

Migración de dispositivo intrauterino a recto: extracción endoscópica

Sofía Getar¹, Julieta Yanet Espino Campagna¹, Mauro Trama¹, Fabio Leiro¹, Daniela Stephanus²

¹ División de Cirugía General, Hospital José María Penna, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

² División de Tocoginecología, Hospital José María Penna, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados por su seguridad y eficacia. Generalmente, es bien tolerado; sin embargo, existen complicaciones como la expulsión, perforación uterina y migración. La migración rectal del dispositivo es una complicación infrecuente, con escasos casos descriptos en la literatura. Presentamos una paciente de 21 años con migración rectal de dispositivo intrauterino y su extracción mediante endoscopia.

Palabras clave: *Dispositivo intrauterino, migración rectal, endoscopia*

ABSTRACT

The intrauterine device is one of the most commonly used contraceptive methods due to its safety and effectiveness. It is generally well-tolerated; however, complications such as expulsion, uterine perforation, and migration may happen. Rectal migration of the device is a rare complication, with few cases described in the literature. We present a female 21-year-old patient with rectal migration of an intrauterine device and its extraction through endoscopy.

Key words: *Intrauterine device, rectal migration, endoscopy*

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intrauterinos constituyen el 23% del uso general de las medidas anticonceptivas reversibles en todo el mundo. Si bien es considerado como un método efectivo y seguro, pueden ocurrir complicaciones secundarias a su uso, entre las cuales se destacan como las más graves, la perforación uterina y la migración del dispositivo. La migración rectal es una complicación infrecuente, habiéndose encontrado en nuestra búsqueda bibliográfica 22 casos publicados a nivel mundial. Consideramos, por lo tanto, que se debe individualizar cada caso para decidir mediante qué vía realizar la extracción del dispositivo, teniendo en cuenta su localización exacta y el tamaño del defecto fistuloso, si se constata. Para ello, son de importancia los métodos de imágenes al igual que la endoscopia, que puede ser también de utilidad con objetivos terapéuticos, como mostraremos en el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años con antecedentes de colocación de DIU en octubre 2021. Consulta por sensación de cuerpo extraño y salida de hilos a través del canal anal. Al examen proctológico se evidencia la presencia de los hilos correspondientes al dispositivo exteriorizándose través del canal anal (Figura 1). Al examen proctológico, se constata un esfínter tónico, con mucosa lisa, y aproximadamente a 8 cm del margen anal se palpa un cuerpo extraño en la cara anterior de recto. Se realiza ecografía transvaginal que informa la presencia del DIU fuera de la cavidad uterina. Se solicita una radiografía de pelvis frente y perfil donde se evidencia el DIU en región presacra, sobre topografía rectal (Figura 2). Se programa la realización de histeroscopia y videocolonoscopía bajo sedación en el mismo acto. Se realiza en primer tiempo histeroscopia por el servicio de ginecología en la que

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Julieta Yanet Espino:** juliiyanet@gmail.com
Recibido: 2/10/2023. Aceptado: 30/1/2024.

Sofía Getar: <https://orcid.org/0009-0003-0041-9098>, Julieta Espino: <https://orcid.org/0000-0002-5929-0773>, Mauro Trama: <https://orcid.org/0000-0001-5197-3185>,
Fabio Leiro: <https://orcid.org/0000-0002-9477-2997>, Stephanus Daniela: <https://orcid.org/0009-0000-7378-5337>

no se evidencia DIU en cavidad uterina, mucosa indemne, sin evidencia de comunicación con el recto. A continuación, se procede a efectuar la videocolonoscopía durante la cual se progresa por ano hasta ángulo esplénico. A 10 cm del margen anal, sobre la cara anterior del recto se encuentra el DIU. Se decide intentar su extracción para lo cual se progresa una pinza endoscópica de cuerpo extraño y se logra la extrac-

ción del mismo. Se controla el defecto por el cual protruía el dispositivo, siendo el mismo menor a 5 mm a nivel de la mucosa, sin evidencia de sangrado. Se desestima la presencia de una fístula rectouterina, infiriéndose que el dispositivo comprometía solo la pared del recto. La paciente egresa a las 6 horas de la institución. Es citada para sucesivos controles ambulatorios sin complicaciones.



Figura 1. Examen proctológico, salida de hilos de DIU por ano.



Figura 2. A) Radiografía de pelvis frente. B) Radiografía pelvis perfil.



Figura 3. A y B) Extracción endoscópica de DIU en recto. C) DIU fuera de cavidad rectal. D) Control endoscópico luego de retirar dispositivo.

DISCUSIÓN

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo seguro y eficaz. El porcentaje de uso frente al resto de los anticonceptivos es de 23%, siendo la "T" con cobre el tipo más usado a nivel mundial.¹ Entre sus posibles complicaciones destacan el sangrado, el embarazo ectópico, la perforación uterina, la infección y algunas menos frecuentes como su migración o la formación de fistulas hacia el tracto digestivo. La incidencia de migración varía de 0,2 a 0,87 por cada 1.000 inserciones, aunque se reconoce la existencia de un subregistro importante. Dentro de los factores de riesgo que predisponen a esta situación se encuentran: la utilización de un DIU de cobre, la inserción durante la lactancia, la amenorrea post parto, la inserción post parto menor a 6 meses, el útero en retroversión, la nuliparidad, los antecedentes de aborto y la escasa experiencia del personal de salud, entre otras². La perforación uterina con migración se considera primaria o inmediata si ocurre durante la inserción del DIU por lesión penetrante sobre el tejido miometrial, pero también se puede presentar en forma secundaria o tardía debido a la erosión gradual a través del miometrio. La presentación clínica de la migración temprana suele manifestarse con dolor intenso y súbito y/o sangrado genital. En contraste, en la perforación tardía el intervalo entre la inserción y el diagnóstico de la perforación puede variar desde días hasta varios años, aunque se estima que, en general, las perforaciones y migraciones ocurren durante los primeros meses y hasta el año de su inserción³⁻⁴. La migración por perforación uterina debe ser considerada ante la no visualización del dispositivo o su visualización fuera de su localización normal dentro del útero, haciendo uso de una ecografía transvaginal y/o transabdominal, así como la radiografía simple de abdomen, la tomografía computada abdominopélvica contrastada o la resonancia magnética nuclear de abdomen y pelvis⁵. 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 pueden utilizar técnicas endoscópicas, ya sea colonoscopia, histeroscopia o cistoscopia en función de la localización⁶. La perforación rectal por DIU, habitualmente oligosintomática, es rara con pocos casos descritos en la literatura. Si bien la migración rectal implica una comunicación al tracto genital, se plantea si la misma no dará origen a una fistula. En la bibliografía analizada no se encuentran descritas fistulas rectovaginales o rectouterinas por migración del DIU, aunque sí se describen casos de fistulas hacia intestino delgado y colon. Tras la identificación del dispositivo en recto la extracción endoscópica completa puede resultar factible. El tipo de material favorece una escasa reacción de cuerpo extraño. Esta condición sumada a la anatomía rectal, en su mayor parte extraperitoneal, determina una extracción

endoscópica que suele resultar segura, sin lesión significativa de los tejidos circundantes y con un mínimo trayecto fistuloso residual que se repara espontáneamente. De esta forma, cuando el orificio es menor de 0,5 cm es pasible de cierre espontáneo. Por el contrario, en aquellos casos con defectos de mayor tamaño está descrito el uso de endoclips o plastias⁷.

CONCLUSIÓN

La migración del DIU es una complicación poco frecuente. La perforación y migración rectal, habitualmente oligosintomática, es rara. Debe sospecharse cuando no fueron retirados y no se objetiva su localización uterina. Generalmente, se llega al diagnóstico con una radiografía simple o una ecografía transvaginal. Debe ser retirado lo más pronto posible posterior al diagnóstico, incluso en casos asintomáticos. La extracción endoscópica completa puede resultar factible y segura, y no se han encontrado casos descritos en la bibliografía de fistulas hacia el recto luego de la migración y extracción del dispositivo.

REFERENCIAS

1. Leon Garduza S, Beauregard Ponce G, Castaneda Flores J, Cardenas del Olmo A. (2017). Migración de dispositivo intrauterino a pared abdominal. Reporte de un caso. *Salud en tabasco*, 23 (1 y 2), 48-51. Orellana P, Matias, & Chavez P, Victor. (2021). Fistula utero-yeyunal secundaria a migración de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(2), 241-246.
2. Araméndiz A., H., Ruiz M., H., y Aguilar, P. (2007). Migración del dispositivo intrauterino. *Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía*, 16(3), 154-156.
3. Bernuy P, Sandra, Rivera N, María Cristina, Salazar L, Carmen, & Ramírez C, Fernando. (2015). Dispositivo intrauterino parcialmente migrado e incrustado en serosa de rectosigmoideas tras 8 años de inserción. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(5), 412-415.
4. Poveda Ortiz, O. M., Pedraza, M., Cabrera, L., & Baez, D. (2020). Acute intrauterine device migration appendicitis with cecal appendix obstruction: Case report and literature review. *Annals of Mediterranean Surgery*, 3(2).
5. Alonso Murillo L, et al. (2015). Migración rectal de dispositivo intrauterino. *Clin Invest Gin Obst*, 43 (4), 187-189.
6. Huertas-Velasco, María Antonia, & Gómez-Rubio, Mariano. (2012). Extracción endoscópica de dispositivo intrauterino penetrado en recto. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(8), 432-433.