

## TRANSLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO. REPORTE DE UN CASO

Omar Félix Campohermoso Rodríguez<sup>1</sup>, Rosmery Aida Mamani Quispe<sup>2</sup>, Ruddy Solíz Solíz<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Ginecólogo Obstetra, Docente Emérito de Medicina, Facultad de Medicina, UMSA.

<sup>2</sup> Médico Cirujano UMSA. Diplomado en Docencia Universitaria CEPIES.

<sup>3</sup> Médico Cirujano UMSA.

### RESUMEN

La translocación de dispositivo intrauterino (DIU) es poco frecuente, con afección a órganos vecinos como el recto-sigmoide, la vejiga y el ovario; luego de la perforación uterina por migración de DIU se justifica su inmediata extracción de la cavidad abdominal. Presentamos el caso clínico de una mujer de 38 años de edad, que cursó con una perforación parcial de dispositivo intrauterino que causó dolor pélvico en la mujer.

**PALABRAS CLAVE:** Translocación, Dispositivo intrauterino (DIU), "T" de cobre.

### ABSTRACT

*Translocation of an intrauterine device (IUD), is slightly frequent, affecting neighboring organs like the rectal sigmoid, bladder and ovaries. After uterine perforation, because of IUD migration, immediate removal of the abdominal cavity is justified. We present a case of a 38 year-old woman who had a partial perforation by an intrauterine device causing pelvic pain.*

*Key words: translocation, intruterine device (IVD), cooper "T".*

### INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son el método de planificación familiar más utilizado en el mundo ya que es efectivo económico y seguro, además que se pueden colocar en cualquier momento del ciclo menstrual y después del puerperio inmediato, mediano o tardío. Así como también está indicado como parte del tratamiento de patologías ginecológicas como la endometriosis en el caso del dispositivo intrauterino con levonorgestrel.<sup>1-2</sup>

### HISTORIA

Se considera a **Hipócrates** (siglo IV a.C.) el precursor del DIU ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales como las camellas.<sup>2</sup> Se conoce que los camelleros turcos y árabes colocaban una piedra

guiada por un tubo metálico, en el útero de las camellas. Era importante para esos comerciantes evitar el embarazo de estos animales durante las largas travesías por el desierto.<sup>7</sup>

Sin embargo, **Richard Richter** en 1909 realizó la primera publicación sobre el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), descrito como un pesario de seda, del inglés "*pessary*", término que hace referencia a un objeto que puede ser introducido en la vagina con múltiples propósitos.

Posteriormente, **Karl Pust** y **Ernest Graefenberg** (Fig.1) por separado en la década de 1920, publicaron el uso de anillos de seda, Pust asociado a una pieza de cristal y Graefenberg con fines de visualización por rayos X asociada a una pieza de plata pura, la cual posteriormente sustituyó por "plata alemana", una aleación de cobre, níquel y zinc que colocó a manera de espiral en la seda.<sup>1-2</sup>

Figura N° 1  
Ernest Graefenberg



En 1962, aparece el DIU diseñado por **Jack Lippes**, profesor de la *State University of New York*, en Buffalo; este dispositivo, conocido como *Asa de Lippes* tuvo amplia aceptación en las siguientes décadas del siglo pasado por su eficacia y por las comodidades para la paciente y para su compañero sexual.<sup>8</sup> (Fig. 2)

Figura N° 2  
Asa de Lippes



**Jaime Zipper** de Chile, (Fig.3) demostró en 1969 que una pequeña cantidad de alambre de cobre colocado dentro de una trompa del útero de una coneja, reducía dramáticamente el número de sitios de implantación en esa trompa, en comparación con la trompa de control. Los estudios de Zipper en animales continuaron en ensayos clínicos entre mujeres chilenas, utilizando alambre de cobre enrollado en el extremo de una "T" de plástico. Con o sin alambre la forma en T producía una tasa inaceptablemente alta de embarazos, de 18% mujeres año. Al añadir 200 mm<sup>2</sup> de cobre se

redujeron las tasas de embarazo a alrededor de 1 por 100 mujeres año. Los resultados generales fueron tan favorables que para 1970 había planes en camino para efectuar ensayos internacionales de la T con cobre.<sup>14</sup>

Figura N° 3  
Jaime Zipper



El DIU "T" de cobre (como T Cu 380 A) está compuesto por un marco de polietileno en forma de T, con aproximadamente 176 mg de alambre de cobre que lo envuelven. Además, posee 2 collares de Cobre con aproximadamente 66.5 mg cada uno. La superficie total de Cobre en el dispositivo es de 380 mm<sup>2</sup> ± 23 mm<sup>2</sup>. El DIU de cobre puede permanecer colocado hasta 10 años y es un método anti-conceptivo altamente eficaz (Fig. 4).

Figura N° 4  
"T" de Cobre



La acción de los DIU de cobre (Cu) es multifactorial dado que actúan en los diferentes niveles del proceso de la reproducción; como ser en el útero con acción espermicida, causado por una reacción

inflamatoria estéril producida por la presencia del cuerpo extraño en la cavidad, cérvix y en el propio espermatozoide.

A nivel del cérvix se produce una disminución de la hidratación del moco cervical con aumento de la concentración de mucina y disminución del fluido uterino. En el propio espermatozoide según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>15</sup> produce una fuerte y franca inhibición de la motilidad espermática a nivel del moco cervical y de la cavidad uterina encontrando una disminución en la cantidad y en la capacidad de fertilización de los espermatozoides. Por lo tanto, no es un abortivo

La FDA aprobó inicialmente Mirena en el año 2000 (Fig. 5), este dispositivo libera levonorgestrel (SIU-LNG), tiene la forma de "T" llamado **Endoceptivo®** que se inserta dentro la cavidad uterina, su tamaño es de 3,2 por 3,2 cm y tiene una apariencia muy parecida al T de cobre. Sobre su brazo vertical presenta una cápsula que contiene 52 mg de levonorgestrel (Lng) con una tasa inicial de liberación de 0,02 mg / 24 h. Esta hormona es liberada dentro de la cavidad uterina en pequeñas cantidades durante un período de 5 años, con una efectividad del 99.8%. Su actividad anticonceptiva está dada principalmente por su acción local, con actividad demostrada sobre el cérvix (espesa el moco cervical), el endometrio (suprime crecimiento endometrial, produce atrofia de las glándulas, edematiza el estroma y la decidua y produce cambios vasculares) y sobre los espermios (afecta la motilidad de los espermios).<sup>16</sup>

Figura N° 5  
Mirena



## COMPLICACIONES

El DIU presenta falla anticonceptiva alrededor de 0.6-2.0% anual. Puede presentarse expulsión espontánea en 2-10% de los casos durante el primer año.<sup>1-4</sup> Por ello es indispensable una revisión sistemática del mismo, así como el conocimiento de las complicaciones más frecuentes de la inserción de un DIU como: sangrado (5-15%), dolor y enfermedad pélvica inflamatoria.

El DIU translocado (DIUT), o en posición anormal o inadecuada, se presenta generalmente después de una perforación inadvertida del útero al momento de la colocación, la cual tiene una incidencia de 1.2/1,000 inserciones; sin embargo, en un menor número de casos es debido a una migración de éste a los tejidos adyacentes, entre ellos: la cavidad abdominal,<sup>9</sup> recto-sigmoide,<sup>10</sup> vejiga,<sup>11-12</sup> y ovario,<sup>13</sup> lo cual depende del DIU colocado, experiencia del operador, la posición del útero y el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la inserción.

La perforación uterina debida al DIU es rara, su incidencia varía desde 0.05 a 13/1000 inserciones.<sup>4-5</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 38 años de edad procedente y residente de La Paz, sin antecedentes patológicos ni heredo familiares previos, con antecedentes Ginecoobstetricos de menarca a los 12 años, eumenorreica, inicio de las relaciones sexuales a los 23 años, gesta 4, partos 2, cesárea 1 por DCP en mayo de 2014, aborto 1 por lesiones física hace 8 años, ultimo Papanicolaou el 2013 con resultado normal, método de planificación familiar: DIU desde agosto de 2014, sin revisiones periódicas. Refiere que posterior a la inserción de DIU dolor cólico o espasmódico de moderada intensidad en hipogastrio, metrorragia de tres días, por lo que acude a centro donde se insertó el DIU indicando ser normal sin realizar estudio imagenológico de control, desde enero del presente año presenta además flujos mal olientes además de dispareunia e intensificación de dolor pélvico, además de dolor lumbar irradiado hacia fosas iliacas y miembros inferiores, por lo que acude a consulta por Ginecología, se procede a laparotomía exploratoria diferida. En la cirugía se pudo observar la formación de plastrón en cara

anterior de útero con adherencia y vascularización del epiplón mayor, se realizó retiro de DIU sin complicaciones, se dio de alta en buenas condiciones generales tras 3 días de internación. (Fig. 6 y 7)

## DISCUSIÓN

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo; sin embargo, no está exento de riesgos.

La mayoría de las mujeres con perforación uterina por DIU translocado no manifiestan datos clínicos sino hasta meses o años después de la inserción.<sup>5</sup> En el presente caso la paciente refirió sintomatología desde el momento de la inserción del dispositivo con dolor y hemorragia transvaginal, la ecografía es para nosotros una herramienta muy importante en el control post inserción del DIU y debería realizarse de rutina<sup>3</sup>; sin embargo tras su inserción no realizó ningún control ecográfico a pesar de insistencia de la paciente por la sintomatología descrita, por ello es necesario que el personal que realiza los procedimientos de inserción de DIU sea realizado por especialistas capacitados en constante actualización, en caso de presentarse este tipo de complicaciones, reduciendo aún más su incidencia con un mayor entrenamiento en la colocación, aplicación de técnicas adecuadas de la misma y seguimiento ultrasonográfico.

La translocación de DIU en cavidad abdominal es una complicación rara, en una revisión sistemática de la literatura, Gill RS y cols. Se

valoraron 49 artículos encontrando 179 casos de manejo laparoscópico y reportan como sitios más frecuentes de localización: omento (26.7%), fondo de saco de Douglas (21.5%), luz colónica asociado a perforación (10.4%), miometrio (7.4%), ligamento ancho (6.7%), libre en cavidad (5.2%), serosa de intestino delgado (4.4%), serosa del colon (3.7%) y mesenterio (3%). Se han reportado otras localizaciones menos frecuentes como la vejiga urinaria, apéndice cecal, pared abdominal, tubas uterinas, ovarios, retroperitoneo e intestino delgado asociado a perforación o isquemia del mismo.<sup>6</sup>

La translocación puede darse hacia la cavidad peritoneal, o a las vísceras cercanas como el intestino delgado, el apéndice, el colon sigmoideos, el recto y la vejiga siendo esta última la menos frecuente.<sup>2</sup> La translocación del DIU puede cursar asintomática por años o causar complicaciones serias como absceso pélvico, perforación intestinal o fístula vesico-uterina.<sup>3-5</sup>

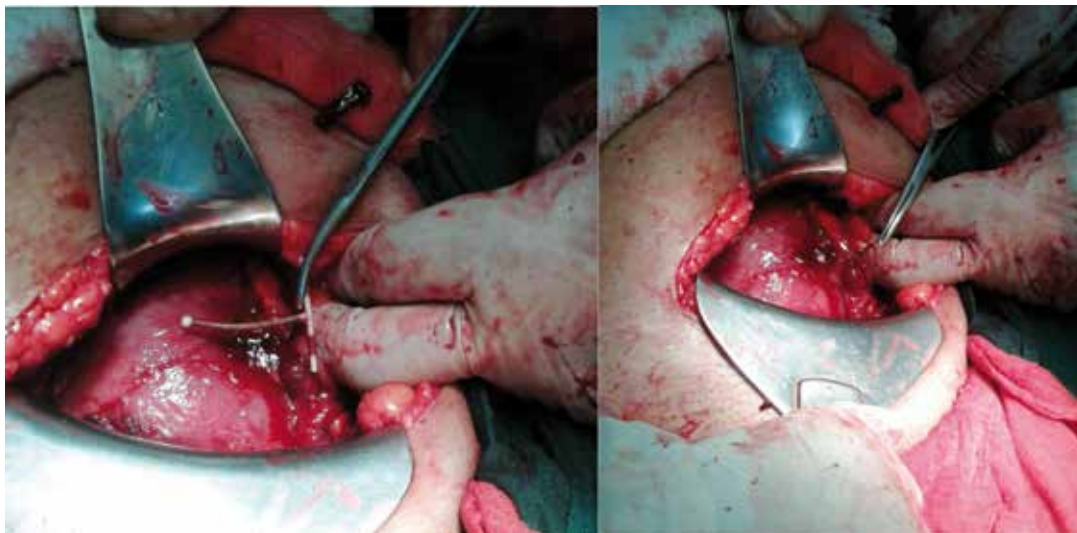
## CONCLUSIONES

El DIU es un método anticonceptivo con un alto grado de seguridad, en general no interfiere la vida sexual normal, sus efectos secundarios son poco frecuentes y es de muy fácil reversibilidad.<sup>2</sup>

No todas las mujeres son buenas candidatas para uso del DIU, por lo cual el médico debe ofrecer la asesoría adecuada para la toma de la decisión voluntaria e informada. Ningún método utilizado para impedir el embarazo es infalible. El médico y la paciente deben conocer los beneficios y los riesgos inherentes al DIU.

Figura N° 6

Laparotomía, protrusión del DIU de la pared uterina. Fig. 7. Extracción del DIU



## REFERENCIAS

1. Herrera H. et Cols. Resolución laparoscópica de translocación abdominal de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso. *Rev Perinatol Reprod Hum* 2012; 26 (2): 129-132. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2012/ip122h.pdf>
2. Alarcón M. Los dispositivos intrauterinos: evolución a través de los tiempos, método de inserción, beneficios y riesgos. *Santander-Colombia, Rev Médicas UIS*; 2007; 20(2): 121-29.
3. Veloso D. Control Ecográfico Post Inserción De Dispositivo Intrauterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n1/art04.pdf>
4. Membreño T, Gutiérrez M. Perforación uterina y de colon por T de Cobre. *Rev Acta Médica Costarricense*; 2005; 47 (1): 51-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43447109>
5. García B. et cols. Manejo de Dispositivo intrauterino translocado. *Revista Médica de Investigación Médica Sur. Enero-Marzo* 2012; 19(1):7-9. Disponible en: <http://medicasur.org.mx/pdf-revista/RMS121-AO02-PROTEGIDO.pdf>
6. Gill RS, Mok D, Hudson M, Shi X, Birch DW, Karmali S. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: case and systematic review. *contraception* 2012; 85: 15-18.
7. Knowles J. Historia de los métodos anticonceptivos. *Planned Parenthood Federation of America*; 2012
8. Grimes, DA. History and Future of Contraception: Developments over Time. *The Contraception Report* 2000; 10(6), 15-25.
9. Mejía J. López JE. Sepúlveda NA. Dispositivos intrauterinos penetrados y migrados: hallazgos en tomografía Computarizada. *Rev Colombiana de Radiología*; 2011; 22:(3):3263-3271
10. Azpilcueta A. Romero S. Motta E. Perforación uterina y rectosigmoide por dispositivo intrauterino, presentación de un caso con revisión de la literatura. *Gaceta Médica de México* 2003; vol 139, N° 1, 73-75
11. Cheliz G. García E Hernández C. Migración Intravesical de un dispositivo intrauterino. *Revista Argentina de Urología*, 1993; Vol. 58: 29-31
12. Perucca E. Rojas V. León M. Dispositivo intrauterino intravesical en expulsión en embarazo de tercer trimestre: reporte de un caso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(3): 180-182
13. Fernández A. Norbert A. Sánchez A. Migración de un dispositivo intrauterino al ovario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 2011; 37(3):409-413.
14. Departamento de Asuntos Médicos y Públicos del) Centro Médico de la Universidad George Washington. *Dispositivos Intrauterinos (DIU) con Cobre Actividades hasta la Fecha*. Washington: Ed. Informes Médicos; 1973. Serie B, N° 1.

15. OMS. Aspectos fisiológicos y clínicos del empleo de dispositivos intrauterinos. Ginebra: Informe Técnico; N° 397, 1986
16. Peláez J. Utilidad del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena) en el tratamiento de las metrorragias. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.2 Ciudad de la Habana abr-jun. 2010

#### **CRÉDITO DE LAS FIGURAS**

1. Ernest Graefenberg. FERTILAB. ¿Qué son los dispositivos intrauterinos? [http://www.fertilab.net/ver\\_impresion.aspx?id\\_articulo=742](http://www.fertilab.net/ver_impresion.aspx?id_articulo=742)
2. Jaime Zipper. El Pulso. El Mundo Despide Al Doctor Jaime Zipper <http://elpulso.med.uchile.cl/20110321/noticia5.html>
3. Asa de Lippes. FERTILAB. ¿cómo logran su efecto anticonceptivo los DIU. [http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/dispositivos\\_intrauterinos\\_diu/como\\_logran\\_su\\_efecto\\_anticonceptivo\\_los\\_diu\\_1](http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/dispositivos_intrauterinos_diu/como_logran_su_efecto_anticonceptivo_los_diu_1)
4. Dispositivo intrauterino "T" de cobre. EcuRed. [http://www.ecured.cu/index.php/Dispositivo\\_intrauterino](http://www.ecured.cu/index.php/Dispositivo_intrauterino)
5. Mirena. Anticoncepción intrauterina <http://www.womenshealthsection.com/content/print.php3?title=gyn030&cat=10&lng=spanish>
6. Fotos (6 y 7) propias de los autores.