



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217

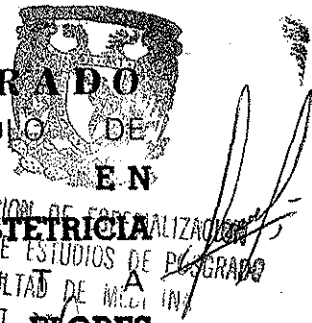
26

FACULTAD DE MEDICINA

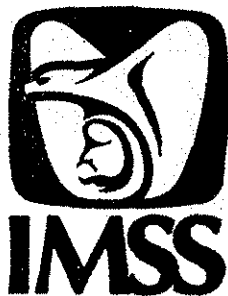
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUPO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

HISTEROSCOPIA Y/O LAPAROSCOPIA EN EL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS TRANSLOCADOS.

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. ALEJO BENITO BAUTISTA FLORES



ASESOR: DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ



CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Instituto de Enseñanza e Investigación

FEBRERO 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

## AGRADECIMIENTO.

**A Dios por permitirme vivir, amar y ser amado.**

A Rosa María por su amor incondicional, entrega, apoyo y aliento a mi superación profesional, de pareja y de familia : TE AMO Y GRACIAS.

A Miguel Ángel, Nahielly, Luis Ángel y (Jesús q. e. p. d.) por su amor, estímulo, aliento y respaldo a mi superación; LOS AMO y son un motivo de mi existencia.

A mis padres (María Félix y José de Jesús q. e. p. d.) y hermanos, porque al formar parte de su familia y tomarles como ejemplo sentaron bases para el principio, desarrollo y logros adquiridos hasta ahora: Los amo, los quiero y los tengo siempre presentes.

A mis suegros (Francisca, Moisés) cuñados (Ninfa, Margarita, Moisés y Francisco) por darme el mejor de los tesoros; su hija y hermana y porque en el seno de su familia he encontrado palabras de amor, apoyo y estímulo a la superación.

A mis maestros, los doctores que con amistad, entrega y sin escatimarlos inician y continúan retirando la venda de mi ignorancia. GRACIAS.

A las pacientes que son libro abierto, para el conocimiento, entendimiento y sabiduría.

A mis amigas y amigos que con sus palabras: Eres bueno, eres inteligente, ánimo, tú puedes, no desistas, hay la llevas, sigue adelante, ya falta poco, lo lograrás; entre muchas otras, retroalimentaron en mí la idea de llegar a la meta. GRACIAS.

# **I N D I C E**

<b>ANTECEDENTES CIENTIFICOS</b>	<b>1 – 10</b>
<b>PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>14</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>15-18</b>
<b>FLUJOGRAMA METODOLOGICO</b>	<b>19</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>20-23</b>
<b>COMENTARIOS Y CONCLUSIONES</b>	<b>24-25</b>
<b>CUADROS Y GRÁFICAS DE RESULTADOS</b>	<b>26-47</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>48-49</b>

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El dispositivo intrauterino es un importante método temporal de planificación familiar, moderno. Se ha estimado que en Estados Unidos, cerca del 90% de la población utiliza algún método de planificación familiar. (15). El dispositivo intrauterino es un método de fácil aplicación en la cavidad uterina y es el propuesto y difundido por el programa de *planificación familiar nacional que representa en México un programa prioritario en el sector salud sin costo*. Menciona la literatura que de enero a junio de 1992 se aplicaron 87 762 dispositivos T de Cu 380 (11).

El dispositivo intrauterino tal y como lo conocemos actualmente fue introducido en Alemania, en 1909 por Ríchter y desde entonces ha presentado modificaciones. Se tuvo una primera generación en los anillos de Graefenberg en 1907 y 1928; de inserción complicada y dolorosa (3). Una segunda generación es la representada por los dispositivos inertes cuyo diseño obedece al concepto de recuperación de la memoria al penetrar en la cavidad endouterina. Para insertarlos se utilizan tubos cilíndricos de 3-4 mm de diámetro y que son de material plástico, polietileno y con buena tolerancia; con una expulsión espontánea en grado variable, y con riesgo de perforación uterina. Como ejemplo de éstos se tiene a asa de Lippes. La tercera generación de los dispositivos intrauterinos son los medicados a los cuales se les agrega un metal, principalmente cobre; y como ejemplo de ellos se encuentra la T y el 7 de cobre que se colocan en el tallo vertical y/o en el tallo vertical y horizontal y que tienen una eficacia documentada hasta de un 94-95 % y con una duración que va de los 36 a 60 meses (5). Otro tipo de dispositivos medicados son el multiload 250 y 375 m. g. Con una duración de 3 a 5 años. Otros son el progestasert que contiene progesterona de liberación lenta, y el endoceptivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MECANISMO DE ACCION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

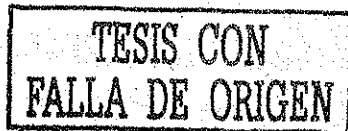
El mecanismo de acción es desconocido y aún no claro. Mencionan algunos autores que puede existir más de un mecanismo concomitante:

1.- Sobre los espermatozoides al impedir su ascenso a la trompa de Falopio ó reduciendo su habilidad para fertilizar al óvulo al generar cambios bioquímicos y celulares tóxicos.

2.- *Evidencia microscópica de fertilización y preimplantación alterada.*

3.- La ACOG aclara que los dispositivos intrauterinos no son micro abortivos como lo mencionan algunas organizaciones y que su principal efecto es generar un endometrio hostil que interfiere con la implantación (12,15).

4.- Al impedir la Implantación del huevo fecundado ya que se creé que la implantación se encuentra reducida en usuarias de DIU.



## REQUISITOS NECESARIOS PARA APLICAR EL DISPOSITIVO

### INTRAUTERINO.

Para utilizar de una manera confiada el dispositivo intrauterino existen indicaciones precisas; A decir: Mujeres multiparas monógamas, ausencia de historia de enfermedad sexualmente transmisible, ausencia de sintomatología de enfermedad pélvica inflamatoria, encontrarse en periodo de post parto, post aborto, transcesárea, lactancia; o bien en etapa de intervalo. De las contraindicaciones conocidas y recomendadas para no utilizar el dispositivo intrauterino se encuentran: El embarazo, la promiscuidad sexual, sintomatología del tracto genital como la hemorragia y las secreciones transvaginales, la distorsión significativa o agrandamiento de la cavidad uterina por miomas uterinos; existencia de una cavidad uterina menor de 6 cms. o mayor de 10;

Existencia de mayor susceptibilidad a infecciones como la encontrada en la leucemia y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y cuando existe antecedente de embarazo ectópico. (15).

Existen riesgos inherentes a la utilización del dispositivo intrauterino que varían de una hemorragia uterina transvaginal a la presencia de dolor abdominal leve , hasta un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); y dentro de las complicaciones más serias esta la perforación de útero que puede pasar desapercibida ó bien generar un cuadro de abdomen agudo (2,11,14).

De entre las complicaciones observadas con mayor frecuencia con el uso del DIU se encuentra su “pérdida”, “translocación”, “perforación”, “migración” ó “extrusión” , (completo ó fragmentado) de su ubicación in situ en la cual no se observan sus guías ó riendas propias del dispositivo a través del canal cervical (2,11,14).

## **CLASIFICACION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

### **TRANSLOCADOS.**

Se clasifica a los dispositivos intrauterinos translocados como sigue:

- a) El primer dato que hace sospechar el cambio en su ubicación es el no observar las guías o riendas propias del dispositivo y que es conocido como DIU secuestrado. (10,14).
- b) Con incrustación parcial en el miometrio y que solo abarca una parte del mismo. (14,4).
- c) Incrustación total en el que el dispositivo abarca todo el espesor del endometrio, miometrio y serosa. (2, 14, 4).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

d) El DIU se localiza en la cavidad pélvica que generalmente es secundario a una perforación completa del útero. (14, 9).

e) Cuando el dispositivo se localiza en el interior de una víscera que puede ser vejiga, intestino, en la pared abdominal ó en el espacio de Retzius (14,9).

### **FACTORES DE RIESGO DE TRANSLOCACION.**

De los factores de riesgo para la translocación de los dispositivos intrauterinos se menciona:

a) Destreza deficiente en la inserción.

b) Técnica deficiente en su inserción.

c) Estado o configuración del útero o del cervix alterados.

d) Si la mujer se encuentra lactando o no ya que se ha encontrado que en las mujeres que se encuentran en periodo de lactancia existe un mayor riesgo e índice de perforación (2,9).

Existen dos mecanismos de perforación de la matriz: Una perforación traumática inmediata que es la más aceptada y que es la que se presenta en el momento de la aplicación del dispositivo y, una perforación tardía que es secundaria a la presión propia del útero sobre el endometrio y el miometrio y que a la larga genera erosión y necrosis con perforación gradual de la pared del útero al intentar expulsar el mismo (14).

La perforación del recto sigmoides por un dispositivo intrauterino translocado es una complicación silenciosa y poco frecuente y según reportes; éstos son extraídos por vía rectal (7).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **SITIOS FRECUENTES DE LOCALIZACIÓN DE DIU**

### **TRANSLOCADOS.**

Los dispositivos translocados se han localizado en diversas partes de la cavidad abdominal y pélvica: Fondo de saco de Douglas, anexos, ligamento ancho, epiplón, apéndice epiploico, intestino delgado, colon, recto y vejiga (7,14). Existen reportes de casos de DIU translocados intravesicales que por desconocimiento de la técnica de aplicación, fueron aplicados a través de la uretra (8). También se han hecho estudios en los que se ha encontrado una asociación muy estrecha entre la lactancia y el mayor riesgo de perforación uterina, lo que se creó sea secundario a una mayor secreción de oxitocina por el proceso de la lactancia con la continua y constante contractilidad uterina y también debida a la disminución en los niveles de estrógenos corporales (9). La incidencia de la perforación uterina durante la aplicación de los dispositivos es reportada del 0.5 al 1 por 1000 inserciones (7) o de 1 en 350 a 1 en 2600 (10). En un estudio en Suecia en 50 mujeres con perforación uterina se reportó un rango de incidencia del 0 al 13 por 1000 aplicaciones de 1990 a 1993 (14). Con una variación en la incidencia dependiendo de la destreza del aplicador.

## **MOMENTOS DE APLICACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS**

### **INTRAUTERINOS Y TIEMPO DE RIESGO DE TRANSLOCACION.**

Los dispositivos intrauterinos se insertan transcesárea como una técnica segura de aplicación muy a la mano y cuya aplicación puede ser manual o con pinzas de anillos en la que se extraen las guías a través del cérvix. En el post parto inmediato post alumbramiento; y en ésta la colocación puede ser manual o con pinza de anillos con la

que se ha encontrado un mayor índice de perforaciones por ser un procedimiento a ciegas. Aplicación en periodo de intervalo la cual se lleva a cabo durante los primeros cinco días del periodo menstrual. Aplicación post legrado secundaria a aborto y el cual se coloca una vez evacuado el contenido del útero.

### **DIAGNÓSTICO.**

Existen diversos métodos que son útiles para la localización de un DIU translocado. Como un primer intento de determinar si el DIU se encuentra dentro de la cavidad uterina se descarta inicialmente un embarazo y se introduce un histerómetro; por medio de éste se detecta la presencia o ausencia del DIU dentro de la cavidad. Para su localización se emplean además artificios y técnicas entre las que se encuentran placas simples de rayos x pélvicas ó abdominales; placas de rayos x con medio de contraste; que son empleadas con propósito de excluir expulsión inadvertida y espontánea del dispositivo (2,11). Se emplea también rastreo ultrasonográfico pélvico ó abdominopélvico y la histerosonografía que se emplea principalmente cuando las radiografías simples y el ultrasonido no son concluyentes; además se ha utilizado la introducción de aditamentos como referencia para la localización de los DIU entre los que se encuentra la introducción de otro dispositivo o bien la introducción in situ de una sonda de fóley, cuyo globo es llenado con medio de contraste (6,11).

### **TRATAMIENTO.**

Se han empleado clamp's o ganchos para intentar la extracción; también se han empleado citobrush cilíndricos (6), cánulas de Novak ó de Randall, realización de

legados y mas recientemente la utilización de procedimientos endoscópicos como la histeroscopia y la laparoscopia.

### **HISTEROSCOPIA.**

De el Griego Histero-Útero y Skopeo-Visualización (11).

Es Procedimiento de cirugía mínima invasiva que consiste en la visualización de la cavidad uterina cuyo origen se remonta al Talmud de Babilonia. La "visualización" es un concepto integrado por Avicena (980-1037 a.c.) y atribuida al médico Árabe Albukassim (912-1013). (3).

El origen de la luz endoscópica es atribuida a Julio César Aranzi (1587) al describir la aplicación médica de la cámara obscura que fue inventada por los monjes Benedictinos.

La histeroscopia como procedimiento reciente en humanos se lleva a cabo en 1869 por Pantaleóni (11). A través de la cual inclusive reseca un pólipo endometrial. Desde entonces la histeroscopia se ha desarrollado con altibajos hasta tiempo reciente en que se cuenta con poderosas fuentes de iluminación, diversos medios de distensión, sistemas ópticos y operatorios que permiten acercamientos y tratamientos no sospechados.

**INDICACIONES PARA LA HISTEROSCOPIA.**

Se dividen en cuatro grupos:

- 1) Esterilidad.
- 2) Pérdida repetida de la gestación.
- 3) Trastornos menstruales.
- 4) Otras.

Dentro de las indicaciones específicas en que se ha demostrado utilidad diagnóstica ó terapéutica están:

- a) anomalías uterinas congénitas.
- b) Adherencias intrauterinas.
- c) Obstrucción tubárica proximal.
- d) Miomatosis uterina.
- e) Extracción de cuerpos extraños entre los que se encuentran los dispositivos intrauterinos.

**LAPAROSCOPIA.**

El nacimiento de la endoscopia moderna es atribuido a Bozzini (1807) al crear el primer reflector de luz que consiste en un aparato que dirige los rayos de luz a las cavidades interna de los cuerpos. (11,13). La primera práctica endoscópica se lleva a cabo en París el 29 de noviembre de 1855 por Desormeaux. En la endoscopia abdominal, el pionero fue Stein en Frankfurt a principios del año 1874 (13).

El uso de la endoscopia ginecológica para la localización y para la extracción de dispositivos intrauterinos translocados es de mucha utilidad para evitar manipulaciones a ciegas que pueden ser causa de hemorragia, perforación o daño visceral.

Con la introducción de la laparoscopia se pueden llevar a cabo procedimientos diagnósticos o terapéuticos a nivel pélvico y actualmente a nivel abdominal al permitir realizar observaciones macroscópicas de diversas patologías al observarse cambios en la morfología normal de estructuras observadas, y microscópicamente al facilitar toma de muestras para estudio citológico, bacteriológico y patológico, permitiendo así al laparoscopista establecer diagnósticos precisos, pronósticos adecuados y realizar tratamientos específicos. La cirugía laparoscópica se recomienda cuando el dispositivo intrauterino se encuentra fuera de la cavidad uterina y se recurre a la laparotomía cuando por laparoscopia se descubren procesos adherenciales severos y no es posible con este procedimiento la extracción (2,3).

### **REQUISITOS NECESARIOS PARA LA EXTRACCION ENDOSCOPICA DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS TRANSLOCADOS.**

Los requisitos que se deben reunir para la extracción son:

- Localización adecuada del DIU.
- Ausencia de contraindicación.
- Ausencia de perforación de víscera hueca.
- Ausencia de peritonitis.
- Administración preoperatorio de antimicrobianos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **VENTAJAS DE LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS.**

Dentro de las ventajas de los procedimientos endoscópicos se encuentran: Mejor visualización, diagnóstico y tratamiento simultáneos, menor trauma tisular, reducida formación de adherencias y facilita modalidades de otros tratamientos, además de contar con bajas tasas de complicaciones y bajos costos por estancia hospitalaria breve y por lo tanto mejores beneficios para la paciente, la familia y la sociedad (11,13).

### **CONTRAINDICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA/LAPAROSCOPIA.**

Existen contraindicaciones bien documentadas de la histeroscopia y la laparoscopia.

**ABSOLUTAS:** Embarazo, carcinoma cervicouterino, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) e inexperiencia del cirujano.

**RELATIVAS.** Adherencias externas, tabique uterino severo, endometriosis, tuberculosis pélvica o abdominal, miomas mayores de 3 cms. Ó que ocupen mas del 50% de la cavidad, inestabilidad psicológica, discrasias sanguíneas, hemorragia activa, estenosis cervical así como enfermedad infecciosa aguda.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De los métodos de planificación familiar que el grupo de mujeres en edad reproductiva utiliza, el dispositivo intrauterino (DIU) representa uno excelente para el control de la natalidad, de fácil aplicación y con una eficacia y seguridad de hasta un 94-95 % en la población Mexicana y propuesta y difundida por el programa de planificación familiar nacional, sin costo. Las complicaciones de la aplicación y uso del DIU que son reportadas en un 2 a un 9% van desde una translocación asintomática, hasta un cuadro franco de abdomen agudo, y que son consecuencia de la translocación completa o fragmentada de los dispositivos. Los métodos utilizados para la localización de los DIU translocados son: visualización cervical, estudios de rayos x simples, estudios de rayos x especiales y el ultrasonido.

Existen diversas técnicas para la extracción de los dispositivos intrauterinos translocados, entre las que se encuentra el uso de cánulas, ganchos, histeroscopia, laparoscopia e incluso hasta la laparotomía exploradora; pero existe poca información al respecto, para evaluar la verdadera utilidad de la histeroscopia y la laparoscopia como procedimientos endoscópicos lo que nos genera la siguiente pregunta.

¿QUE EFECTIVIDAD TIENE LA ENDOSCOPIA GINECOLOGICA  
(HISTEROSCOPIA Y/O LAPAROSCOPIA) PARA LA LOCALIZACION Y  
EXTRACCION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS TRANSLOCADOS?



### JUSTIFICACION.

La translocación de los dispositivos intrauterinos completos o fragmentados de su sitio de aplicación original en la cavidad uterina, representa una de las causas de envío de clínicas de primero y segundo nivel de atención médica al hospital de gineco obstetricia no.3 CMN La Raza de tercer nivel de atención médica (servicio de biología de la reproducción), ameritando una metodología para su diagnóstico y tratamiento que no esta bien delimitada ya que se hace en los diferentes niveles de atención iniciando desde sus unidades de origen y complementándose en nuestro hospital. Habitualmente en el servicio de biología de la reproducción de nuestro hospital se realizan procedimientos endoscópicos cuando no ha sido posible su extracción en otros niveles y con técnicas habituales entre las que se encuentran la espéculoscopia, el uso de cánulas y ganchos, y la realización de legrados. Ante este planteamiento se hace necesario conocer en que medida y porcentaje resultan de utilidad los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados en Biología de la Reproducción de este hospital en la resolución de la translocación de los dispositivos intrauterinos.



**OBJETIVOS****GENERAL:**

*Evaluar la utilidad de la histeroscopia, la laparoscopia y la histeroscopia/laparoscopia tanto diagnóstica como terapéutica para la localización y extracción de los dispositivos intrauterinos translocados.*

**ESPECIFICOS:**

*. Evaluar el riesgo - beneficio del diagnóstico y tratamiento de las pacientes con dispositivo intrauterino translocado.*

*. Conocer y determinar las complicaciones de las pacientes diagnosticadas y tratadas por dispositivo intrauterino translocado.*

*. Establecer los porcentajes de efectividad de la histeroscopia, laparoscopia, histeroscopia/ laparoscopia tanto diagnóstica como terapéutica así como laparotomía en pacientes portadoras de dispositivo intrauterino translocado.*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **HIPOTESIS**

El uso de la histeroscopia y la laparoscopia diagnósticas y terapéuticas en pacientes con dispositivo intrauterino translocado incrementan las posibilidades de extracción en pacientes con intentos previos fallidos de localización o extracción.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MATERIAL Y METODOS.****LUGAR:**

Servicio de Biología de la reproducción del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional " La Raza " Delegación 2 Noroeste del Distrito Federal; Hospital Amigo del Niño y de la Madre de Tercer Nivel de Atención Médica y de Concentración, a donde son referidas pacientes de el Estado de México y del Estado de Hidalgo.

**TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo, retrospectivo, transversal.

**POBLACION:****CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 1.- Pacientes referidas.
- 2.- Diagnóstico de dispositivo intrauterino translocado por alguno de los siguientes métodos: Rayos X simples AP o Laterales; Rayos X con medio de contraste, y ultrasonografía pélvica con imagen de DIU.
- 3.- Intento de extracción con cánula de Randall, Novack, Citobrush, ó legrados fallidos.

**CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

- 1.- Sin confirmar diagnóstico de translocación después de derivación por esta razón.
- 2.- Pacientes a quienes se les realizó procedimiento endoscópico previo.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- 1.- Falta información a través del expediente
- 2.- No encontrar el expediente

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Muestra a conveniencia.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**UNIVERSALES O DEMOGRÁFICOS:****METODOLOGIA:**

Se incluirán mujeres enviadas del primero y segundo nivel de atención médica con diagnóstico de dispositivo intrauterino translocado, quienes son evaluadas en la preconsulta de biología de la reproducción, de donde son enviadas a realización de historia clínica y en donde se le solicitan exámenes de laboratorio preoperatorios y se les otorga una nueva cita subsecuente a la consulta externa de biología de la reproducción donde son evaluadas integralmente con resultados de laboratorio y gabinete y una vez completo su protocolo de estudio se les propone la realización de histeroscopia, laparoscopia, histeroscopia con laparoscopia a la vez y/o laparotomía diagnóstica terapéutica según se requiera el caso.

**HISTEROSCOPIA:** Bajo anestesia local, regional, ó general, se realiza asepsia y antisepsia de la región abdominal, perineal, vulvar y genital, colocación de campos estériles y en posición de litotomía no forzada se localiza el cérvix con toma o no de algún labio cervical con pinza de Pozí, dilatación cervical con dilatadores de Hegar

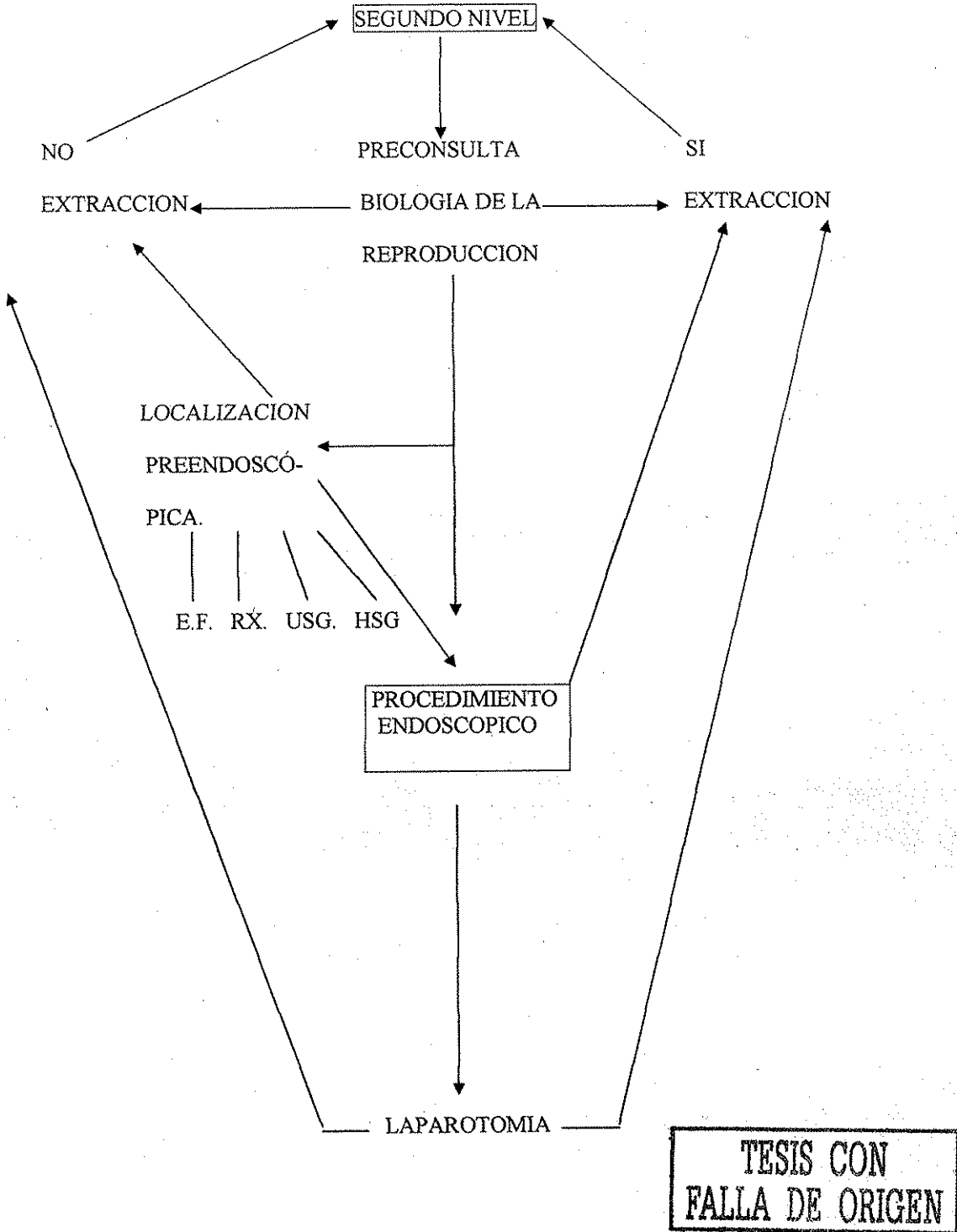
cuando se requiera; se introduce telescopio montado en camisa diagnóstica ú operatoria, y una vez instalados los sistemas de iluminación y distensión se avanza hacia la cavidad después de inspeccionar el canal endocervical y el orificio cervical interno. Una vez dentro de la cavidad uterina con la adecuada distensión líquida; se realiza una inspección panorámica y después otra detallada incluyendo paredes uterinas, ostium tubários y la patología encontrada se procederá ó no con algún procedimiento operatorio. Terminada la histeroscopia se retira el instrumental, se verifica hemostasia y se da por terminado el procedimiento.

LAPAROSCOPIA: Bajo anestesia general endovenosa, con paciente en decúbito supino, se procede a realizar asepsia y antisepsia de la región abdominal, perineal, vulvar, sondeo vesical, colocación de movilizador uterino y de campos estériles; se procede a realizar incisión en rodete inferior de cicatriz umbilical no mayor de un centímetro, se coloca a la paciente en posición de trendelemburg, colocación de aguja de Veress en cavidad abdominal y paso a su través de Co2 a la velocidad de 1-3 litros por minuto. Se retira la aguja y se pasa trocar primario Núm. 10 a cavidad, se retira el trocar y se introduce el laparoscopio y a la observación por el endoscopista se realiza primeramente una exploración panorámica, después se realiza una exploración mas minuciosa; durante la exploración laparoscópica deben revisarse cuidadosamente el sitio de punción, las estructuras abdominales y posteriormente descender a la cavidad pélvica para la observación cuidadosa y detallada así como comparativa de útero, trompas de Falopio, ovarios; registrando con precisión sus dimensiones, forma, color, consistencia y movilidad; siendo indispensable seguir un método; se sugiere iniciar por útero, seguir por fondos de saco, ligamentos redondos, ligamentos uterosacros, ligamen-

tos infundibulopélvicos, etc. al terminar el procedimiento, se retira el laparoscopio y el gas a través de la camisa, y finalmente, ésta con la válvula oprimida para evitar el mecanismo de succión; se cierra la incisión con un punto y se da por terminado el procedimiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FLUJOGRAMA METODOLOGICO.



## RESULTADOS.

Del 4 de enero de 1999 al 7 de junio del 2001 se recaba información de 48 pacientes enviadas de 1º. Y 2º. Nivel de atención médica al servicio de Biología de la Reproducción (BR) del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico La Raza con diagnóstico de Dispositivo Intrauterino (DIU) translocado, de los cuales solo se pudo recabar información completa ó bien complementándola con cada paciente vía telefónica, para el llenado de la cédula de recolección de datos de 43 de ellas (100%). El rango de edad que con mayor frecuencia se encontró fue el de 26-30 años con una frecuencia de 13 casos (30.2%).

### ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES:

La escolaridad más frecuente de las pacientes fue la secundaria con una frecuencia de 22 casos (51.5%), y la menos frecuente con 2 casos fue el nivel técnico (4.6%).

### ESTADO CIVIL:

El estado civil observado con una mayor frecuencia fue el de casadas, en el que se encuentran 38 casos (88.3%) y el mínimo fue el de las de unión libre con 2 casos (4.6%).

### RELIGION DE LAS PACIENTES:

De acuerdo a la religión de las pacientes se encontró que 42 de ellas (97.6%) pertenecen a la católica y solo 1 (2.3%) a la evangélica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

En relación a los antecedentes obstétricos se encontró que 17 pacientes (39.5%) tuvieron un embarazo previo y una de las 43 había tenido 6 embarazos previos (2.3%); 10 pacientes (23.3%) tuvieron un parto y una paciente (2.3%) tuvo 6 partos previos al estudio; al evaluar abortos, se encontró que 7 pacientes (16.3%) tuvieron por lo menos un aborto previo y que 3 (7.0%) tuvieron 2 y para cesáreas se encontró que a 16 pacientes (37.2%) se les había realizado una cesárea previa y a 11 (25.6%) se le habían realizado 2 antes del estudio.



**UNIDAD DE ORIGEN:**

Con respecto a la unidad de origen se observa que la mayor frecuencia de envíos con diagnóstico de DIU translocado fue el Hospital de gineco obstetricia 27 de Tlatelolco con 7 casos (16.2%) y siguiéndole en frecuencia el Hospital General de Zona 57 con 6 casos (13.9%) y 14 unidades con un solo caso y un porcentaje del 2.3% cada una.

**SITIO DE APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO:**

Del hospital o la clínica que aplicó los dispositivos intrauterinos y que posteriormente de alguna manera se translocaron se encontró que el Hospital de Gineco obstetricia Tlatelolco aplicó 8 (18.6%) y siguiéndole en frecuencia los Hospitales General de zona 98,68, y 72 con 4 casos (9.3%) cada uno respectivamente; observándose que 12 unidades aplican 1 cada una de ellas con un porcentaje de (2.3%).

**PERSONA QUE APLICÓ EL DISPOSITIVO:**

En relación a la persona que aplicó el dispositivo; a 41 pacientes (95.4%) se los aplica médico Ginecoobstetra y a 2 (4.7%) médico general.

**MOMENTO DE APLICACIÓN DE DIU.**

El momento durante el cual se aplicaron los dispositivos translocados fue encontrado con mayor frecuencia en periodo postnacimiento en un número de casos de 36/43 (83.8%) y una frecuencia mínima de 2/43 casos (4.6%) postlegado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MOMENTO DE APLICACIÓN DEL DIU EN RELACION CON EVENTO OBSTETRICO.

Tomando en cuenta el momento de aplicación del DIU en relación a evento obstétrico se encontraron 38/43 casos (88.2%) para postevacuación y 5/43 casos (11.6%) para intervalo y al realizar el análisis de postevacuación se encontró que transcesárea fueron 21/43 casos con un (48.8%), posparto 15/43 casos (34.8%), y 2/43 (4.6%) postlegrado.

### CARACTERISTICAS DEL DIU T DE CU.

Al examinar las características del DIU se encontró completo en 38 pacientes (88.3%) y fragmentado en 5 (11.6%).

### SINTOMATOLOGIA PRESENTADA Y ASOCIADA A DIU TRANSLOCADO:

De la sintomatología que generó la translocación del DIU predominó el dolor asociado a menstruación alterada en 22 pacientes (50.8%) y siguiéndole en frecuencia la ausencia de síntomas en 16 casos equivalente a (37.2%) y la menstruación alterada sola se presenta en 5 pacientes (11.5%).

### TIEMPO DESDE APLICACIÓN DEL DIU HASTA INICIO DE ESTUDIO:

El tiempo transcurrido desde la aplicación de los dispositivos intrauterinos hasta el inicio de estudio se encontró en 11 pacientes (25.5%) en un lapso de 6l meses y más, siguiéndole en frecuencia 10 pacientes (23.3%) en el periodo comprendido entre los 51 y 60 meses y una mínima frecuencia de una paciente (2.3%) en el periodo comprendido de 1-10 meses.

### INTENTOS DE EXTRACCION DEL DIU.

Al examen de resultados se encontró que a 15 pacientes (34.8%) se le realizan hasta 3 intentos de extracción previos al inicio de estudio seguido de 12 pacientes (27.9%) a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

quien se le realizan 2 intentos; a una paciente (2.3%) 6 intentos y por último a 1 (2.3%) hasta 7 intentos fallidos.

#### MÉTODOS UTILIZADOS PARA LOCALIZAR EL DIU.

Los métodos utilizados para localizar los DIU translocados, mas frecuentemente utilizados fueron los rayos X mas el UESG en 18 pacientes (41.8%); seguido de rayos X simple en 8 pacientes (18.6%) y tomando en cuenta a las pacientes en quienes se utiliza Rx. Simples ó con medio de contraste sumaron 36 pacientes y un porcentaje de (83.7%).

#### MÉTODO UTILIZADO PARA LA EXTRACCIÓN DEL DIU. (34 de 43 pacientes)

La extracción fue realizada por histeroscopia en 26/34 pacientes (76.4%), seguida de la laparoscopia que se empleó en 4/34 pacientes (11.7%); la histeroscopia tipo consultorio se realiza en 1/34 pacientes (2.9%); la laparotomía, la mini laparotomía y la rectoscopia se emplea cada una de ellas en una sola paciente con un porcentaje de 2.9% cada una; anotando que la laparotomía se lleva a cabo por ser la paciente portadora de útero bicorne izquierdo y con DIU intramiométrial y la mini laparotomía se hace necesaria por encontrar adherencias epiploicas a pared abdominal.

#### UBICACIÓN DEL DIU DURANTE LA LOCALIZACIÓN Y/O EXTRACCIÓN:

La ubicación de los DIU translocados fue in útero en 24 pacientes (55.8%), fuera de el útero en 3 pacientes (6.9%); hacia cavidad uterina en 25 pacientes (71.4%) y hacia cavidad pélvica en 3 pacientes (8.5%).

#### ÉXITO EN LA EXTRACCIÓN:



Se logró con éxito la extracción en 34 pacientes con un porcentaje equivalente al 79.06% y hubo intentos fallidos de extracción en 9 pacientes con un porcentaje del 20.93%

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES:**

A pesar de que el Dispositivo Intrauterino es un buen método de planificación familiar utilizado en nuestro país existen complicaciones relacionadas fundamentalmente con la inserción que vale la pena analizar.

Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de los métodos Endoscópicos ginecológicos para localizar y extraer los Dispositivos Intrauterinos translocados que, siendo una complicación poco frecuente, puede causar sintomatología que amerite su extracción o siendo asintomática, puede provocar secuelas.

Las variables universales del grupo de 43 mujeres estudiadas muestran que la ocurrencia de la translocación es más frecuente entre los 26 y 35 años, seguramente porque también es la edad en que se utiliza con mayor frecuencia, que el 88.3% de ellas es casada, lo que traduce la importancia de recurrir a un método anticonceptivo seguro y cómodo en mujeres que ya han tenido por lo menos un evento obstétrico (76.8% del total) y tienen una relación de pareja estructurada.

Vale la pena comentar que 7 pacientes (16.2%) fueron referidos de el HGO No.27 de Tlatelolco y del Hospital General de Zona 57 (13.9%).

Llama la atención que también el HGOT 27 fue el de mayor producción de DIU translocado (18.6%). Estos dos resultados pueden estar relacionados con el procedimiento de inserción o simplemente deberse a la población atendida en cada una de estas unidades, circunstancia que escapa al objetivo de este trabajo.

En cuanto al momento de aplicación del DIU, el 100% de los DIU's extraídos (34) fueron aplicados en relación a algún evento obstétrico, en donde resalta la aplicación transcesárea (48.8% del total).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Llama la atención que en el 37.2% de las pacientes no hubo sintomatología que hiciera sospechar la translocación y esta fue detectada al realizar algún estudio por otras razones o al intentar extraer el DIU.

A pesar de que el abordaje diagnóstico y terapéutico en estas pacientes no está sistematizado, fundamentalmente porque las primeras consultas son otorgadas en diferentes unidades de diferentes niveles de atención, independientemente de cómo fue localizado o los diferentes intentos de extracción previos (media de 4 y un rango de 6), estas pacientes son derivadas a un tercer nivel de atención con información no estandarizada en cuanto a las posibilidades de localización y extracción a través de métodos Endoscópicos y de hecho, en algunas de ellas, es posible retirar el DIU en el consultorio durante la primera consulta, pero la mayoría de ellas no permiten una nueva exploración.

En 34 de los 43 casos analizados (79.06%) fue posible localizar y extraer el DIU o su fragmento a través de algún método endoscópico lo que resalta nuevamente la bondad de los procedimientos de mínima invasión. A pesar de ello existe la posibilidad de no localizar y por lo tanto no extraer el DIU a través de esta metodología (20.93%) sobre lo cual deben ser advertidas las pacientes inclusive desde su unidad de derivación ya que aún por laparotomía este porcentaje no variará en gran forma.

#### CONCLUSIONES:

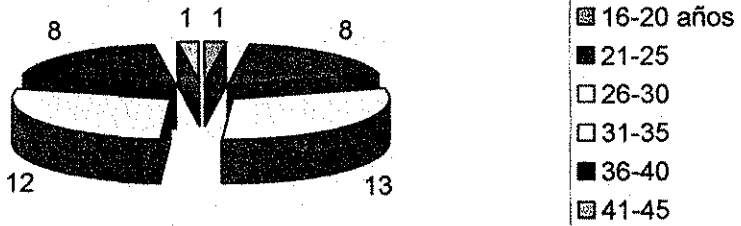
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1- Los métodos Endoscópicos ginecológicos (laparoscopia e histeroscopia) tienen un 88.1% de éxito al localizar y extraer un Dispositivo Intrauterino translocado.
- 2- Esta probabilidad de éxito depende en gran forma de la secuencia diagnóstica para localizar al Dispositivo Intrauterino en forma precisa antes de la cirugía a través de otros métodos no o poco invasivos como la radiología y la ultrasonografía.
- 3- Existe una probabilidad del 20.93% de no localizar y por lo tanto no extraer el Dispositivo Intrauterino a través de esta metodología, probabilidad que debe ser conocida por la paciente al iniciar la secuencia diagnóstica terapéutica ya que aún una laparotomía no disminuirá en gran forma esta probabilidad.

## EDAD DE LAS PACIENTES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16-20 años	1	2.3
21-25	8	18.6
26-30	13	30.2
31-35	12	27.9
36-40	8	18.6
41-45	1	2.3
TOTAL	43	100.0

## Edad de las pacientes

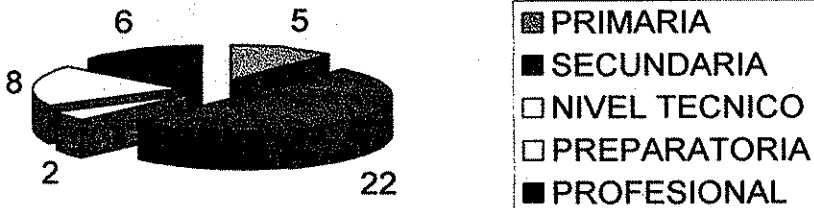


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ESCOLARIDAD MAXIMA DE LAS PACIENTES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	5	11.6
SECUNDARIA	22	51.1
NIVEL TECNICO	2	4.6
PREPARATORIA	8	18.6
PROFESIONAL	6	13.9
TOTAL	43	100.0

**Escolaridad máxima de las  
pacientes.**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	38	88.3
SOLTERA	3	6.9
UNION LIBRE	2	4.6
TOTAL	43	100.0

Estado civil de las pacientes.



RELIGION DE LAS PACIENTES.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	42	97.6
EVANGELISTA	1	2.3
TOTAL	43	100.0

Religión de las pacientes.



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

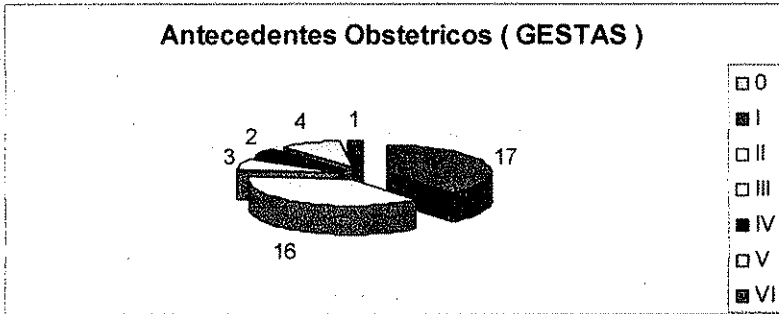


## ANTECEDENTES OBSTETRICOS

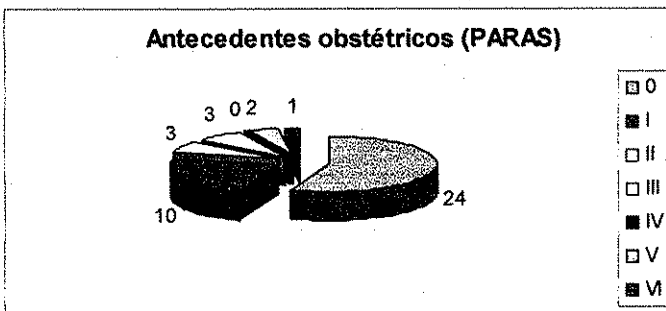
	G E S T A		P A R A		A B O R T O S		C E S A R E A S	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0			24	55.8	33	76.7	16	37.2
I	17	39.5	10	23.3	7	16.3	16	37.2
II	16	37.2	3	7.0	3	7.0	11	25.6
III	3	7.0	3	7.0	0	0.0	0	0.0
IV	2	4.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
V	4	9.3	2	4.7	0	0.0	0	0.0
VI	1	2.3	1	2.3	0	0.0	0	0.0
JBTOTAL	43	100.0	19	34.3	10	23.3	27	62.8
TOTAL	43	100.0	43	100.0	43	100.0	43	100.0

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

G E S T A		
	Frecuencia	Porcentaje
0		
I	17	39.5
II	16	37.2
III	3	7.0
IV	2	4.7
V	4	9.3
VI	1	2.3
TOTAL	43	100.0

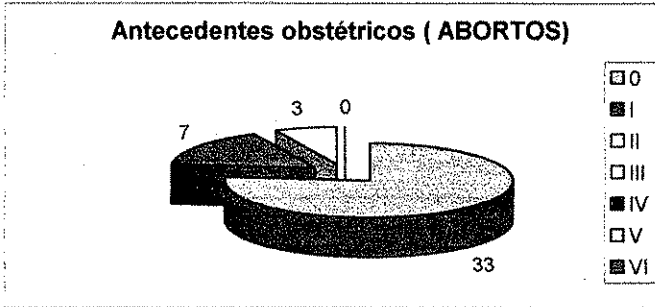


P A R A		
	Frecuencia	Porcentaje
0	24	55.8
I	10	23.3
II	3	7.0
III	3	7.0
IV	0	0.0
V	2	4.7
VI	1	2.3
TOTAL	43	100.0

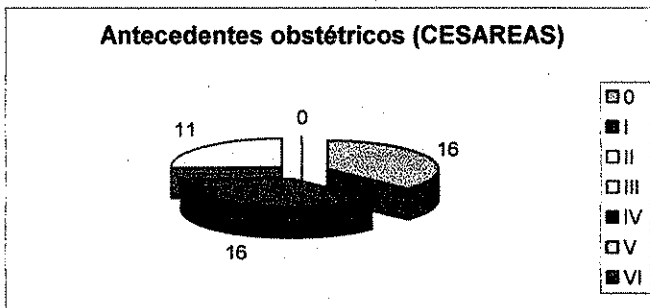


**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

A B O R T O S		
	Frecuencia	Porcentaje
0	33	76.7
I	7	16.3
II	3	7.0
III	0	0.0
IV	0	0.0
V	0	0.0
VI	0	0.0
TOTAL	43	100.0



C E S A R E A S		
	Frecuencia	Porcentaje
0	16	37.2
I	16	37.2
II	11	25.6
III	0	0.0
IV	0	0.0
V	0	0.0
VI	0	0.0
TOTAL	43	100.0



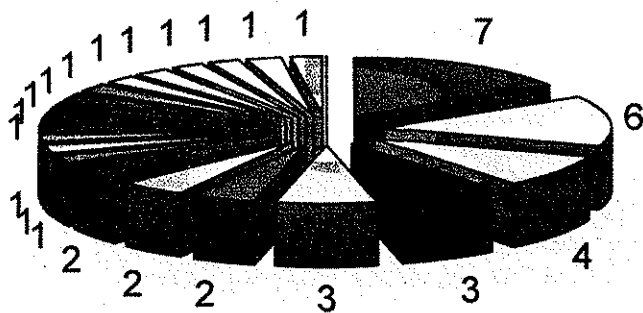
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## UNIDAD DE ORIGEN

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
H. G. O. T. 27	7	16.2
H. G. Z. 57	6	13.9
H. G. Z. 194	4	9.3
H. G. Z. 98	3	6.9
H. G. O. 13	3	6.9
H. G. P. 3 A	2	4.6
H. G. Z. 76	2	4.6
H. G. Z.1 Pachuca Hidalgo.	2	4.6
H. E. C. M. R. Coloproctologia	1	2.3
H. G. Z. 6 Tepeji Hgo.	1	2.3
H. G. Z. 68	1	2.3
H. G. C. M. R.	1	2.3
H. G. R. 72	1	2.3
U. M. F. 94	1	2.3
U. M. F. 191	1	2.3
U. M. F. C/GZ 3	1	2.3
H. G. Z. Toluca	1	2.3
H. G. Z. 8 Cd. Saagun Hgo.	1	2.3
H. G. O. 3 C. M. R	1	2.3
H. G. Z. Troncoso	1	2.3
U. M. F. 92	1	2.3
H. G. Z. Tulancingo Hgo.	1	2.3
TOTAL	43	100.0

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### Unidad de origen.



- H.G.O.T. 27
- H.G.Z. 57
- H.G.Z. 194
- H.G.Z. 98
- ▣ H.G.O.13
- H.G.P. 3 A
- ▣ H.G.Z. 76
- H.G.Z. 1 Pach. Hgo.
- ▣ H.E.C.M.R. Coloprocto.
- H.G.Z. 6 Tepeji Hgo.
- ▣ H.G.Z. 68
- H.G.C.M.R.
- H.G.R. 72
- U.M.F. 94
- U.M.F. 191
- ▣ U.M.F. C/GZ 3
- H.G.Z. Toluca
- H.G.Z. 8 Cd. Saagun Hgo.
- H.G.O. 3 C.M.R.
- ▣ H.G.Z. Troncoso
- ▣ U.M.F. 92
- ▣ H.G.Z. Tulancingo Hgo.

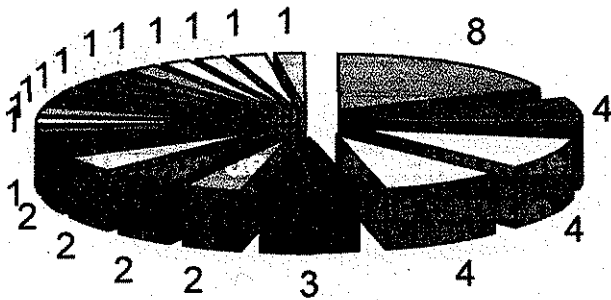
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## SITIO DE APLICACIÓN DEL DIU.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
H. G. O. T. 27	8	18.6
H. G. Z. 98	4	9.3
H. G. Z. 68	4	9.3
H. G. R. 72	4	9.3
H. G. O. 13	3	6.9
H. G. Z. 194	2	4.6
H. G. O. 3 C. M. R.	2	4.6
H. G. Z. 1 Pach. Hgo.	2	4.6
H. G. P. 3 A	2	4.6
U. M. F. 41	1	2.3
H. G. O. 4	1	2.3
H. G. Z. Tepeji Hgo.	1	2.3
H. G. Z. 3	1	2.3
H. G. Z. 57	1	2.3
H. G. Z. 94	1	2.3
H. G. Z. Troncoso	1	2.3
H. G. Z. 76	1	2.3
H. G. Z. Toluca	1	2.3
H. G. Z. 8 Cd. Saagun.	1	2.3
U. M. F. 97	1	2.3
H. G. O. C/M. F. 60	1	2.3
TOTAL	43	100.00

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Sitio de aplicación del DIU.



- H.G.O.T. 27
- H.G.Z. 98
- H.G.Z. 68
- H.G.R. 72
- H.G.O. 13
- H.G.Z. 194
- H.G.O. 3 C.M.R.
- H.G.Z. 1 Pach. Hgo.
- H.G.P. 3 A
- U.M.F. 41
- H.G.O. 4
- H.G. Z. Tepeji Hgo.
- H.G.Z. 3
- H.G.Z. 57
- H.G.Z. 94
- H.G.Z. Troncoso
- H.G.Z. 76
- H.G.Z. Toluca
- H.G.Z. 8 Cd. Saagun.
- U.M.F. 97
- H.G.O. C.M.F. 60

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## PERSONA QUE APLICÓ EL DISPOSITIVO

	Frecuencia	Porcentaje
Médico general	2	4.7
Médico Ginecoobstetra	41	95.4
Total	43	100.0

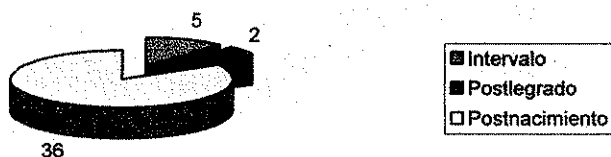
## Persona que aplicó el DIU.



## MOMENTO A LA APLICACIÓN DE EL DIU:

	Frecuencia	Porcentaje
Intervalo	5	11.6
Postlegado	2	4.6
Postnacimiento	36	83.6
Total	43	100.0

## Momento a la aplicación del DIU



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## MOMENTO DE APLICACIÓN DEL DIU EN RELACION CON EVENTO OBSTETRICO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTERVALO	5	11.6
POSTEVACUACIÓN	38	88.2
TOTAL	43	100.0

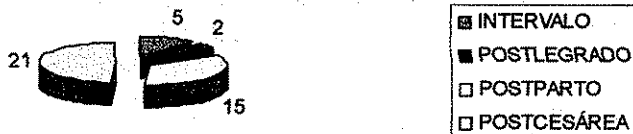
## Momento de aplicación del dispositivo en relación con evento obstétrico.



## MOMENTO DE APLICACIÓN DEL DIU EN RELACIÓN CON EVENTO OBSTETRICO.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTERVALO	5	11.6
POSTLEGRADO	2	4.6
POSTPARTO	15	34.8
POSTCESÁREA	21	48.8
TOTAL	43	100.0

## Momento de aplicación del DIU en relación con evento obstétrico.

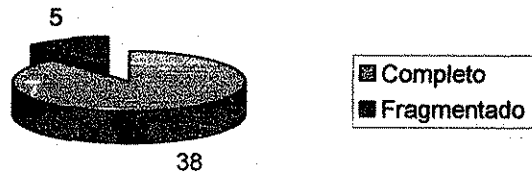


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CARACTERISTICAS DEL DIU T DE CU:

	Frecuencia	Porcentaje
Completo	38	88.3
Fragmentado	5	11.6
Total	43	100.0

## Características del DIU T de Cu.

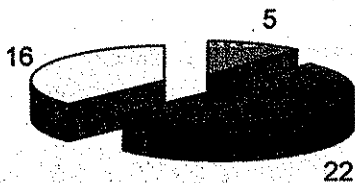


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SINTOMATOLOGIA PRESENTADA Y ASOCIADA A DIU TRANSLOCADO

	Frecuencia	Porcentaje
Menstruación Alterada	5	11.5
Dolor Asociado a Menstruación Alterada	22	50.8
Ninguna	16	37.2
Total	43	100.0

**Sintomatología presentada y asociada a  
DIU translocado.**



- Menstruación Alterada
- Dolor Asociado a Menstruación Alterada
- Ninguna

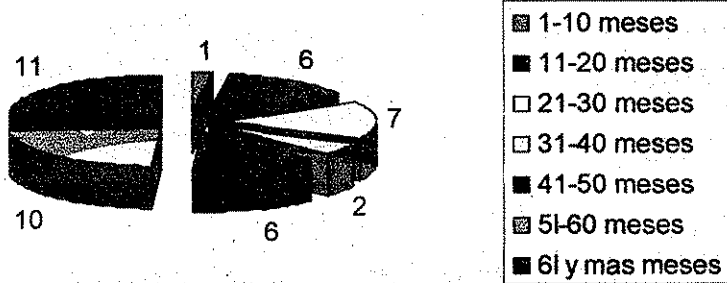
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TIEMPO DESDE APLICACIÓN DEL DIU HASTA INICIO DE ESTUDIO**

	Frecuencia	Porcentaje
1-10 meses	1	2.3
11-20 meses	6	14.0
21-30 meses	7	16.3
31-40 meses	2	4.6
41-50 meses	6	14.0
51-60 meses	10	23.3
61 y mas meses	11	25.5
Total	43	100.0

48.8 %

**Tiempo desde aplicación del DIU hasta inicio de estudio.**



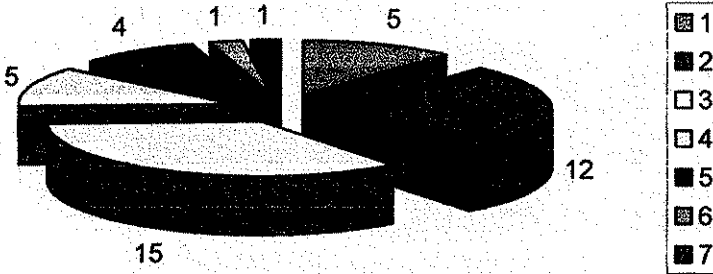
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTENTOS DE EXTRACCION DEL DIU.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	5	11.6
2	12	27.9
3	15	34.8
4	5	11.6
5	4	9.3
6	1	2.3
7	1	2.3
TOTAL	43	100.0

62.7%

Intentos de extracción del DIU.

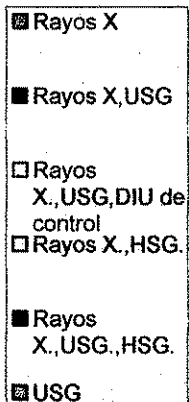
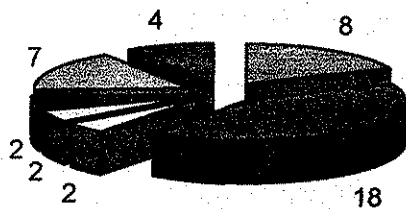


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODO UTILIZADO PARA LOCALIZACION DEL DIU

	Frecuencia	Porcentaje
Rayos X	8	18.6
Rayos X, USG	18	41.8
Rayos X., USG, DIU de control	2	4.6
Rayos X., HSG.	2	4.6
Rayos X., USG., HSG.	2	4.6
USG	7	16.3
USG., HSG.	4	9.3
Total	43	100.0

**Método utilizado para la localización del DIU.**

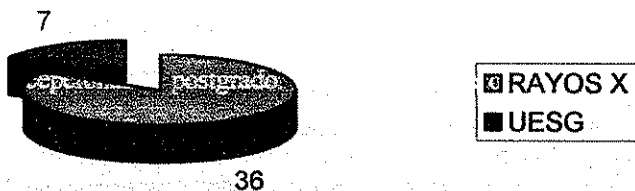


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODO UTILIZADO PARA LOCALIZACION DEL DIU.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RAYOS X	36	83.7
UESG	7	16.2
TOTAL	43	100.0

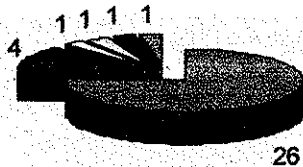
## Método utilizado para la localización del DIU.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODO UTILIZADO PARA EXTRACCION DE DIU

	Frecuencia	Porcentaje
Histeroscopia	26	76.4
Laparoscopia	4	11.7
Histeroscopia tipo consultorio	1	2.9
Laparotomía	1	2.9
Mini laparotomía	1	2.9
Rectoscopia	1	2.9
Total	34	100

METODO UTILIZADO PARA  
EXTRACCION DEL DIU.

- Histeroscopia
- Laparoscopia
- Histeroscopia tipo consultorio
- Laparotomía
- Minilaparotomía

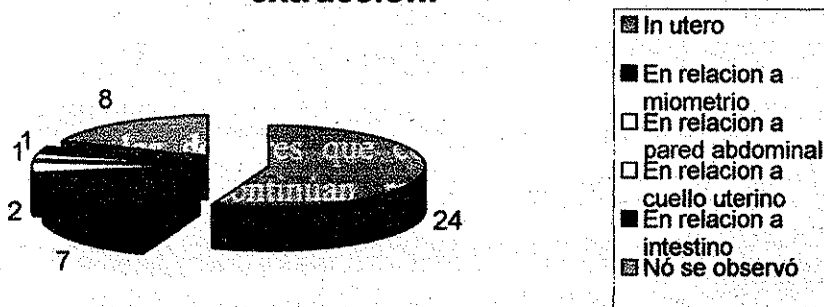
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## UBICACIÓN DEL DIU DURANTE LA LOCALIZACIÓN Y/O EXTRACCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
In útero	24	55.8
En relación a miometrio	7	16.2
En relación a pared abdominal	2	4.6
En relación a cuello uterino	1	2.3
En relación a intestino	1	2.3
No se observó	8	18.6
Total	43	100.0

### Ubicación del DIU durante la localización y/o extracción.

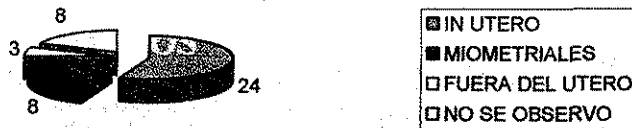


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

UBICACIÓN DEL DIU DURANTE LA LOCALIZACIÓN Y/O EXTRACCIÓN

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IN UTERO	24	55.8
MIOMETRIALES	8	18.5
FUERA DEL UTERO	3	6.9
NO SE OBSERVO	8	18.6
TOTAL	43	100.0

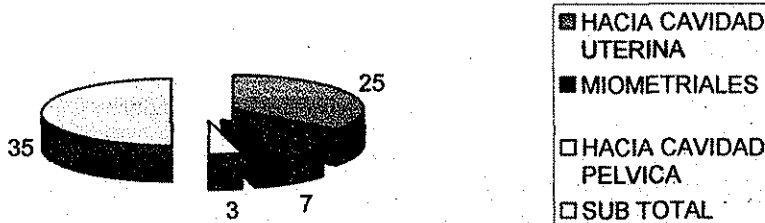
Ubicación del DIU durante la localización y/o extracción.



IN UTERO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HACIA CAVIDAD UTERINA	25	71.4
MIOMETRIALES	7	20.0
HACIA CAVIDAD PELVICA	3	8.5
SUB TOTAL	35	100.0

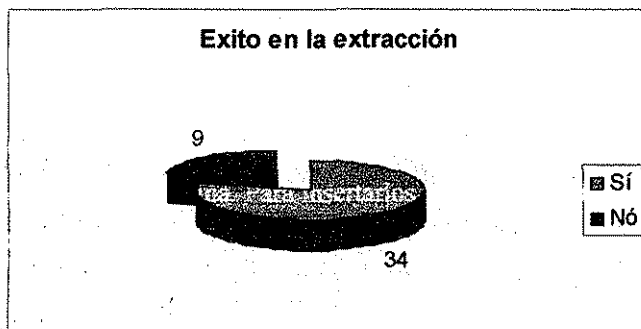
In Utero



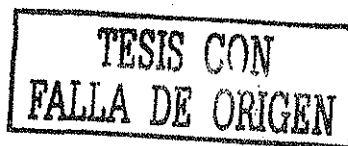
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÉXITO EN LA EXTRACCION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	34	79.06
No	9	20.93
Total	43	100.0



TESIS CON  
FALLA DE ENTREN



## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALVARADO D. A., KABLY A. A. Laparoscopia en la extracción de dispositivos intrauterinos en la cavidad abdominal. Ginec. Y Obstet. Méx. 53; 309 Nov. 1985.
- 2.- ANDERSSON K. ET AL. Perforations with intrauterine devices. Contraception 1998; 57: p. p 251-255.
- 3.- WALTHER M. C., TREVIÑO A. R., "Endoscopia diagnóstica y terapéutica" medicina de la reproducción humana. 1ª. Edición, grupo impresor Carmona S.A. C. V. Sep. 1995 p. p 477-89.
- 4.- BANERJEE N., KRIPLANI A., KALLOL KR., ET. AL. Retrieval of lost copper T from the rectum. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 79 (1998) p. p 211-212.
5. - DARDANO K.L. MD., BURKMAN R.T. MD., The intrauterine contraceptive device; and often forgotten and maligned method of contraception. Am. J. Obstet Gynecol 1999; 181: p. p 1-5.
- 6.- GONZALEZ L. R. Una técnica sencilla de ayuda diagnóstica para la localización del DIU translocado. Tesis recepcional de postgrado. Hospital de Ginecología y Obstetricia No3 CMR enero de 1989.
- 7.- GRIMALDO J. HERRERA A., GARCIA A., Perforación del intestino grueso por un dispositivo intrauterino "medicado" tipo 7 de cobre, Ginec. Obstet. De México 1992; 61: p. p 235-237.
8. - GUPTA I., SAWHNEY H., and MAHAJAN U., Laparoscopic Removal of translocated intrauterine contraceptive devices. Aust NZ J. Obstet Gynecol 1989;29: 3 (2) p p. 352-55.
- 9.- HERNANDEZ V. M, CARRILLO P. A., Dispositivo intrauterino translocado (intravesical) informe de un caso. Ginec. Obstet. Méx. 1998; 66: pp290-291.
- 10.-MITTAL S., GUPTA I., LATA P., MAHAJAN U., AND GUPTA A.N., Management of translocated and incarcerated intrauterine contraceptive device. Aust NZ J. Obstet Gynaecol 1986; 26: p. p 232-234.
- 11.- NAVA S. R, GONZALEZ S. C. E. Indicaciones, contraindicaciones y limitaciones de la cirugía laparoscópica" Endoscopia quirúrgica ginecológica. 1a. Edición, edit. Mc. Graw Hill Interamericana Editores S.A. C. V. Enero 1997. p. p 123-25.
- 12.- RIVERA R: MD., YACOBSON I: MD., AND GRIMES D. MD., The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet Gynecol 1999; 181: pp 1263-69.
- 13.- SANFILIPPO, J.S. AND LEVINE, R.L. "Diagnostic and Operative hysteroscopy " "History". Operative Gynecologic Endoscopy, 1a. ed. Editors Joseph s.s. MD. 1989; p. p 2-17, 251-62.
- 14.- ZAKIN, D., STERN, W.Z. AND ROSENBLATT, R., Complete and partial uterine Perforations and embedding following insertion of intrauterine devices. 1. Classification Complication, mechanisms, incidence, and missing string., Obstet and Gynecological Survey Vol. 36, No. 7 1981 p. p. 335-350.

- 15.- ZION B.R., D., A new procedure for removal of a "Lost" intrauterine device. Obstet Ginecol 1996; 87: p.p 785-86.
- 16.- BORIS R. L., "Anticoncepción" Medicina de la Reproducción Humana, 1ª. Edición Grupo Impresor Carmona S.A. C. V. Sep. 1995 p.p 407-409.
- 17.- MOLINA S.A., MORALES G. V. "Extracción de dispositivos intrauterinos", Endoscopia quirúrgica ginecológica, 1ª. Edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. C. V. Enero 1997 p.p 123-125.
- 18.- NAVA S. R., NAVA B. R. "Histeroscopia de consultorio" Endoscopia quirúrgica ginecológica, 1ª. Edición, Ed. Mc. Graw Hill Interamericana Editores S.A. C. V. Enero 1997 p.p 243-249.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA