

1127  
8

29j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**LA HISTEROSCOPIA COMO METODO DE EXTRACCION DEL  
DIU EXTRAVIADO EN LA CAVIDAD UTERINA**

**T E S I S**

Para obtener el Título de  
**GINECOLOGO - OBSTETRA**  
P r e s e n t a

**DR. TOMAS G. ARIAS VALDERRAMA**

Asesorado y supervisado por: Dr. Alberto Kably Ambe

Hospital de Gineco - Obstetricia 2

Centro Médico Nacional

Instituto Mexicano de Seguro Social



México, D. F.

1985



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **I N D I C E**

- I. INTRODUCCION, HISTORIA Y ANTECEDENTES  
CIENTIFICOS**
- II. OBJETIVOS**
- III. MATERIALES Y METODOS**
- IV. RESULTADOS**
- V. COMENTARIOS**
- VI. CONCLUSIONES**
- VII. RESUMEN**
- VIII. BIBLIOGRAFIA**

## I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La práctica del control de la natalidad ha venido a -- ser en los últimos años un capítulo ineludible para médicos, so ciólogos, demógrafos, políticos, etc., dados los problemas deri vados del crecimiento global y desordenado de la población mundial, viéndose principalmente afectados los llamados países en desarrollo, mismos que concomitantemente experimentan en la actualidad complejos problemas de orden social, económico y político.

En la actualidad se ha puesto especial énfasis a otras indicaciones para el control de la natalidad. Existen algunas medidas entre las cuales podemos incluir ciertas enfermedades - maternas que se agravan ante la presencia del embarazo (Cardiopatías, Diabetes Mellitus, Nefropatías, Tuberculosis, etc.)

Hay otras de orden Eugénésico por tácitas razones evolutivas, socioeconómicas y humanas. La sociedad y el médico -- son responsables de evitar la concepción siempre que exista una tara genética severa que puede perpetuarse (Idiocia Amaurótica-familiar, Anemia Falciforme, Fenilcetonuria, Síndrome de Down, etc.)

Dentro de los métodos temporales para el control de la

natalidad el Dispositivo Intrauterino (DIU) ocupa uno de los -- primeros lugares en frecuencia de utilización junto con los Hor monales Orales y los métodos de barrera.

El DIU ha ganado su popularidad dada su gran efectivi dad como método anticonceptivo (Tasa de Embarazos anuales: 1-4% con el dispositivo in situ), pocas complicaciones y buen índice de reversibilidad de la fertilidad a corto plazo al retirarlo.

Las ventajas y desventajas del DIU han sido motivo de preocupación para el médico desde su introducción original en - 1909 y su popularización por Grafenberg en 1928 cuando una alta incidencia de infecciones pélvicas llevaron al abandono tempo-- ral del Dispositivo Intrauterino.

En 1959 se inicia una nueva era para este método de -- control de la fertilidad con los reportes de Ishihama y Oppen-- heimer quienes consideran al DIU como un método seguro y econó-- mico para la planificación familiar. Desde entonces comenzaron a proliferar un sin número de diseños del Dispositivo Intraute-- rino (Espiral de Margulies, Asa de Lippes, Saf-T-Coil, 7 de Co-- bre, T de Cobre, Anillo de Grafenberg, Anillo de Otta, Birnberg Bow, Anillo de Hallstone, etc.) siendo en la actualidad los más usados el Asa de Lippes, T de Cobre, 7 de Cobre y T Progesterona (Progestasert).

Con el aumento en la frecuencia de utilización del Dispositivo Intrauterino comenzaron a aparecer complicaciones relacionadas a su uso (Infecciones Pélvicas, Sangrados uterinos - anormales, dolor pélvico crónico, embarazos y perforaciones uterinas entre otros).

A pesar de todo esto no se ha dado la suficiente importancia a una complicación que en la práctica se observa con relativa frecuencia y que es la ausencia de las guías del Dispositivo en el canal cervical, "Translocación del DIU", o simplemente "DIU Extraviado"

El DIU translocado es una complicación que ocurre con una frecuencia de 0.05-13/1000 aplicaciones del mismo, siendo esta frecuencia variable de acuerdo al momento de la aplicación del Dispositivo (Postparto, Postaborto o de Intervalo), experiencia del personal que realiza la aplicación, Tipo de DIU (El Birnberg Bow tiene una frecuencia de perforación de 5/1041 aplicaciones; El asa de Lippes tiene una frecuencia de perforación de 1/1000 aplicaciones).

La ausencia de los hilos del Dispositivo en el canal cervical puede obedecer a cuatro situaciones, a saber: Expulsión Inadvertida del Dispositivo (20% de las expulsiones pasan inadvertidas a la paciente), Crecimiento uterino (Embarazo o tumores uterinos), Perforación uterina propiamente dicha, --

y retracción de los hilos del DIU. La mayor parte de los casos de Dispositivo Extraviado se deben a esta última situación, observándose que en el caso del Asa de Lippes se pueden retraer los hilos hasta en un 10% de las aplicaciones. Se ha observado que la forma de empaque del 7 de Cobre (Gravigard) favorece a la retracción de sus hilos guías.

Siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de expulsión inadvertida del Dispositivo pues se reportan incidencias de un 4% con el asa de Lippes D, ocurriendo éstas en el primer año postaplicación en un 70% de estos casos.

La perforación uterina ha constituido una de las complicaciones más serias del Dispositivo Intrauterino. Existen muchas clasificaciones para nombrar el grado de perforación uterina, siendo las más enunciadas en la literatura la propuesta por Espósito y la de Zakin y Cols; Sin embargo al querer traducir al español estas clasificaciones no es posible nombrar el evento que ocurre cuando el DIU se encuentra dentro de la cavidad uterina perforando o no el endometrio (Perforación Parcial o Tipo A) y comúnmente le llamamos "DIU translocado Intrauterino". Cuando el Dispositivo perfora todas las capas uterinas -- (Perforación total o tipo B) se le llama "DIU Translocado Extrauterino".

La mayoría de los casos de perforación uterina ocurren

sin sintomatología mayor, y en los casos de perforación parcial rápidamente se recubren por material fibroso quedando atrapados por debajo del endometrio.

El Dispositivo con perforación uterina parcial puede ocupar solo la cavidad uterina, el miometrio o inclusive la cavidad peritoneal dejando una parte de éste en el interior de la cavidad endometrial.

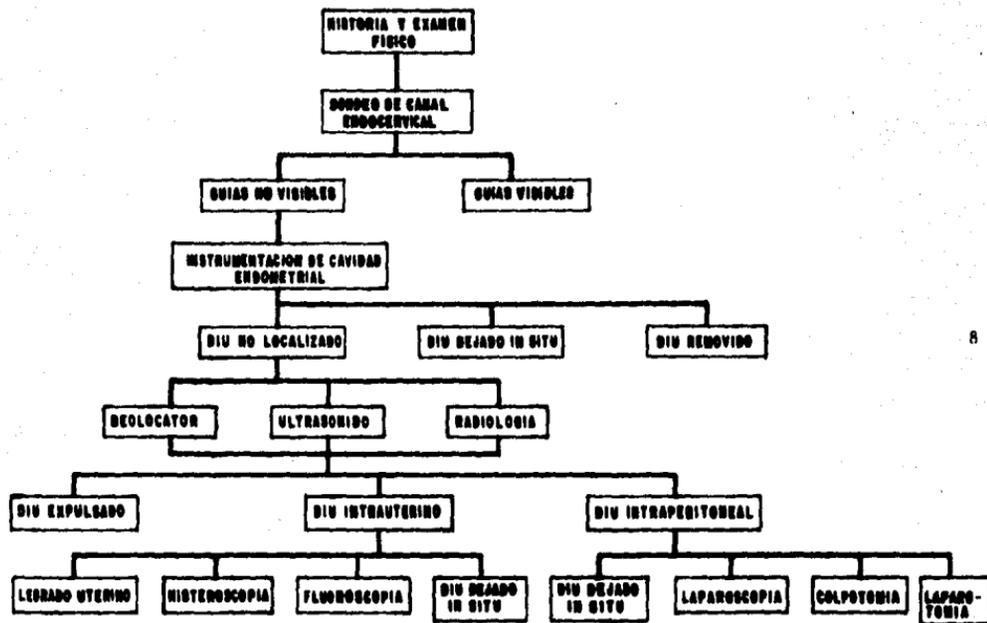
El Dispositivo con perforación completa se localiza en la cavidad peritoneal, sin embargo parte de éste puede encontrarse en el espesor miometrial y hasta en la cav. uterina requiriéndose en estos casos combinados, de una certeza diagnóstica adecuada para escoger la mejor vía de extracción del mismo.

En cuanto a los mecanismos de perforación se menciona a la perforación traumática inmediata, y a la perforación tardía por erosión gradual de la musculatura uterina embibiéndose el dispositivo en el espesor del miometrio.

Se han elaborado múltiples protocolos de estudio y manejo de la paciente con ausencia de los hilos del Dispositivo en el canal cervical. Gentile y Siegler de la Universidad Estatal de New York han propuesto un diagrama de flujo para el estudio y manejo de estas pacientes (Cuadro # 1).

CUADRO 1.

MANEJO DEL DIU CON GUIAS EXTRAVIADAS EN LA PACIENTE NO EMBARAZADA



8

(TOMADO DE GENTILE Y SIEGLER)

Como en todo padecimiento médico una Historia Clínica y Exploración física completa, en este caso un examen pélvico a conciencia es de suma importancia. Estas deben indagar el tipo de Dispositivo aplicado, la fecha de su inserción, la presencia o no de dolor pélvico, las características menstruales de la paciente y la presencia o no de síntomas sugestivos de Embarazo, condición ésta que debe descartarse antes de iniciar cualquier protocolo de estudio en estas pacientes.

Se ha considerado de gran ayuda el sondeo del canal-endocervical en busca de las guías retraídas del DIU, pudiendo realizarse ésto con un aplicador de algodón, histerómetro o cualquier otro tipo de sonda.

La instrumentación de la cav. uterina puede realizarse como paso siguiente con un histerómetro, dilatador cervical o cánula de Novak. Se han ideado otros instrumentos con el fin de localizar y recuperar los hilos retraídos del DIU en la cav. uterina, mencionándose entre éstos la sonda de Landesman, pinzas de Randall, cánula de succión de Karman, el Miramark Helix, etc.

Entre los métodos tecnológicos utilizados en la localización del Dispositivo Extraviado se utilizó anteriormente el BEOLOATOR que es un instrumento detector de metales o cuerpos extraños de consistencia dura localizados en los tejidos.

dos. Este instrumento ha caído en desuso por sus altos índices de resultados falsos positivos y Falsos negativos.

Para muchos, el paso a seguir posterior al sondeo de la cavidad o canal endocervical, es la utilización de métodos radiológicos para la localización del Dispositivo habiéndose descartado antes la presencia de Embarazo. Mediante la toma de placas anteroposterior y Lateral simples de Abdomen puede detectarse en todos los casos la presencia del Dispositivo de no haberse expulsado previamente; sin embargo con este estudio no es posible determinar la localización exacta del DIU en la mayoría de los casos; en otras palabras, este método no determina con seguridad si el Dispositivo se encuentra con localización intrauterina o extrauterina. Esto es especialmente cierto cuando el útero se encuentra desplazado, rotado o aumentado de tamaño por tumores (Miomatosis).

Este problema puede ser resuelto realizando estudios que permitan identificar la cav. endometrial, logrando esto mediante la colocación de algún material o instrumento Radioopaco en la misma. Se han utilizado a manera de "marcadores" múltiples instrumentos (Sondas Radiopacas, Histerómetros, Dilatadores, DIU, etc.) colocados en la cavidad endometrial previo a la toma de la Radiografía. Esto puede causar falsas interpretaciones en los casos aislados de útero septado o bicornes, dando la impresión de encontrar un Dispositivo con localización extraute

rina cuando en realidad se encuentra situado en el otro cuerno-uterino.

El estudio Radiológico mejor aceptado en la actualidad para la localización del Dispositivo Extraviado es la (Histerografía) con medio de contraste líposoluble. Hay que recordar - que son de gran importancia las proyecciones laterales en éste y en todos los estudios radiológicos utilizados en la localización del DIU extraviado. A pesar de la gran efectividad de la Histerografía se le aduce la desventaja de ser un potencial - agente causal de Salpingitis. Se ha demostrado que un 37% de las pacientes portadoras de Dispositivo Intrauterino padecen -- una Endometritis localizada.

Con la difusión del Ultrasonido en Medicina, se ha utilizado este recurso en la localización del Dispositivo extraviado, en forma preferencial. Utilizando técnica de vejiga llena - puede identificarse la cavidad endometrial y detectarse el DIU. con bastante precisión. Una gran ventaja del Ultrasonido es la de poderse utilizar cuando coexiste el embarazo y el DIU extraviado; sin embargo, tiene la desventaja de ser ineficiente en - la localización del DIU con localización extrauterina.

Ante el diagnóstico de un Dispositivo Intrauterino - - translocado con localización extrauterina se presenta la disyuntiva acerca de la necesidad de su extracción o no. Es en gene-

ral aceptado que los Dispositivos cerrados o los de Cobre deben extraerse dada la tendencia a complicaciones intestinales y a la formación de adherencias intraperitoneales severas. En otro tipo de Dispositivos la decisión es controversial, sin embargo existen factores psicológicos y medico-legales que influyen en favor de la extracción del cuerpo extraño en abdomen.

Cuando nos encontramos ante un Dispositivo Translocado con localización intrauterina, la variedad mas frecuente encontrada, recurrimos a múltiples maniobras para su extracción. Estas van desde las más sencillas incluyendo la instrumentación de la cavidad endometrial con sondas de diversas clases como la canula de Novak, Sonda de Landesman, pinzas de Randall, Canula de succión de Karman, Mi-Mark Helix y otras que permiten realizar el procedimiento en forma ambulatoria en el consultorio.

Estos metodos antes mencionados, sin embargo, no son efectivos en la totalidad de los casos, siendo necesario emplear otros procedimientos más invasivos como la dilatación y Legrado uterino, método éste que se hace efectivo en otro grupo de pacientes, pero que dado lo ciego del procedimiento deja todavía una cifra importante de pacientes sin tratamiento efectivo, y son éstas las que en mayor grado se van a ver beneficiadas por la extracción del Dispositivo mediante la utilización de un método que permita una visión directa del DIU in situ, de un procedimiento seguro, casi libre de complicaciones en manos ex-

perlas y que puede realizarse aún como cirugía ambulatoria; Este procedimiento es la Histeroscopia.

Las bases históricas de la Histeroscopia se remontan a la segunda mitad del siglo XIX con Pantaleoni quien realizó la primera Histeroscopia y a Bozzini en Alemania quien creó un Endoscopio con iluminación a base de una vela reflejada en un espejo cóncavo. Se considera a Desormeaux como Padre de la Endoscopia al presentar el primer modelo cistoscópico ante la Academia Francesa de Medicina. Este fue el modelo utilizado por Pantaleoni en su primera Histeroscopia. Posteriormente Nitze introduce el Asa de Platino en la iluminación endoscópica, y la iluminación distal aparece después de 1880.

Una de las mayores limitantes en las primeras Histeroscopias realizadas lo constituyó el colapso fisiológico de la cavidad uterina que dificultaba la visión en alto grado. Con el pasar del tiempo se han ideado diversos métodos para la distensión artificial de ésta siendo los más aceptados la utilización del Sol. Glucosada 5% propuesto por Quiñonez, Alvarado y Aznar; el Dextran 32% propuesto por Hyskon; y la insuflación con CO<sub>2</sub> - popularizada por Lindemann.

Las principales indicaciones para la Histeroscopia son: Sospecha de Patología Intrauterina, Toma de Biopsia endometrial-dirigida, adherenciolisis intrauterina, canulación del ostium tu

bario principalmente con fines de Esterilización, y la extracción de cuerpos extraños, principalmente Dispositivos Intrauterinos Translocados, correspondiendo a esta última indicación - el 29.7% de las Histeroscopías según Sciarra y Valle.

La Histeroscopia se ve contraindicada en Infecciones-uterinas, sangrados profusos y el Embarazo.

El procedimiento puede ser realizado bajo anestesia general, Bloqueo Peridural o paracervical.

En la extracción del DIU se utilizan pinzas de biopsia histeroscópica o una pinza "Cocodrilo" para sujetar y extraer el dispositivo. Este procedimiento toma un tiempo operatorio promedio de unos 3-5 minutos.

En cuanto a la eficacia del método en la extracción del Dispositivo con localización "INTRAUTERINA", es casi del 100% según reportan Valle-Sciarra-Siegler-Kemmann y Valle-- -- Freeman reservando las fallas y mayores dificultades al Dispositivo con perforación parcial del miometrio. En estos reportes no se registraron complicaciones propias del procedimiento.

## II. OBJETIVOS

- A) GENERAL: ANALIZAR LA EFECTIVIDAD DEL METODO ENDOSCOPICO - (HISTEROSCOPIA-Hx) PARA LA RECUPERACION DE DISPOSITIVOS IN TRAUTERINOS EXTRAVIADOS EN LA CAVIDAD UTERINA.
- B) ESPECIFICOS:
- B1. Establecer las indicaciones de la Hx para la recuperaci3n de DIU's.
  - B2. Conocer la tasa de 3xitos y fracasos en la recuperaci3n de DIU's por Hx.
  - B3. Conocer la frecuencia y tipo de complicaciones del procedimiento.
  - B4. Analizar si existe alg3n grupo de pacientes en las que solo es posible extraer el DIU por Hx.
  - B5. Analizar la naturaleza de los m3todos intentados pre-visamente para la extracci3n del DIU.
  - B6. Conocer los m3todos de localizaci3n del DIU extraviado.

## III. MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo mediante el análisis de 125 expedientes de pacientes con DIU (dispositivo intrauterino) traslocado atendidas en el período comprendido entre Enero de 1979 y Febrero de 1984 en el Hospital de Gineco-Obstetricia 2 del Centro Médico Nacional del IMSS. Para el presente estudio se utilizaron los siguientes criterios:

1. Criterio de inclusión: Paciente a quienes se les extrajo el DIU por histeroscopia.

2. Criterio de no inclusión: Pacientes a quienes no se les realizó histeroscopia.

Llenados los criterios anteriores se analizaron los siguientes datos y características: Edad, gestaciones previas, tipo de DIU, tiempo con el DIU, antecedentes de DIU previo actual, método de localización (clínica, RX simple de abdomen, histerografía, y otros), sitio de localización, motivo de retiro, complicaciones quirúrgicas, intentos previos de extracción del DIU (en caso afirmativo se detallaron dichos procedimientos). Los datos encontrados fueron analizados mediante histogramas y tablas porcentuales.

#### IV. RESULTADOS

Se revisaron 125 expedientes de pacientes con DIU traslocado en el periodo de Enero de 1979 a Febrero de 1984 en el archivo del HGO2 del CMN del IMSS.

De estos se encontraron 104 con localización intrauterina y 21 extrauterina. (Fig. 1)

Los métodos utilizados en la extracción del dispositivo con localización intrauterina fueron en la mayoría de los casos la histeroscopia y el legrado uterino instrumental, correspondiendo al primero, que es el que nos ocupa, un total de 51 - de 104 traslocaciones intrauterinas (49%). (Tabla I).

En cuanto a los datos generales observamos:

##### EDAD:

Obviamente las pacientes se encontraron en la etapa reproductiva de la vida, a excepción de tres pacientes que sobrepasaban estas edades. El intervalo de edades comprendido entre 21 y 35 años reunió a 44 pacientes (86.3%)

Se encontraron tres pacientes mayores de 40 años (Fig. 2).

FIGURA 1.

**SITIO DE LOCALIZACION DEL DISPOSITIVO**

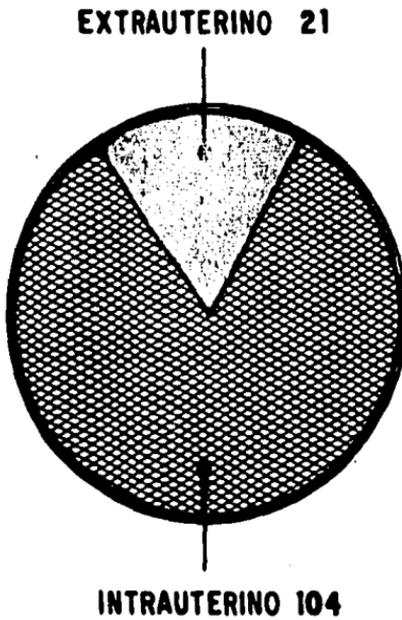


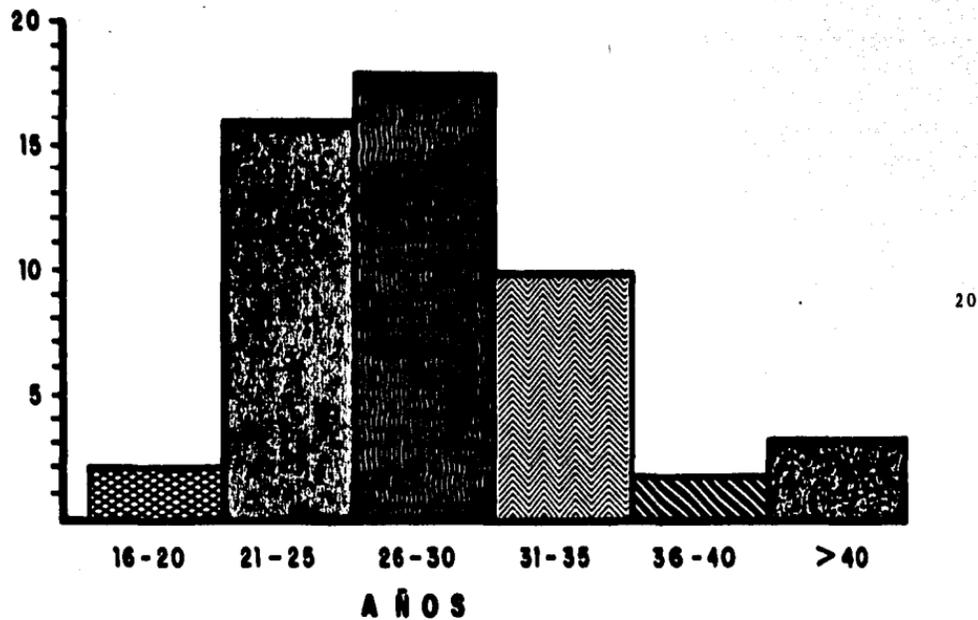
TABLA 1.

## METODOS DE EXTRACCION DEL DIU

	No.	%
CONSULTA EXTERNA	6	4.8
LEGRADO UTERINO	47	37.6
HISTEROSCOPIA	51	40.8
LAPAROSCOPIA	11	8.8
LAPAROTOMIA	10	8.0
T O T A L	<u>125</u>	<u>100.0%</u>

FIGURA 2.

### FRECUENCIA DE EDADES



**GESTACIONES PREVIAS:**

La mayoría de las pacientes habían tenido tres gestaciones o menos, correspondiendo al grupo de grandes multíparas (4 o más gestaciones) un 10.4%. En este grupo de estudio no encontramos pacientes nuligestas. (Fig. 3)

**TIPO DIU**

Los modelos de dispositivo encontrados fueron en su mayoría de tipo abiertos, siendo el Asa de Lippes el predominante (50.9%), ocupando la T de Cu el segundo lugar (19.6%), y el 7 de Cu el tercer lugar (11.7%). (Tabla 2)

**TIEMPO CON EL DIU:**

En cuanto al tiempo de aplicación del DIU encontramos que 30/51 (58.8%) pacientes tenían dos años o menos con el dispositivo, y 10/51 (19.6%) tenían solo algunos meses de la inserción al momento del diagnóstico de la traslocación. (Fig.4).

**ANTECEDENTES DE USO PREVIO DE DIU:**

En el grupo de estudio no se encontró ninguna paciente con antecedentes de utilización de un dispositivo previo al actual.

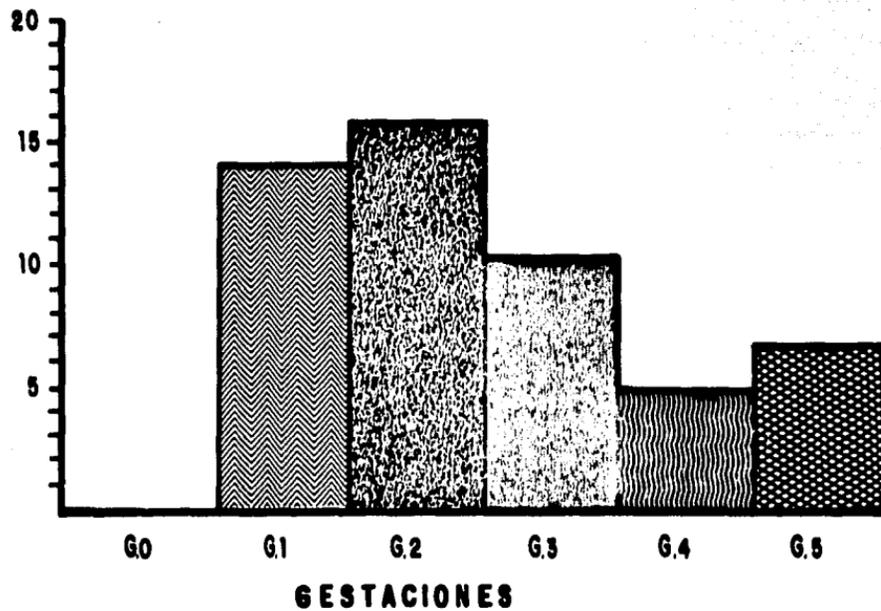
TABLA 2.

## TIPO DE DISPOSITIVO

	No.	%
ASA DE LIPPES	26	50.98
T DE COBRE	10	19.60
7 DE COBRE	6	11.76
MULTILOAD	3	5.88
PROGESTASERT	2	3.92
NO ESPECIFICADO	4	7.84
T O T A L	<u>51</u>	<u>100.00%</u>

FIGURA 3.

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS



**FIGURA 4**  
**TIEMPO CON EL DISPOSITIVO**

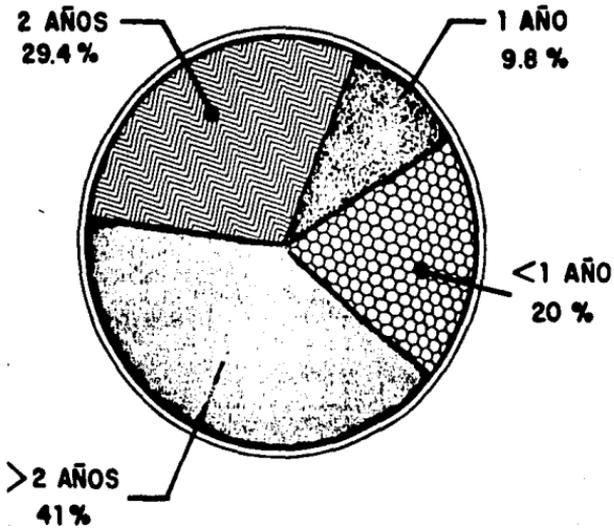
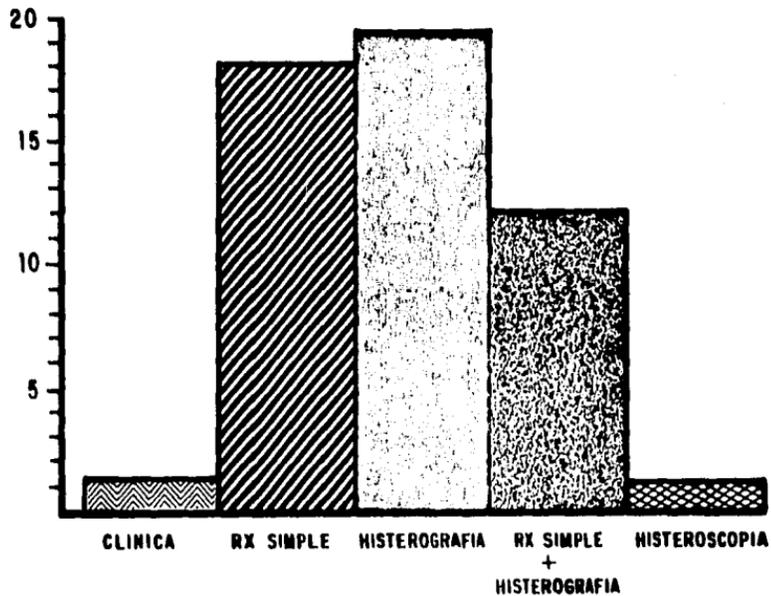


FIGURA 5.

**METODO DE LOCALIZACION DEL DISPOSITIVO**



**METODO DE LOCALIZACION:**

Los métodos diagnósticos utilizados en la localización DEL DIU incluyeron: Clínica (sondeo uterino), RX simple de abdomen, Histerografía, Rx simple de abdomen + Histerografía, e histeroscopia. Los métodos radiológicos ocuparon el primer lugar en el diagnóstico de certeza y localización del Diu traslocado (96%).

Entre éstos se utilizó la placa simple de abdomen como método primario de diagnóstico en 30/51 (58.8%) casos, requiriéndose la utilización de material de contraste (histerografía) en 12/30 (40%), utilizándose este último como método primario de diagnóstico en 19/51 (37.2%). En total, se utilizó material de contraste (histerografía) en 31/51 (60.8%)

Es de hacer notar que hubo un reporte de histerografía erróneo en el cual se reportó un DIU localizado extrauterino, encontrándose éste posteriormente dentro de la cavidad uterina.

Se localizó un DIU mediante exploración clínica con -- una sonda uterina, y en otro caso la localización se realizó -- directamente por la histeroscopia. (Fig. 5).

**MOTIVO DE RETIRO DEL DISPOSITIVO**

Las principales razones que indujeron al médico o a la

paciente a realizar o solicitar la extracción del dispositivo - fueron la traslocación previamente diagnosticada, las alteraciones menstruales, el deseo de control definitivo de la fertilidad, y el deseo de un nuevo embarazo entre otras (Tabla 3).

#### INTENTOS PREVIOS DE EXTRACCION DEL DISPOSITIVO:

En el grupo de estudio a la mayoría de las pacientes se les había realizado por lo menos un intento previo de extracción del dispositivo. Así, 29/51 (56.9%) pacientes fueron manipuladas previamente en una u otra forma con el propósito de extraer el dispositivo, siendo la mayoría de las veces mediante sondas uterinas en el consultorio o con legrados instrumentales en el medio hospitalario (Fig. 6).

#### EFICIENCIA DEL PROCEDIMIENTO:

Mediante la Histeroscopia se logró retirar en forma completa un total de 48/51 (94.1%) dispositivos traslocados -- con localización intrauterina por medio de la histeroscopia. La extracción fue incompleta en dos de 51 casos (3.9%), y en uno solo no fue posible hacerlo mediante el procedimiento.

#### COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA HISTEROSCOPIA.

En el presente grupo de pacientes solamente se repor-

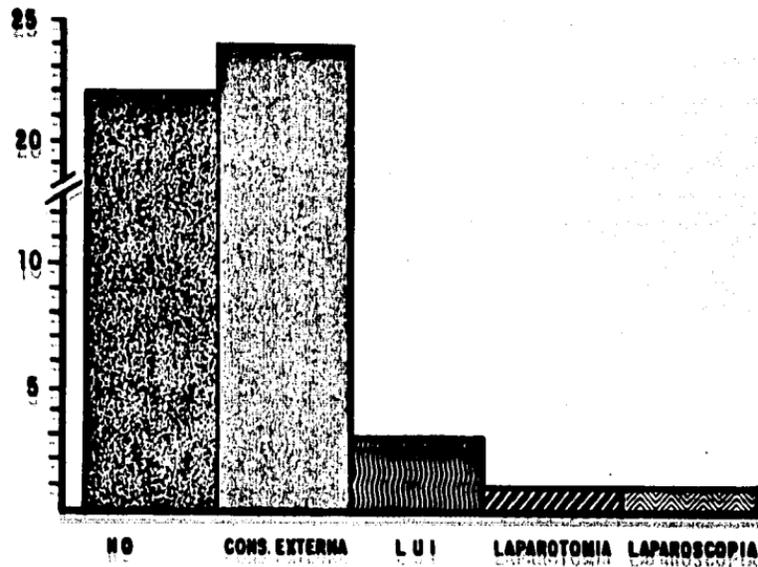
TABLA 3.

## MOTIVO DE RETIRO DEL DISPOSITIVO

	No.	%
TRASLOCACION DIAGNOSTICADA	16	31.4
ALTERACIONES MENSTRUALES	16	31.4
DESEO DE CONTROL DEF. DE FERTILIDAD	6	11.7
DESEO DE EMBARAZO	5	9.8
DESEO DE RETIRO DEL DIU	3	5.9
OTRAS	5	9.8
T O T A L	51	<u>100.0%</u>

FIGURA 6.

### INTENTOS PREVIOS DE EXTRACCION DEL DISPOSITIVO



tó una complicación menor del procedimiento (1.9%) y que correspondió a un desgarro cervical el cual se reparó sin mayores problemas. No hubo complicaciones mayores en esta serie.

## V. COMENTARIO

Ante la creciente utilización de métodos anticonceptivos en los últimos años, han surgido igualmente complicaciones secundarias a éstos, que con el pasar del tiempo y la adquisición progresiva de experiencia por parte del personal médico - se ha logrado disminuir en frecuencia de aparición estas complicaciones pero aún no se ha podido llegar a abatirlas por completo.

El Dispositivo Intrauterino no ha sido una excepción - en este camino evolutivo de la ciencia y entre sus principales complicaciones tenemos a la traslocación, extravío del DIU, o perforación uterina con el mismo.

El manejo de la perforación uterina completa o traslocación de DIU con localización extrauterina se realiza mediante la Laparotomía o Laparoscopia.

Sin embargo, para la traslocación intrauterina del DIU los métodos de extracción no han sido tan bien establecidos.

En el HGO<sub>2</sub> CMN del IMSS, desde hace varios años se ha

venido empleando la histeroscopia con varios fines diagnósticos y terapéuticos; uno de ellos es la recuperación de dispositivos extraviados en la cavidad uterina.

En el presente trabajo retrospectivo se analizaron 125 expedientes de pacientes con DIU traslocado.

Se encontró que la mayoría de los DIU traslocados se localizaron dentro de la cavidad uterina contrastando con datos reportados anteriormente en la literatura (Zakin et al. -- 1981).

La frecuencia con que se utilizó la histeroscopia -- (49%) la señala como el método más recurrido en este hospital de tercer nivel, utilizándose en la mayoría de los casos como método de segunda línea luego de haber obtenido fallas con -- otros procedimientos previos (56.9%).

Las edades reportadas coinciden con la época reproductiva de la mujer.

Se encontró una mayor frecuencia de tres o menos gestaciones y esto encuadra correctamente con pacientes que aceptan y utilizan métodos anticonceptivos.

Los dispositivos más frecuentemente encontrados fue--

ron el Aa de Lippes (50.9%) y la T de Cu (19.6%). Sin embargo, dado que estos porcentajes son similares a los de su uso por la población general es difícil hacer una deducción acerca de cuál modelo de dispositivo produce traslocación intrauterina con mayor frecuencia.

En cuanto al tiempo de utilización del DIU se encontró que la mayoría de las pacientes tenían dos o menos años de la inserción del dispositivo y que casi un 20% tenían solo meses de usarlo. Se puede aseverar que no es necesario que pase mucho tiempo después de la inserción del dispositivo para que -- ocurra la traslocación.

En nuestra serie el método de localización con mayor frecuencia utilizado fue la histerografía (60.8%), no habiéndose reportado ningún caso de enfermedad pélvica inflamatoria secundaria al método. Esto contrasta con reportes anteriores de la literatura en que se reporta una frecuencia de hasta un 37% de contaminación endometrial posthisteroscopia (Lemus et al - 1971).

En los últimos años se le ha dado gran valor al ultrasonido con técnica de vejiga llena para la localización del -- DIU principalmente con situación intrauterina. Probablemente con el progreso en el área ultrasónica y el desarrollo de aparatos de mejor resolución, éste venga a ser el método más ido-

neo en la localización del DIU traslocado.

La eficiencia de la histeroscopia fue demostrada una vez más en la recuperación de 48/51 (94.1%) dispositivos traslocados. Hay que recordar que 56.9% de estas pacientes habían sido manipuladas previamente, sin éxito en la extracción del dispositivo.

En cuanto a la seguridad del procedimiento, es casi total. En nuestra serie se reporta una complicación menor del procedimiento (1.9%) y no se reporta ninguna complicación mayor quirurgico-anestésica.

Dada la eficiencia y seguridad del procedimiento debe considerarse a la histeroscopia no solamente como un método de segunda línea en la extracción del DIU traslocado con localización intrauterina, sino aún de primera línea para ciertos casos seleccionados.

## VI. CONCLUSIONES

1.- El DIU traslocado se localiza con mayor frecuencia dentro de la cavidad uterina.

2.- Los procedimientos de extracción del DIU traslocado más frecuentemente utilizados en un hospital de tercer nivel son la histeroscopia y el legrado uterino instrumental.

3.- El dispositivo más frecuentemente encontrado traslocado es el Asa de Lippes (50.9%) y la T de Cu (19.6%). Dado que estos porcentajes son similares a su frecuencia de uso en México (1979-1984) estos datos no pueden ser correlacionados de ninguna manera.

4.- No es necesario el que transcurra mucho tiempo -- después de la inserción del dispositivo para que ocurra la perforación parcial o total del miometrio. En la presente serie - 19.6% de los DIU tenían menos de un año de estar in situ.

5.- Los métodos radiológicos, especialmente los que usan medio de contraste (histerografía) son de gran valor en el diagnóstico de certeza y localización precisa del DIU traslocado.

6.- Los motivos más frecuentes del retiro del DIU -- traslocado son: traslocación diagnosticada, alteraciones menstruales, deseo de control definitivo de la fertilidad y el deseo de un nuevo embarazo.

7.- La histeroscopia es un método eficaz y seguro para la recuperación del DIU traslocado con localización intrauterina.

8.- La mayor parte de las pacientes que llegan a extracción del DIU por histeroscopia han sido manipuladas previamente con el propósito de extraer del dispositivo (consulta externa, sondas uterinas, legrado instrumental, etc).

## VII RESUMEN

Con el propósito de valorar la eficiencia y seguridad de la histeroscopia en la extracción del DIU traslocado intrauterino se realizó un estudio retrospectivo de 125 pacientes con DIU traslocado dirigido específicamente al análisis de 51 pacientes en que se usó la histeroscopia como método de extracción del dispositivo.

Se utilizaron los expedientes del archivo del HGO2 - del CMN del IMSS de Enero de 1979 a Febrero de 1984.

Se encontró el DIU con localización intrauterina en 104/125 casos. De éstos, 51/104 se extrajeron por histeroscopia.

Se encontró un predominio de la patología en pacientes de 21 a 35 años de edad, aunado a una baja paridad (3 o menos gestaciones).

Los dispositivos más frecuentemente encontrados fueron el Asa de Lippes (50.9%) y T de Cu (19.6%). La mayoría de las pacientes tenían dos años o menos tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la inserción del dispositivo.

El método más frecuentemente utilizado en la localización del DIU fue la histerografía (60.8%). Se extrajeron - - 48/51 DIU's completos mediante la histeroscopia y solamente se reportó una complicación menor del procedimiento (1.9%).

Se concluye que la histeroscopia es un método eficaz y seguro en la extracción del DIU traslocado con localización intrauterina.

1. Ansari A.H.: Diagnosis and Management of Intrauterine -- Device With Missing Tail. Obstet. Gynecol. 44:727, 1974.
2. Alvarado D. A.; Kably A. A.; Hinojosa M.M.: Extracción de Diu por Laparoscopia. Memorias del curso "Laparoscopia en Ginecología". AMGO, 1984.
3. Espósito J. M.: Perforation of the uterus secondary to -- insertion of IUD. Obstet. Gynecol. 28:799, 1966.
4. Friedman. J.; Pine H.L. : Radiographic localization of -- the ectopic intrauterine contraceptive device. Obstet. -- Gynecol. 27;814, 1966.
5. Kably A.A.; Alvarado D.A.: Aplicación de anillos de Yoon por Laparoscopia. Análisis de 1500 casos. Memorias del -- curso "Laparoscopia en Ginecología". AMGO 1984.
6. Lemus et al: Diagnóstico radiográfico de la transposición de los dispositivos intrauterinos. Rev Chilena Obst. y -- Ginec. 36:270, 1971.
7. Neuwirth R.S.: Hysteroscopy. W.B. Saunders and Company, -- Philadelphia, 1978.

8. Sciarra J.J.; Valle R.: Hysteroscopy: A clinical experience in 320 patients. Am J. Obstet. Gynecol. 127:340, 1977.
9. Siegler A.M.; Kemmann E.: Hysteroscopic removal of occult intrauterine contraceptive device. Obstet. Gynecol. -- 46:604, 1975.
10. Quiñonez R.; Alvarado D.A.: Hysteroscopic Sterilization en: Sciarra, S.: Advances in Female Sterilization Techniques. ed. Harper, p. 162, 1976.
11. Gentile G.P.; Siegler A.M.: The misplaced or missing-IUD Ostet. Gynecol Surv. 32:627, 1977.
12. Editorial: Missing threads. Lancet I:811,1979.
13. Valle R.F.; Sciarra J.J.; Freeman D.W.: Hysteroscopic - removal of intrauterine devices with missing filaments. Obstet. Gynecol. 49:55, 1977.
14. Husemeyer P.; Gordon H.: Retrieval of contraceptive device threads from with in the uterine cavity. Lancet -- I:807, 1979.
15. Valle R.F.; Freeman D.W.: Hysteroscopy in the localiza-

tion and removal of intrauterine devices with "Missing--Strings". Contraception. II: 161, 1975.

16. Zakin D. et al: Complete and Partial Uterine Perforation and Embedding Following Insertion of Intrauterine Devices. I. Obstet. Gynecol Surv. 35:335, 1981.
17. Zakin D. et al: Complete and Partial Uterine Perforation and Embedding following Insertion of IUD. 2. Obstet. Gynecol Surv 36:401, 1981.
18. Zakin D.; Stern W.Z.; Rosenblatt R.: Perforated and Embedded Intrauterine Devices. JAMA, 247:2147, 1982.