

## Dispositivos intrauterinos migrados a cavidad abdominopélvica Migrated intrauterine device into the abdominopelvic cavity

M<sup>a</sup> Nieves Cabezas Palacios, Mercedes Martínez Benavides, Antonio Jiménez Caraballo.  
U.G.C. de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario “Virgen Macarena”. Sevilla, España.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar si es necesario retirar todos los DIU migrados, tal y como indica la Organización Mundial de la Salud, aunque la paciente esté asintomática durante años.

**Material y métodos:** Describimos tres casos clínicos de migración de un dispositivo intrauterino (DIU) a la cavidad abdomino-pélvica diagnosticados en la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla entre los años 2006 y 2011. Presentamos también una revisión de la literatura.

**Resultados:** En el primero de ellos la paciente cursó de forma asintomática durante siete años, descubriéndose que el DIU estaba en situación ectópica incidentalmente. En el segundo, se hallaba en el interior de la trompa de Falopio asociado a un piosálpinx y en el tercero, el diagnóstico se realizó en la revisión efectuada al mes de la inserción, localizándose en el parametrio izquierdo.

**Conclusiones:** La ausencia de los hilos del DIU al examen ginecológico, combinada con la ecografía transvaginal y la radiografía pélvica, suelen ser suficientes para realizar el diagnóstico definitivo de un DIU intraabdominal. Sin ninguna duda, a las pacientes sintomáticas se les debe retirar el DIU, pero cuando se trata de mujeres asintomáticas existe una importante controversia respecto a la conducta a seguir.

(Rev Iberoam Fert Rep Hum, 2011; 28: 45-53 ©2011 Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana).

**Palabras clave:** *dispositivo intrauterino, perforación uterina, migración tubárica.*

### SUMMARY

**Objective:** To analyze if it is necessary to remove all migrated IUD, as the World Health Organization advises, even if the patient is asymptomatic.

**Materials and methods:** We report three clinical cases about a migrated IUD to the abdominopelvic cavity occurred in the Department of Obstetrics and Gynecology of “Virgen Macarena” University Hospital of Seville from 2006 to 2010. We also present a review of the literature.

**Results:** In the first case the patient was asymptomatic for seven years, discovering incidentally that the IUD was in an ectopic situation. In the second case, the device was found in the Fallopian tube

Aceptado 11 Octubre 2011

Autor para correspondencia: M<sup>a</sup> Nieves Cabezas Palacios. Dirección postal: Calle Lamarque de Novoa, n<sup>o</sup> 4, 3<sup>o</sup>H. CP: 41008. Sevilla. e-mail: cabezasmnieves@gmail.com Teléfonos: 646146700 y 954359905.

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Secretaría general: Luis A. Quintero. Apdo. Correos 87. 46110 Godella (Valencia) España. Email: contacto@editorialmedica.com

associated with a pyosalpinx. In the last one, the diagnosis was made in the review a month after the insertion, finding it in the left parametrium.

**Conclusions:** The absence of the IUD threads in the exploration, combined to the transvaginal ultrasound and the pelvic X-rays, are usually sufficient to make a definitive diagnosis of intraabdominal IUD. The IUD should be clearly removed in symptomatic patients, but there is much controversy in asymptomatic cases.

(Rev Iberoam Fert Rep Hum, 2011; 28: 45-53 ©2011 Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana).

**Key words:** *Ointrauterine device, uterine perforation, tubal migration.*

## PRIMER CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años que consulta en el año 2008 por presentar un DIU en localización “migrado” en el interior de la cavidad abdominal que deseaba se le extrajese. El diagnóstico se había realizado anteriormente al efectuarle una Tomografía Axial Computarizada abdominal (TAC) en el año 2007 por molestias en los miembros inferiores. A nivel de la pelvis y fuera del útero se identificaba un DIU, (Figura 1). La paciente refería la inserción de un DIU en el año 2001 y un embarazo intrauterino en el 2003 con dicho DIU, la gestación finalizó en una cesárea por falta de progresión del parto. En el año 2004 le practicaron una histerectomía total con doble anexectomía y quimioterapia y radioterapia adyuvante por un cáncer invasor del cérvix. Todos estos eventos e intervenciones le habían sido realizados en otro país.

Se optó como primera opción intentar la extracción del DIU por vía laparoscópica. En el transcurso de la intervención se apreciaron múltiples adherencias del colon y del epiploon a la pared pélvica. El DIU se localizó en la pared de la vejiga, formando una reacción de cuerpo extraño y con adherencias firmes. La extracción del DIU se logró, pero fue muy dificultosa.

## SEGUNDO CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años que nos consulta en el año 2009 por presentar dolor en fosa ilíaca izquierda. Entre sus antecedentes destacaban dos partos eutócicos, el último en septiembre del 2008. La última gestación coexistió con un DIU en el interior de la cavidad uterina que no fue expulsado durante el parto. En la ecografía abdominal se visualizó una imagen compatible con un DIU intraabdominal y un hidrosálpinx izquierdo. La ecografía transvaginal puso de manifiesto una imagen sugestiva de hidrosálpinx en el anejo izquierdo y superpuesta la imagen de un DIU por lo que se sospechó que podría estar alojado en el interior de la trompa. Se le realizó una radiografía simple de abdomen

donde se apreciaba un DIU modelo T de cobre intrabdominal y extrauterino (Figura 2). Se efectuó una laparoscopia diagnóstica observándose la trompa izquierda con un pio-salpinx y parcialmente adherida en su porción ampular al ovario ipsilateral y atravesada por el DIU, visualizándose los hilos y la rama transversal. Se efectuó una salpinguectomía izquierda perlaparoscópica con extracción de DIU. El postoperatorio cursó sin incidencias y la paciente recibió el alta al día siguiente.

## TERCER CASO CLÍNICO

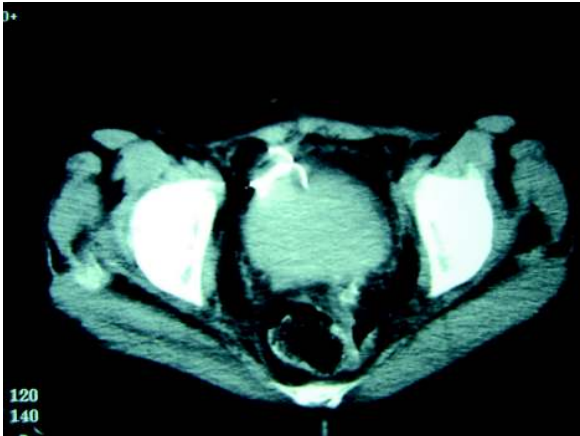
Mujer de 27 años que en el año 2009 acude a una ginecóloga privada para la inserción de DIU, quien le inserta una T de cobre sin incidencias. Al efectuar una revisión post-inserción, un mes más tarde, no se visualizaban los hilos del DIU. En la ecografía transvaginal parecía apreciarse el DIU en la zona anexial izquierda. Derivó a la paciente a nuestro centro donde se le realizó una histeroscopia ambulatoria en la que no se visualizó el DIU en la cavidad uterina. Ante la sospecha de DIU migrado a cavidad peritoneal se realizó una Resonancia Nuclear Magnética de la pelvis (RNM) que tampoco localizó el DIU. En una radiografía simple toraco-abdominal se localizó en la hemipelvis izquierda (Figura 3). Al realizar una laparoscopia finalmente el DIU se encontró, adherido al parametrio izquierdo. Se ejerció tracción sobre el hilo y se logró extraer sin complicaciones. La paciente fue dada de alta al día siguiente. (Figuras 4-9).

## DISCUSIÓN

Llama la atención el hecho de que a la paciente del primer caso clínico se le practicase una cesárea y un año más tarde una nueva laparotomía y en ninguno de las dos intervenciones se hallase el DIU. No tenemos constancia de qué actitud se siguió cuando la paciente quedó gestante en el años 2003 con el DIU ya que ello ocurrió en Portugal y la paciente no aportaba ningún informe clínico. Existe evidencia suficiente de que ante un embarazo en una portadora de DIU debe descartarse sistemáticamente una perforación uterina (1-5)

**FIGURA 1**

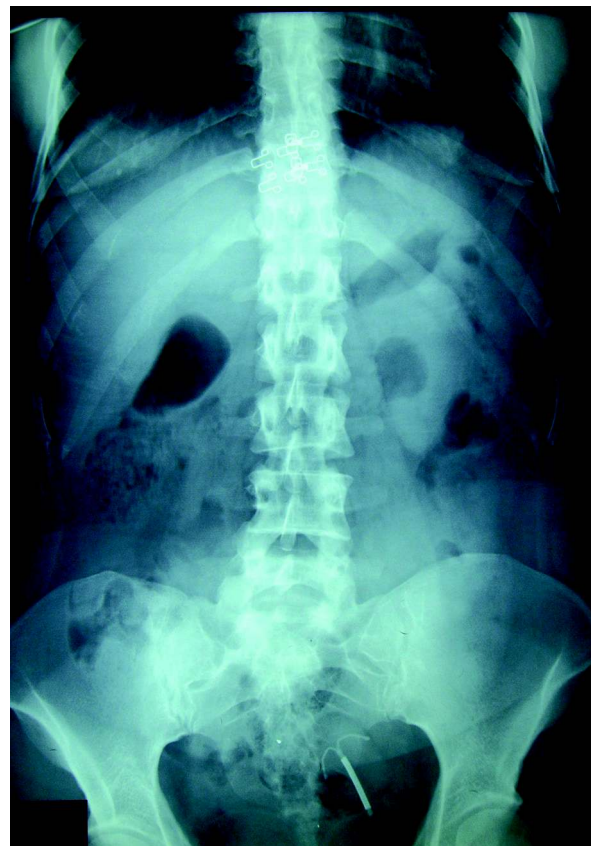
El TAC abdominal muestra el dispositivo en localización extrauterina, sobre la pared vesical (Caso número 1)

**FIGURA 2**

Radiografía simple de pelvis que pone de manifiesto la presencia del DIU (Caso número 2)

**FIGURA 3**

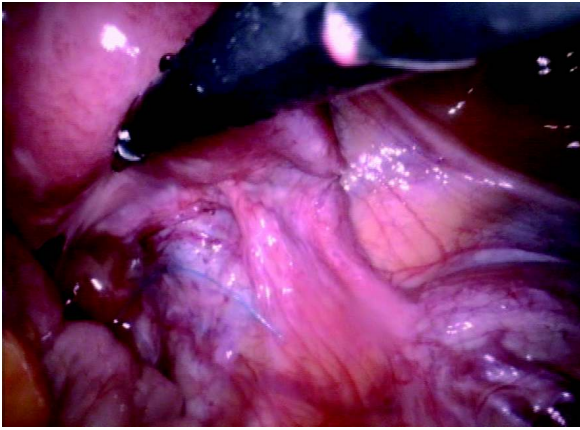
Radiografía simple de pelvis que pone de manifiesto la presencia del DIU (Caso número 3)



y realizar, al menos, una ecografía transvaginal (1-9) para saber si se trata de una gestación concomitante con un DIU intracavitario y en caso de no visualizarse el DIU está indicada una radiografía de pelvis para descartar su expulsión por vía vaginal o confirmar su ubicación intraabdominal (5-10). En este caso se plantea además la cuestión de si es o no necesaria la extracción de un DIU en localización ectópica si la usuaria no presenta ninguna clínica. La recomendación de la OMS y de la Federación Internacional de Planificación Familiar es proceder a su localización y extracción, lo antes posible tras su confirmación diagnóstica por los daños potenciales que pueden producir y por las implicaciones médico-legales (2, 3, 11). Sin embargo, no existe evidencia que demuestre que la extracción de un DIU intrabdominal asintomático esté indicada. De hecho hay estudios que demuestran que en los casos de DIUs que no contienen cobre y que no producen sintomatología, debería de adoptarse una actitud conservadora, debido al riesgo que entrañan la cirugía y la anestesia (1, 2, 3, 12). Otro aspecto que nos hace discrepar de la necesidad de ser intervenida es que se especula que las adherencias son uno de los primeros procesos que se producen en el momento de la perforación, posiblemente debido a la infección, y que una vez que se forman no hay formación de adherencias adicionales. Por lo tanto, un abordaje quirúrgico no impedirá la formación de adherencias, pero puede causar más adherencias generalizadas como resultado de la propia intervención (3). Al igual que se recoge en algunos de los casos publicados en la literatura, podemos afirmar que en el caso que nos ocupa la extracción del dispositivo se debió más a una angustia psicológica causada por el cuerpo extraño en la cavidad que a potenciales riesgos de tipo orgánico (2, 7, 13).

FIGURA 4

Uno de los hilos guía del DIU se hallaba sobre la hoja posterior del ligamento ancho derecho (Caso número 3)



La migración de un DIU a la trompa de Falopio es una situación extremadamente infrecuente, con pocos casos publicados en la literatura internacional. Poco se sabe sobre el mecanismo de migración del dispositivo a través de la trompa de Falopio (14), aunque puede estar relacionado con una localización tubárica parcial del dispositivo en el momento de la inserción, y un posterior desplazamiento favorecido por el peristaltismo tubárico (4, 9). En el segundo caso clínico presentado probablemente la presencia del DIU intratubárico haya causado secundariamente el pio-sálpinx (7). El diagnóstico de perforación y la migración del DIU se debe sospechar en toda mujer portadora de un DIU con dolor abdominal de etiología no clara, hemorragia uterina anormal o ausencia de visualización o palpación de los hilos del dispositivo en los exámenes de rutina (4). Al revisar la historia concerniente al parto que tuvo en 2008 comprobamos que no aparece reflejado en los antecedentes personales de la paciente la inserción del DIU. El parto fue espontáneo y asistido por una matrona. Ambos hechos, pero sobre todo el no haber realizado una correcta historia clínica, probablemente fueron los elementos determinantes de que pasase totalmente desapercibido el hecho de que esta mujer tenía un DIU migrado y en consecuencia no se le realizara ningún estudio de localización posterior al parto. Con respecto al tercer caso expuesto la primera pregunta que nos podemos plantear es ¿se trató de una perforación primaria o secundaria? El hecho de que la paciente no presentase dolor en el momento de la inserción nos inclinaría a pensar que el DIU quedó parcialmente inserto en el miometrio y migró posteriormente debido a contracciones uterinas reactivas (1, 2, 3, 7, 15, 16). A favor de que la perforación fuese primaria está el hecho de que no existiesen adherencias (4), pudiéndose extraer el DIU sin más dificultades que

FIGURAS 5, 6 Y 7

Extracción del DIU del parametrio izquierdo (Caso número 3)

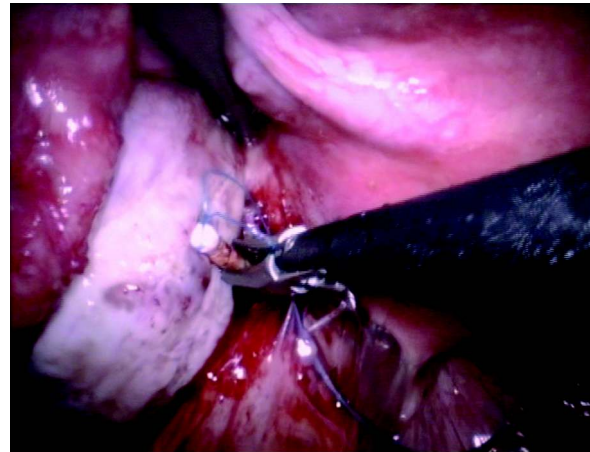


FIGURA 5

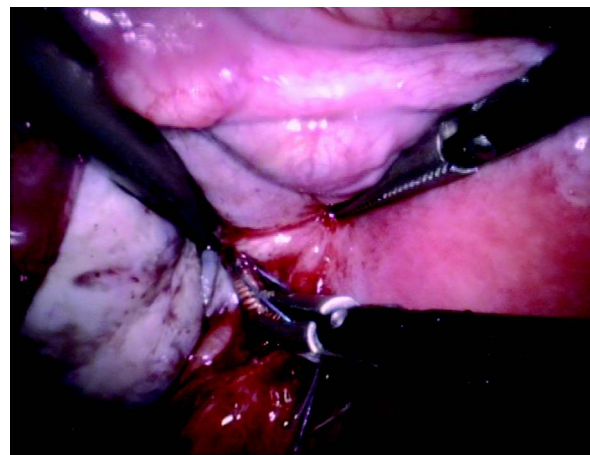


FIGURA 6

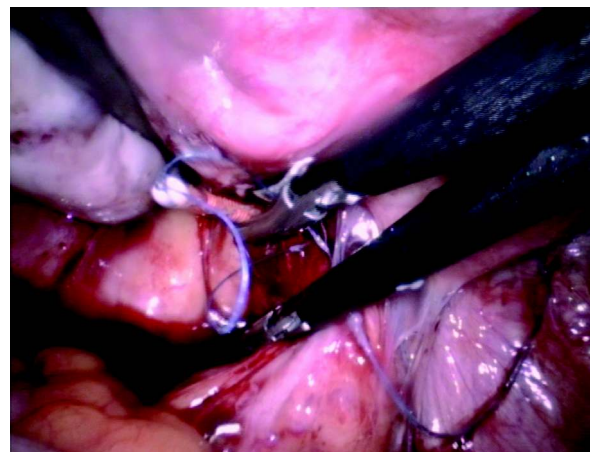


FIGURA 7

## FIGURAS 8 Y 9

Extracción del DIU de cavidad (Caso número 3)

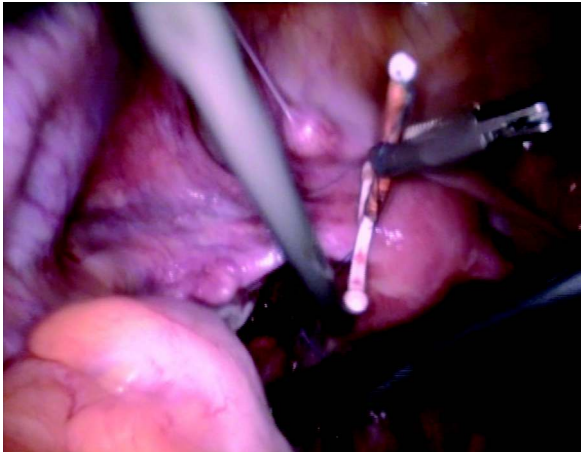


FIGURA 8

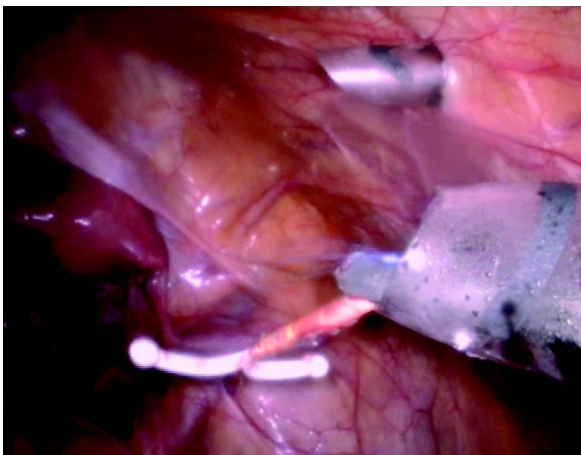


FIGURA 9

las inherentes técnica laparoscópica, el corto período transcurrido (6, 16) (un mes) entre la inserción y el diagnóstico, y que es más frecuente que la perforación secundaria; si bien, ninguno de estos hallazgos son concluyentes para discernir en qué momento pudo acontecer dicha perforación. Este caso refuerza la importancia de realizar una ecografía transvaginal inmediatamente después de la inserción del DIU (17) y un examen de seguimiento para verificar la ubicación correcta del mismo (12). La Sociedad Española de Contracepción (SEC) (18) recomienda practicar un primer control tras el primer período menstrual y dentro de los tres primeros meses tras la inserción.

## 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; 6:60-2.

2. Corrales Gutiérrez A, Suárez González JA, Carrillo González TT, Benavides Casal ME. Dispositivo intrauterino en cavidad abdominal. *REVCOG* 2008; 12:27-9.
3. Haimov-Kochman R, Amsalem H, Adoni A, Lavy Y, Spitz IM. Management of a perforated levonorgestrel-medicated intrauterine device, a pharmacokinetic study: Case report. *Human Reprod* 2003; 18:1231-3.
4. Veloso D, Lobos G, Aliste N, Rojas C, García P, Patrick P. Control ecográfico post-inserción de dispositivo intrauterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76:15-20.
5. Botash R. Loss of radiopacity may impede localization of intrauterine contraceptive device. *Clin Imaging* 1997; 21:372-4.
6. Toribio Membreno I, Gutiérrez Miranda MR. Perforación uterina y de colon por T de cobre. *Acta méd costarric* 2005; 47:51-2.
7. Zarhi T, Schwarze JE, Vacca F, Jarzún J, Montecinos F. Manejo laparoscópico de dispositivo intrauterino migrado a trompa de Falopio con hidrosálpinx secundario. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72:342-5.
8. Pérez Campos E, Lete I. Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo clínico. España, 2008; 204.
9. Sindos M, Pisal N, Setchell M, Singer A. Tubal migration: A rare complication of an intrauterine contraceptive device leading to formation of a hydrosalpinx. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1109-10.
10. Bednarek PH, Jensen JT. Safety, efficacy and patient acceptability of the contraceptive and non-contraceptive uses of the LNG-IUS. *Int J Wom Health* 2009; 1:45-8.
11. Oliver R, Jagadeesan P, Coker A. Laparoscopically assisted retrieval of lost IUCD/foreign bodies. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007; 17:303-6.
12. Vilallonga R, Rodríguez N, Vilchez M, Armengol M. Translocation of an intrauterine contraceptive device: incidental finding in the recto-sigmoid colon. *Obstet Gynecol Int* 2010; 2010:1-2.
13. Zarhi J, Vacca F, Jarsún J, Sepúlveda P, Zapata L. DIU abdominopélvico: Manejo laparoscópico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70:369-74.
14. Ozdemir S, Cihangir N, Görkemli H, Emlik D. Pyosalpinx caused by the tubal migration of an intrauterine device: A case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13:320-2.
15. Stuckey A, Dutreil P, Aspuru E, Nolan TE. Symptomatic cecal perforation by an intrauterine device with appendectomy removal. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1239-41.
16. Grimaldi L, De Giorgio F, Andreotta P, D'Alessio C, Piscicelli C, Pascali VL. Medicolegal aspects of an unusual uterine perforation with Multiload-Cu 375. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26:365-6.
17. Özdemir H, Mahmutyazicioglu K, Tanriverdi HA, Gündoğdu S, Savranlar A, Özer T. Migration of an intrauterine contraceptive device to the ovary. *J Clin Ultrasound* 2004; 32:91-4.
18. Sociedad Española de Contracepción. (SEC). Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina. Recomendaciones de la Conferencia de Consenso. 26-28 octubre. Altea (Alicante), 2001.