

9. Buchmann P, Allan RN, Thompson H, Alexander Williams J. Carcinoma in a rectovaginal fistula in a patient with Crohn's disease. *Am J Surg*. 1980;140:462-3.

Jesús Cañete, Fernando de la Portilla\*, Carlos Jordán, José Manuel Sánchez-Gil y Francisco Javier Padillo

Unidad de Coloproctología, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

fernando.portilla.sspa@juntadeandalucia.es

(F. de la Portilla).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.03.010

## Perforación uterina y de colon sigmoides por dispositivo intrauterino<sup>☆</sup>

### Uterine and sigmoid colon perforation due to an intrauterine device

Se presenta una paciente de 20 años procedente de Luque - Paraguay, portadora de dispositivo intrauterino (DIU) desde 8 meses antes del ingreso (se colocó un mes después de su parto vaginal), consulta por dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda de 3 semanas de evolución, de inicio insidioso, continuo, tipo puntada, de intensidad leve, que no irradia, que se exacerba con la flexión del tronco, que cede parcialmente con la ingesta de analgésicos comunes, sin síntomas acompañantes.

Al examen físico presentaba abdomen blando, depresible, doloroso en fosa iliaca izquierda, sin defensa muscular ni signo de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos normales. A la especuloscopia no se observaba hilo de DIU. Al tacto vaginal presentaba signo de Fraenkel y al tacto rectal presentaba tumoración sólida elástica, dolorosa de 3 x 4 cm en región parauterina izquierda. La ecografía informaba DIU en posición anómala que atraviesa la serosa uterina (fig. 1).

Se realizó laparotomía exploradora constatándose proceso plástico en hipogastrio, por adherencia del colon sigmoides al fondo uterino. Al liberar dicha adherencia se constata salida de una rama de T de cobre por la pared del colon sigmoides (fig. 2). Luego se extrae el DIU del útero y se constata orificio de entrada del DIU al colon sigmoides. Se comunican las dos perforaciones del colon sigmoides extrayendo el DIU. Se reavivan los bordes del colon sigmoides y se realiza sutura primaria en un solo plano a puntos separados con hilo reabsorbible. Se sutura el fondo uterino con hilo reabsorbible y se realiza lavado de cavidad. Se dejó un drenaje laminar en fondo de saco de Douglas exteriorizado por contraabertura.

Fue dada de alta en su 7.º día postoperatorio con buena evolución.

La perforación uterina es una seria complicación asociada a los dispositivos intrauterinos. Ocurre con una frecuencia promedio estimada entre 0,87 y 1,6 por cada 1.000 inserciones<sup>1</sup>. Puede ocurrir en el momento de la inserción, siendo su

mayor incidencia en el puerperio inmediato y postaborto o como consecuencia de un proceso gradual de migración hacia la cavidad pelviana por contracción uterina en caso de que el DIU haya quedado parcialmente incrustado<sup>2</sup>.

Ocasionalmente puede perforar órganos adyacentes como recto, colon sigmoides, vejiga, apéndice, intestino delgado e incluso parénquima ovárico, con una frecuencia de 0,1 a 0,9% del total de las perforaciones, estas habitualmente son sintomáticas. Son factores condicionantes de perforación uterina el tamaño y posición del útero al momento de la inserción, malformaciones congénitas uterinas, tipo de dispositivo y la experiencia del operador<sup>2</sup>.

La perforación uterina y del colon sigmoides por DIU es extremadamente rara y en las publicaciones médicas encontramos 9 casos.

La ecografía pélvica y transvaginal es considerada una buena herramienta en la localización del DIU, ya que nos

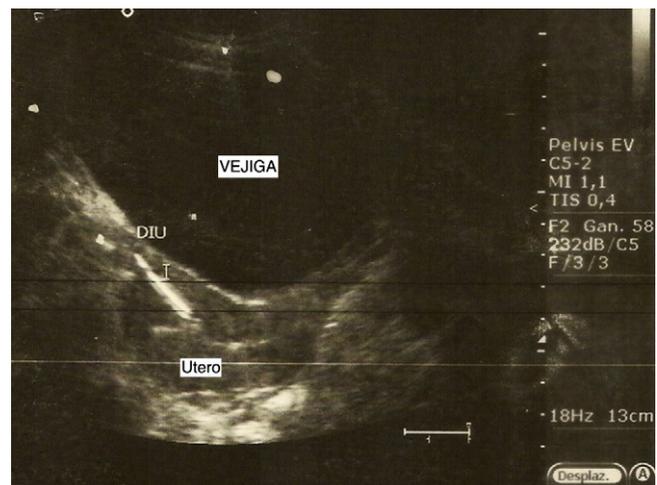
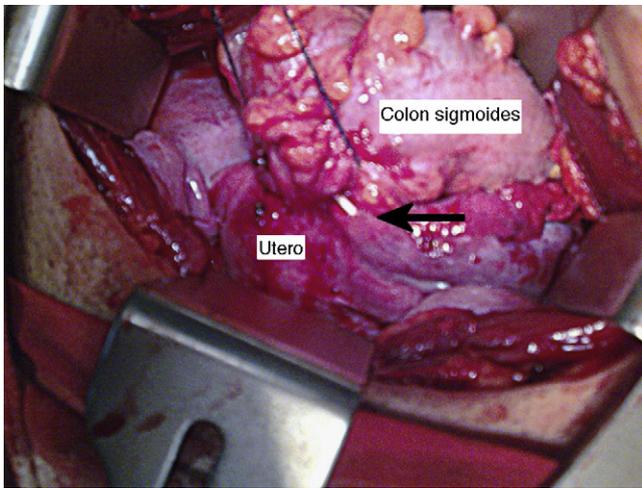


Figura 1 – Imagen ecográfica en donde se observa el dispositivo intrauterino perforando el fondo uterino.

<sup>☆</sup> Presentado en el XV Congreso Paraguayo de Cirugía, del 13 al 15 de septiembre de 2010, Lambaré (Paraguay).



**Figura 2 – Fotografía intraoperatoria en la cual se observa el colon sigmoide adherido al fondo uterino y la salida de una rama del dispositivo intrauterino (flecha negra) por la pared del colon sigmoide.**

permite obtener una adecuada visualización del útero y su cavidad, así como establecer la localización precisa del DIU en relación con el útero<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que todo DIU desplazado debe ser extraído inmediatamente, sin importar su tipo o localización, principalmente por el daño potencial de los DIU medicados con cobre y/o levonorgestrel, además de los problemas médico-legales<sup>1,2</sup>. Sin embargo, algunos autores optan por el tratamiento quirúrgico solo en los casos sintomáticos<sup>3</sup>.

En caso de perforación a través de la pared colónica, el retiro del DIU es recomendado por el riesgo de formación de la fístula con alta morbilidad subsiguiente<sup>4</sup>.

Toribio y Gutiérrez reportaron un caso similar al nuestro en donde trataron la perforación del colon sigmoide con cierre en dos planos con colostomía temporal del colon transverso e histerectomía abdominal total<sup>5</sup>.

Mederos et al reportaron otro caso similar al nuestro pero con absceso tubo-ovárico izquierdo en donde trataron con histerectomía abdominal total, salpingo-ooforectomía bilateral, resección del colon sigmoide con la creación de una colostomía terminal y cierre del muñón rectal (procedimiento de Hartmann)<sup>6</sup>.

La laparoscopia constituye un excelente método para la resolución de estos casos según la habilidad del cirujano, ya que permite la realización de procedimientos complejos, como la liberación de adherencias, disección de plastrones y suturas, con una mejor visualización de los elementos anatómicos de la pelvis<sup>7</sup>. Dunn et al concluyen que la laparoscopia, aun durante el embarazo temprano, es una herramienta segura y simple para el manejo de DIU intraabdominales aunque en aquel reporte no hubo perforación colónica<sup>8</sup>.

Medina et al reportaron un caso de extracción exitosa del DIU con colonoscopia previa preparación intestinal y antibiótico intravenoso. La laparoscopia inicial había revelado que el DIU estaba incrustado profundamente en el recto<sup>9</sup>.

A pesar de que la perforación uterina por DIU es una complicación poco frecuente, es fundamental la realización de un diagnóstico precoz de dichas perforaciones, siendo para ello esencial el control ecográfico durante y tras la colocación de estos dispositivos<sup>10</sup>.

En nuestra consideración una vez diagnosticado DIU fuera del útero a través de la ecografía sería interesante realizar una tomografía computarizada abdominopélvica para descartar la afectación de otros órganos. En una perforación del colon sigmoide por DIU el tratamiento quirúrgico conservador sin histerectomía, resección intestinal ni colostomía es posible, siempre y cuando no haya absceso o peritonitis fecal.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández A, Sanz MM. Dispositivo intrauterino: Migración-Perforación. *Rev Colomb Radiolog*. 2007;18:2148-52.
2. Zarhi J, Vacca F, Jarsún J, Sepúlveda JP, Zapata L. DIU abdominopélvico: manejo laparoscópico. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005;70:369-74.
3. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception*. 2002;66:105-8.
4. Vilallonga R, Rodríguez N, Vilchez M, Armengol M. Translocation of an intrauterine contraceptive device: incidental finding in the rectosigmoid colon. *Obstet Gynecol Int*. 2010;2010:404160.
5. Toribio- Membreño I, Gutiérrez- Miranda MR. Perforación uterina y de colon por T de cobre. *Acta Méd Costarric*. 2005;47:51-2.
6. 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.
7. Neumann T, López J, Pardo M. Extracción de dispositivos intrauterinos de localización intestinal por laparoscopia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1999;64:209-11.
8. Dunn Jr JS, Zerbe MJ, Bloomquist JL, Ellerkmann RM, Bent AE. Ectopic IUD. complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 2002;47:57-9.
9. Medina TM, Hill DA, DeJesus S, Hoover F. IUD removal with colonoscopy: a case report. *J Reprod Med*. 2005;50:547-9.
10. Gonzalvo Pérez V, López García LM, Aznar Serra G, Mola Ariza MJ, Navarro Antón JA, Botella Almodóvar R, et al. Perforación uterina y migración vesical de un dispositivo intrauterino. *Actas Urol Esp*. 2001;25:458-61.

Wataru Yamanaka<sup>a,\*</sup>, Jorge Alejandro Dejesús Núñez<sup>b</sup>,  
Adriana Inés Acosta Chamorro<sup>b</sup> y  
Cecilia Beatriz Ayala Benítez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía General, Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, Asunción, Paraguay

<sup>b</sup>Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, Asunción, Paraguay

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [y\\_wataru@yahoo.com](mailto:y_wataru@yahoo.com) (W. Yamanaka)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.03.009