

Caso Clínico

Perforación uterina y de colon por T de cobre

Iván Toribio- Membreño, María Raquel Gutiérrez- Miranda

Resumen

Se reporta el caso de una paciente de 36 años, con perforación uterina y del colon sigmoides con una Tcu colocada 14 años atrás, y que evolucionó en forma asintomática. El manejo requirió de histerectomía abdominal, con reparación de colon sigmoides y colostomía transversa temporal con evolución final satisfactoria.

La perforación uterina por dispositivos intrauterinos (DIU), constituye una complicación poco frecuente, y puede acompañarse de perforación de otras vísceras en el 15%, de los casos principalmente del intestino.

Descriptor: DIU, perforación uterina, complicaciones

Recibido: 03 de marzo de 2004

Aceptado: 14 de setiembre de 2004

Los dispositivos intrauterinos (DIU) se utilizan como método anticonceptivo desde el siglo IV ac hasta la actualidad. En nuestro medio el tipo específico que se usa con mayor frecuencia es la T de Cobre tipo 380^a (Tcu). A pesar de las conocidas complicaciones que pueden presentarse asociadas a su colocación y uso, el método es bastante seguro de forma tal que no necesita atención especializada para su colocación y seguimiento. La perforación uterina es una complicación poco frecuente de la inserción de un DIU, lo que obliga a tener un alto índice de sospecha en las complicaciones. Dada la poca sintomatología que usualmente presentan en el marco de la atención ambulatoria de nuestro medio, ante cualquier molestia se debe recurrir al ultrasonido para confirmar o descartar la posibilidad de una perforación uterina o de otra víscera adyacente.

Caso clínico

Paciente femenina de 36 años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia. Antecedentes ginecológicos, G₃ P₃ A₀. Inició relaciones sexuales a los 17 años, ha tenido 2 compañeros sexuales sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. Planifica con Tcu desde hace 14 años colocada en Nicaragua. Refiere que después de la colocación de la misma, sufrió una lipotimia, y posterior a ello, no reportó ningún otro síntoma (dyspareunia, dolor pélvico o sangrados anormales).

Fue referida a la consulta de ginecología del Hospital Los Chiles en noviembre del 2002 por la no visualización de los hilos de la Tcu. En este centro se localizan los hilos y se intenta la extracción del dispositivo, la cual fue fallida. La radiografía simple de abdomen mostró la Tcu en la cavidad pélvica (Figura 1). El ultrasonido vaginal muestra la Tcu impactada a través de la pared posterior del útero. Los hallazgos se le explicaron a la paciente y la posibilidad de requerir una histerectomía por la impactación de la Tcu. Durante la cirugía se encontraron adherencias utero-colónicas severas (cara anterior del colon sigmoides y cara posterior de útero), con perforación de la pared posterior del útero y de la cara anterior del colon sigmoides por la Tcu con formación de

Departamento de Ginecología,
Hospital Los Chiles, Caja
Costarricense de Seguro Social

Abreviaturas: Tcu, T de
cobre; DIU, dispositivo intra
uterino.

Correspondencia: Iván
Toribio Membreño A. Postal.
4450-1000. Hospital Los
Chiles, Los Chiles Frontera
Norte, Alajuela, Costa Rica,
itoribio_m@yahoo.com.

ISSN 0001-6002/2005/47/1/51-52
Acta Médica Costarricense, ©2005
Colegio de Médicos y Cirujanos



Figura 1. Radiografía simple de abdomen Tcu en cavidad pélvica.

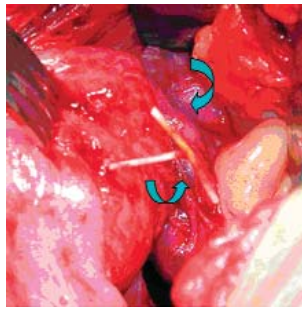


Figura 2. Tcu saliendo de la pared del posterior útero.

un plastrón en el fondo de saco y salpingitis crónica bilateral (Figura 2). Se realizó una histerectomía abdominal total siguiendo la técnica de Richardson con conservación de los anexos. La perforación del colon sigmoides se cerró en dos planos y se hizo una colostomía del colon transverso. Egresó a los 5 días en buen estado y se citó para cierre de la colostomía a los 27 días, la cual se realizó sin complicaciones.

Discusión

Las complicaciones más frecuentes de la inserción de un DIU son sangrado (5-15%)^{1,5}, dolor y enfermedad pélvica inflamatoria. La perforación uterina debida al DIU es rara, su incidencia varía desde 0.05 a 13/1000 inserciones^{2,4}.

La perforación uterina puede darse en diferentes niveles del útero, sea en el cérvix, las paredes anterior, posterior o el fondo, dependiendo de la variante de posición del órgano al momento de la inserción. La mayoría de las revisiones al igual que en nuestro caso, refieren poca o vaga sintomatología al momento de la inserción-perforación^{3,6}. La migración puede darse hacia la cavidad peritoneal, o a las vísceras cercanas como el intestino delgado, el apéndice⁴, el colon sigmoides, el recto^{7,8} y la vejiga³ siendo esta última la menos frecuente. La migración del DIU puede cursar asintomática por años o causar complicaciones serias como absceso pélvico, perforación intestinal o fistula vesico-uterina³. La duración de la migración del DIU es desconocida.

El intervalo entre la inserción y el diagnóstico de la perforación es variable pudiendo ser desde días hasta 16 años como en un caso reportado de perforación vesical³. El período asintomático después de la inserción del DIU, no necesariamente indica que la migración de éste fuera en forma paulatina.

Actualmente la ultrasonografía transvaginal y transabdominal son métodos diagnósticos no invasivos muy confiables para diagnosticar la migración abdomino-pélvica del DIU.

De acuerdo con la literatura, así como en nuestro caso, afortunadamente, este tipo de complicación no suele acompañarse de mortalidad pero sí de mucha morbilidad.

Aunque la perforación uterina es una complicación poco frecuente y muchas veces la migración poco sintomática, podemos reducir aún más su incidencia con un mayor entrenamiento en la colocación, aplicación de técnicas adecuadas de la misma y seguimiento ultrasonográfico.

Abstract

We report the case of 36 years old female, with uterine and sigmoid colon perforation caused by a Tcu placed 14 years previously. She was asymptomatic. The management required an abdominal hysterectomy and repair of the sigmoid colon, she also needed a temporary transverse colostomy with final satisfactory outcome. Uterine perforation by intrauterine devices, is an infrequent complication, in 15% of the cases it is associated with perforation of other internal organs, primarily the intestine.

Referencias

1. Antoni J, Calaf J, Balash J, Viscasillas P. Fertilidad y Esterilidad Humana. España: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992.
2. Cheng CP, Hsu Tc, Wang W. Ileal penetration by a multiload – Cu 375 intrauterine contraceptive device. A case report with review of the literature. *Contraception* 1998 Dec; 58: following 389.
3. Mahmutyazicioglu K, Ozdemir H, Ozkan P. Migration of an Intrauterine Contraceptive Device to the Urinary Bladder: Sonographic Findings. *J Clin Ultrasound* 2002; 30:496-8.
4. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine contraceptive device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;88:129-31.
5. Zakin D, Stern Wz, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. I. Classification, complication, mechanism, incidence, and missing string. *Obstet Gynecol Surv.* 1981; 36 :335-53.
6. Prema K, MalhotraU, Choudhury SD, Saxena NC. Uterine perforation with copper T IUDs. *Contracept Deliv Syst.* 1981;2:327-29.
7. Warshal D, Fultz P, Dawson A, Del Priore G, DuBeshter B. Interstitial pregnancy complicated by rectal bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1373-5.
8. Banerjee N, Kriplani A, Roy KK, Bal S, Takkar D. Retrieval of lost Copper T from the rectum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;79:211-2.