

Perfuração Cecal Assintomática por D.I.U.: Tratamento Laparoscópico

Laparoscopic Management of Asymptomatic Cecal Perforation by Intrauterine Contraceptive Device

Ricardo Zorrón, Marcelo Trindade Menezes, Henrique Philips, Clarice Zuba, Marcos Filgueiras

*Disciplina de Cirurgia e Serviço de Cirurgia HCTCO
Curso de Graduação em Medicina de Teresópolis - FESO*

RESUMO OBJETIVO: É apresentado um caso de complicação intra-abdominal de um dispositivo intrauterino que migrou para uma situação intra-cecal, tratada por videolaparoscopia, após três meses in situ.

Relato De Caso: Uma mulher de 36 anos, assintomática, teve descoberta incidental de um dispositivo intra-uterino em situação intra-abdominal por TC abdominal, de localização intra-cecal com perfuração bloqueada por órgãos adjacentes. O dispositivo foi introduzido três meses antes, e três meses após parto tipo cesárea. A inserção do DIU foi sem complicações, exceto por pequeno sangramento após o procedimento. A extração laparoscópica do dispositivo, apendicectomia e sutura do cólon foi realizada, com evolução sem intercorrências.

CONCLUSÃO: A transmigração do DIU para a cavidade abdominal é incomum, mas pode levar a complicações graves, que são preferencialmente manejadas por videocirurgia.

Palavras-chave: DISPOSITIVO INTRA-UTERINO/ complicações, CIRURGIA/ complicações, Laparoscopia

ABSTRACT OBJECTIVE: Presentation of a case of abdominal complication of a transmigrated intra-cecal IUD, after 3 months in situ, successfully treated by laparoscopy.

CASE REPORT: An asymptomatic 36-year old woman, had an incidentally found intra-abdominal situated IUD in a CT scan Location was intracolonic with a suspected blocked perforation to adjacent organs. The device was introduced three months earlier, after a cesarean procedure, and the insertion of the IUD was asymptomatic except for a small bleeding after the procedure. Laparoscopic extraction of the device, appendectomy and sutured closure of the colon was performed.

CONCLUSION: Transmigration of IUD to the abdominal cavity is uncommon. Complications of a misplaced device should be managed laparoscopically.

Key words: INTRAUTERINE DEVICE/ complications, SURGERY/ complications, Laparoscopy.

ZORRÓN R, MENEZES MT, PHILIPS H, ZUBA C, FILGUEIRAS M. Perfuração Cecal Assintomática por D.I.U.: Tratamento Laparoscópico. Rev bras videocir 2005;3(4): 216-219.

Recebido em 15/02/2006

Aceito em 21/02/2006

A instalação de Dispositivo Intra-Uterino constitui forma segura e efetiva, entre os métodos de contracepção. A perfuração uterina é uma das mais graves complicações associadas com a inserção do DIU. A incidência de perfuração associada ao DIU é estimada em 0,05 a 13 para cada 1000 inserções, com taxa aceitável de 1,2/1000 inserções¹⁵. Cerca de 15% destas

perfurações pode levar a complicações de órgãos adjacentes, principalmente intestinais^{1,3,11}. Os dispositivos podem ser inseridos com segurança durante o período de lactação em 8-12 semanas após o parto.

Este relato descreve uma perfuração assintomática, por três meses, do cólon direito por DIU e sua abordagem laparoscópica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, assintomática, procurou tratamento enviada pelo médico assistente, que localizou Dispositivo Intra-uterino (DIU) na cavidade abdominal, instalado sem intercorrências há três meses. Quando da colocação do dispositivo, a paciente encontrava-se no terceiro mês após parto por cesareana, a termo, também sem intercorrências. Após a instalação do dispositivo, a paciente referiu pequeno sangramento vivo por via vaginal. Duas semanas após, realizou ultrassonografia pélvica de controle, que não localizou o DIU. Realizada vídeo-histeroscopia, cerca de 10 dias após, descartando a possibilidade de o mesmo se encontrar em posição intra-uterina. Foi realizada então radiografia simples e tomografia computadorizada de abdome, com contraste oral e venoso, que localizou o DIU parcialmente intra-cecal, com bloqueio da perfuração com apêndice vermiforme e cólon sigmóide, sem abscesso (Figura -1a e 1b).

Foi indicada a exploração laparoscópica da lesão, com utilização de três trocartes: um trocar de 10mm, na cicatriz umbilical, para a câmera, um trocar de 10mm em flanco esquerdo, para a mão direita do cirurgião, e um de 5mm, supra-púbico, para a mão esquerda. Realizado pneumoperitônio com 12mmHg de CO₂ através de técnica aberta trans-umbilical, e instalados os trocartes sob visão direta.

Realizado o inventário de cavidade, que demonstrou útero e anexos íntegros, e a dissecação do bloqueio inflamatório de alças de sigmóide e apêndice vermiforme, demonstrou a presença do DIU com seu guia parcialmente na cavidade abdominal, e quase em sua totalidade inserido na parede medial do ceco, através de uma perfuração bloqueada de 2,5cm (Figura 1-c). Realizada a retirada do DIU por trocar de 10mm, apendicectomia e sutura do defeito em plano único com pontos separados de Prolene 3.0 (Figura 1-d). Foi feita lavagem de cavidade com soro fisiológico e não foi utilizada drenagem. O procedimento teve duração de 51min. A paciente teve boa evolução pós-operatória, sem complicações, com início da dieta em 12hs e alta em 48hs.

DISCUSSÃO

O Dispositivo Intra-Uterino, quando em situação intra-peritoneal, pode permanecer longo período sem sintomatologia, sendo relatados casos de perfuração assintomática de víscera oca após até 8 anos³. A incidência é influenciada pelo tipo de DIU, o período de inserção em relação com o término da gestação, a posição do útero, a técnica de inserção, e a expertise do profissional que insere o dispositivo¹. Em um estudo com mais de 10.000 inserções de DIU, indicou que a maioria das perfurações (86%) não foram diagnosticadas no momento da inserção, e somente detectadas mais tarde⁶.

O caso relatado é de um dispositivo instalado 24 semanas após parto cesareana, tendo sido a inserção relacionada a pequeno sangramento vivo. A perfuração uterina ocorre em geral no momento da inserção e pode ser assintomático⁸. Entretanto, dor abdominal e sangramento são indícios de uma possível perfuração. Outras complicações de migração e perfuração do DIU foram relatados na literatura, incluindo perfuração de intestino delgado, cólon e bexiga, além de obstrução intestinal e apendicite causada pelo dispositivo^{2,11}.

O mecanismo de translocação de um DIU parece ser uma ruptura completa ou parcial no momento da inserção. Existem evidências de que também o DIU mal-colocado pode gradualmente causar erosão da parede uterina e causar sua translocação muito tempo após a inserção. Perfurações de DIU são classificadas radiologicamente conforme o compartimento anatômico, com tipo 1 correspondendo a envolvimento do endométrio¹². Tipo 2, 3 e 4 correspondem a penetração do miométrio, cavidade peritoneal e outros órgãos, respectivamente. A localização mais freqüente do DIU que perfurou o útero são o fundo de saco posterior e o omento maior.

Embora em alguns casos pode ser assintomática, a transmigração do DIU para a cavidade abdominal pode cursar com inúmeras complicações listadas na literatura. Estas incluem infecção, obstrução intestinal, perfuração de bexiga e intestino delgado e grosso, apendicite aguda, fistula colônica e até dor ciática^{4,10,11,13}. Em pacientes sintomáticos a indicação é cirúrgica, enquanto para os assinto-

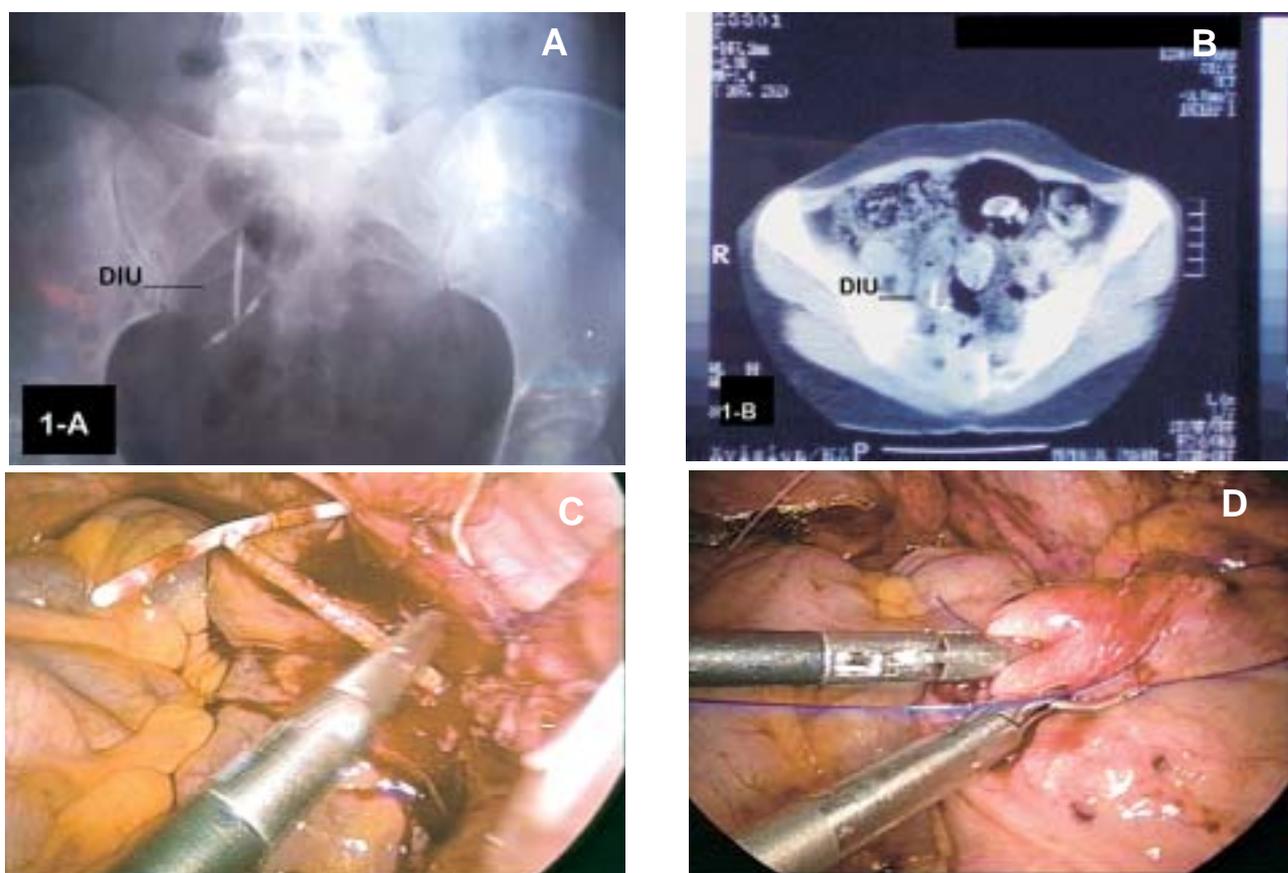


Figura 1 - a) Radiografia simples de abdome, demonstrando DIU intra-cavitário. b) Tomografia computadorizada, com contraste oral e venoso, demonstrando a presença de DIU intra-cecal, sem abscesso ou extravasamento do contraste. c) Achado intra-operatório do DIU sendo retirado da alça colônica após liberação do bloqueio inflamatório. d) Sutura do defeito cecal com pontos separados de Prolene 3.0.

máticos a indicação não é clara, podendo haver a opção de manter observação, dependendo da localização, formato e material do dispositivo, e a existência de implicações médico-legais.

No presente caso, a paciente teve boa evolução, sendo o uso da videolaparoscopia indicada com segurança e bom resultado cosmético. O inventário de cavidade laparoscópico permite a localização e extração da maioria dos corpos estranhos cavitários, e a realização de suturas e ressecções intestinais também têm o benefício da cirurgia minimamente invasiva.

Referências Bibliográficas

1. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindel K. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception* 1998; 57: 251-255.
2. Chang HM, Chen TW, Hsieh CB, Chen CJ, Yu JC, Liu YC, Shen KL, Chan DC. Intrauterine contraceptive device appendicitis: A case report. *World J Gastroenterol* 2005; 11(34): 5414-5415.
3. Disu S, Boret A. Asymptomatic ileal perforation of an intrauterine device. *Arch Gynecol Obstet*. 2004 Mar;269(3):230-231.
4. Elmer RM. Sciatica caused by intrauterine contraceptive device after silent uterine perforation: a case report. *J Bone Joint Surg* 1978; 60: 265-266.
5. Gorsline J, Osborne N. Management of the missing intrauterine device. Report of a case. *Am J Obstet Gynaecol* 1985;153:228-230.
6. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception* 2003; 67: 53-56.
7. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. *Contracept Fertil* 1999; 27:696-700.
8. Key TC, Kreutner AK. Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet Gynaecol* 1980; 55: 239-244.
9. Levsy JM, Herskovits M. Incidental detection of a transmigrated intrauterine device. *Emergency Radiol* 2005; 11: 312-314.

10. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception* 2002; 66: 105-108.
11. Pirwany IR, Boddy K. Colocolic fistula caused by a previously inserted intrauterine device. *Contraception* 1997; 56:337-339.
12. Rosenblatt R, Zakin D, Stern WZ, Kutcher R. Uterine perforation and embedding by intrauterine device: evaluation by US and hystero-graphy. *Radiology* 1985; 157: 765-770.
13. Serra I. Appendicitis caused by an intrauterine contraceptive device. *Br J Surg* 1986; 73:927-928.
14. Sogaard K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1993; 72:55-56.
15. Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. *Obstet Gynaecol Surg* 1981; 36:335-353.

Endereço para correspondência

RICARDO ZORRÓN

Av. Ataulfo de Paiva 135 s/606

Leblon - Rio de Janeiro - Brasil

CEP: 22 775-002

Email: rzorron@terra.com.br