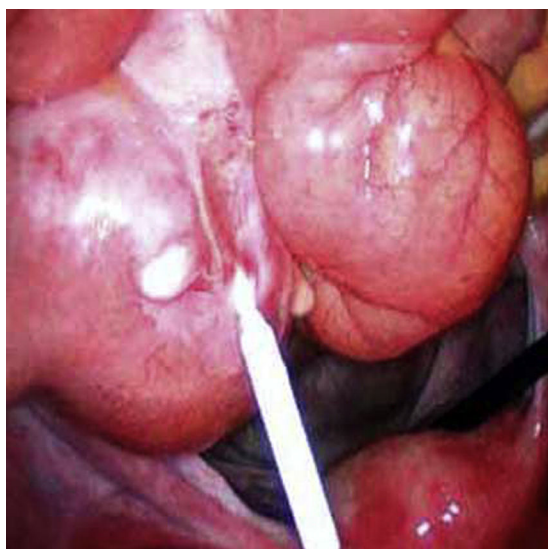


Figura 2 Dispositivo intrauterino incluido en el intestino delgado, observado durante la laparoscopia.

nuliparidad y antecedentes de aborto². La expulsión del DIU es un evento raro, que ocurre en el primer año entre el 3-10% de las mujeres que lo utilizan. Cuando en una exploración ginecológica no se visualizan los hilos en el orificio cervical externo, se debe a que el dispositivo está dentro del útero, pero los hilos están rotos o enrollados; que se haya expulsado o que se encuentre en pared uterina o cavidad abdominal³.

La tríada de dolor abdominal crónico, fiebre y diarrea intermitente asociada con ausencia del DIU, se consideran síntomas de lesión intestinal. Aunque el dolor abdominal es el síntoma más frecuente, un tercio de los casos son asintomáticos¹. En el caso de los DIU de cobre, la liberación de material del mismo puede producir dolor abdominal, adherencias del epiplón y perforación intestinal⁵.

La ecografía permite confirmar la localización del DIU en la cavidad abdominal. La detección precisa depende de varios factores como el tipo del DIU y las anomalías uterinas⁶. Se deben tener en cuenta las características de los artefactos (sombras) que ayudan a establecer la ubicación cuando la visualización directa es imposible. La radiografía simple de abdomen puede ayudar en la localización, y la tomografía abdominal está indicada para localizar el sitio exacto y determinar complicaciones como perforación de órganos cercanos, adherencias y abscesos⁷.

Diferentes estudios recomiendan que todos los DIU sean retirados tan pronto como sea posible, después del diagnóstico de PU y/o migración, sin importar tipo o localización. La principal razón es su potencial de formar adherencias que producen dolor crónico, obstrucción intestinal e infertilidad. Otra razón es la migración a estructuras adyacentes, llevando a remoción quirúrgica más laboriosa y complicada⁸. La mitad de los casos que involucran perforación intestinal son DIU de cobre. Las áreas intestinales más afectadas son colon sigmoide, intestino delgado y recto^{2,9}.

La laparoscopia es el método de elección para la remoción del DIU intra-abdominal. Aunque no siempre sea posible

su retirada debido a una visualización incompleta. La laparotomía es necesaria cuando no se puede encontrar por laparoscopia. El DIU debe ser retirado cuidadosamente y el segmento intestinal reparado⁵. En ocasiones, el segmento intestinal afectado es resecado y se realiza anastomosis término-terminal^{1,5}. Se debe ser cuidadoso de no extraerlo tirando de los hilos, ya puede producirse contaminación intraperitoneal con contenido intestinal, con el riesgo de sepsis¹. Se han descrito algunos casos en los cuales se ha utilizado la colonoscopia para retirar dispositivos en el recto¹⁰.

En resumen, un DIU fuera del útero puede seguir un curso asintomático o presentarse como un abdomen agudo después de la migración hacia la cavidad peritoneal. Se debe considerar la PU en el diagnóstico diferencial en cualquier mujer que use este tipo de anticonceptivo con dolor abdominal. La perforación del intestino delgado por un dispositivo intrauterino es una complicación rara, pero severa.

Bibliografía

1. Mederos R, Humaran L, Minervini D. Surgical removal of an intrauterine device perforating the sigmoid colon: A case report. *Int J Surg*. 2008;6:e60-2.
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. Caliskan E, Oztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2003;8:150-5.
4. Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: A systematic review. *Contraception*. 2011;84:447-64.
5. Prabhu JK, Rani R, Nayak NK, Natarajan P. Migration of intrauterine contraceptive device into sigmoid colon. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30:526-7.
6. Nowitzki KM, Hoimes ML, Chen B, Zheng LZ, Kim YH. Ultrasonography of intrauterine devices. *Ultrasonography*. 2015;34:183-94.
7. Boortz HE, Margolis DJ, Ragavendra N, Patel MK, Kadell BM. Migration of intrauterine devices: Radiologic findings and implications for patient care. *Radiographics*. 2012;32:335-52.
8. Skjeldestad FE. The impact of intrauterine devices on subsequent fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20:275-80.
9. Brunner SM, Comman A, Gaetzschmann P, Kipf B, Behrend M. Laparoscopic removal of a perforating intrauterine device mimicking chronic appendicitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2008;18:609-10.
10. Medina TM, Hill DA, DeJesus S, Hoover F. IUD removal with colonoscopy: A case report. *J Reprod Med*. 2005;50:547-9.

Duly Torres-Cepeda y Eduardo Reyna-Villasmil *

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Maternidad «Dr. Nerio Belloso», Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com
(E. Reyna-Villasmil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.007>