

Tratamento videolaparoscópico para retirada de dispositivo intrauterino em fossa ilíaca direita

Laparoscopic treatment for removal of intrauterine device in the right iliac fossa

Poliana Rodrigues Moraes¹
Amanda de Oliveira Bernardes¹
Juliano Vilela Dande²
Maria do Carmo Borges³

Palavras-chave

Dispositivos intrauterinos
Laparoscopia
Remoção

Keywords

Intrauterine devices
Laparoscopy
Removal

Resumo

Dispositivo intrauterino pode sofrer expulsão da cavidade uterina. **Objetivo:** Descrever um caso de tratamento videolaparoscópico para retirada de dispositivo intrauterino de fossa ilíaca direita. **Material e Métodos:** Jovem do sexo feminino apresentou dor em fossa ilíaca direita de quatro dias de duração. No exame físico, apresentava dor abdominal localizada em fossa ilíaca direita, com discreta resistência de parede e dor à percussão e descompressão brusca na região. Em tomografia computadorizada, evidenciou-se dispositivo intrauterino fora do útero, na fossa ilíaca direita. Foram utilizadas as bases de dados SciELO, MedLine, Sobracil e PubMed no período compreendido de Abril a Junho de 2014. Vinte e dois artigos foram relacionados, entretanto somente os 10 artigos que compõem as referências bibliográficas foram selecionados por conter informações relevantes acerca do tema. **Resultados:** Na videolaparoscopia, pôde ser observado DIU em fossa ilíaca direita, próximo ao intestino, fora do útero, sem aderência, sem perfurações evidentes ou maiores complicações. **Conclusão:** A videolaparoscopia permite a retirada adequada de dispositivo intrauterino localizado indevidamente fora da cavidade uterina; permite inclusive avaliação adequada de toda a região pélvica para excluir lesões associadas.

Abstract

Intrauterine device may suffer expulsion of the uterine cavity. **Objective:** To describe a laparoscopic treatment of the case for removal of intrauterine device right iliac fossa. **Material and Methods:** Young female presented pain in the right iliac fossa of four days. On physical examination, showed abdominal pain localized in the right iliac fossa, with thin wall of resistance and pain on percussion and rebound in the region. In CT scan it was seen an intrauterine device outside the uterus, in the right iliac fossa. The SciELO, MedLine, Sobracil and PubMed databases were used in the period April to June 2014. Twenty-two articles were related, though only 10 articles that make up the references were selected because they contain important information about the theme. **Results:** In the laparoscopy it could be observed the IUD in the right iliac fossa, near the intestine, outside the uterus, without grip, with no obvious or larger perforations complications. **Conclusion:** Laparoscopy allows adequate removal of intrauterine device located improperly outside the uterine cavity; even allows proper evaluation of the entire pelvic region to rule out associated injuries.

Estudo realizado no Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós Graduação Padre Gervásio (INAPÓS) – Pouso Alegre (MG), Brasil.

¹Graduando em Odontologia no INAPÓS – Pouso Alegre (MG), Brasil.

²Fisioterapeuta com Mestrado em Bioengenharia pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP) – São José dos Campos (SP), Brasil.

³Médica Ginecologista com Mestrado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo(SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Poliana Rodrigues Moraes – INAPÓS, Odontologia – Rua João Basílio, 219 – Centro – CEP: 37550-000 – Pouso Alegre (MG), Brasil – E-mail: pollyrmoraes@gmail.com

Conflito de interesses: não há.

Introdução

A saída do dispositivo intrauterino (DIU), para fora da cavidade uterina é uma complicação rara e grave, ocorrendo a cada 350 a 2.500 inserções. Uma vez na cavidade abdominal, o DIU pode comprometer vários órgãos vizinhos, como a bexiga, o intestino delgado, o reto sigmoide e o apêndice vermiforme^{1,2}.

Raros casos têm sido descritos na literatura em que o DIU tenha saído da posição inicial, percorrido uma das trompas e se alojado em outro local que não um órgão^{3,4}.

O objetivo do presente artigo foi descrever um caso em que o DIU tenha percorrido uma estrutura delgada, sinuosa e aderente e se alojado em local diferente do comumente descrito na literatura atual.

Discussão de caso clínico

Paciente de 28 anos, do sexo feminino, apresentou história de dor em fossa ilíaca direita, com irradiação para Membro Inferior Direito (MID) com quatro dias de evolução, sem fator desencadeante. Não apresentava náuseas, vômito ou febre. No exame físico, apresentava dor abdominal localizada em fossa ilíaca direita, com discreta resistência de parede e dor à percussão e descompressão brusca na região. Relatou história de implantação uterina de DIU dez meses antes do início da dor.

Paciente relatou que, após implantação do DIU, foi realizado ultrassonografia transvaginal (Figura 1) e abdômen total (Figuras 2 a 4) que não evidenciou tal dispositivo dentro da cavidade uterina ou abdominal. Diagnóstico foi fechado com expulsão do mesmo.

Na atualidade, após início da dor, a paciente relata ter procurado um profissional ortopedista, acreditando ser algo relacionado a coluna (segundo informações colhidas), quando foi realizado

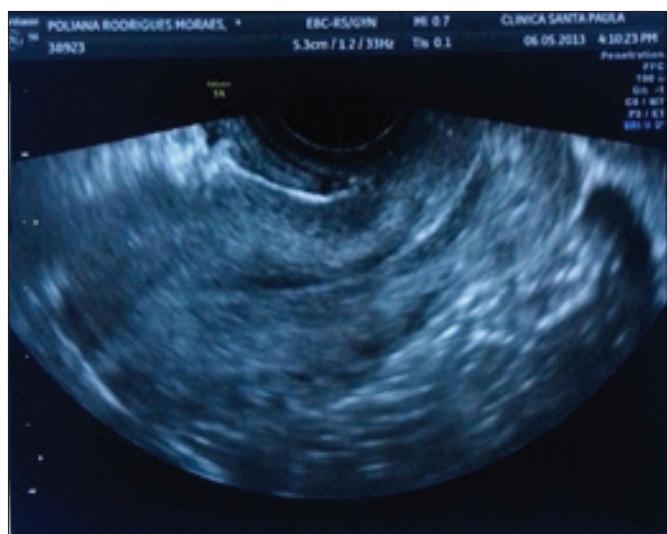


Figura 1 - Ultrassonografia sem achados compatíveis com DIU

radiografia da coluna na região lombar que evidenciou o DIU em local inadequado (Figura 5).

A paciente, então, retornou ao profissional ginecologista que fez a inserção do dispositivo intrauterino, que solicitou exames complementares. Foi realizada ultrassonografia de vias urinárias e pelve, que não evidenciaram presença de DIU em estruturas ocas adjacentes (Figura 6 e 7).

Assim, foi realizada tomografia computadorizada de abdômen e pelve que confirmou a presença do DIU em fossa ilíaca direita, próximo ao intestino, fora do útero (Figura 8 a 10).

A paciente foi, então, encaminhada para o centro cirúrgico para videolaparoscopia, onde foi visualizado útero sem anormalidades, nenhum sinal de perfuração evidente, sem sinais de inflamação ou infecção. Na efetivação desta, constatou-se a presença do DIU, que se encontrava localizado em região próxima ao intestino sem nenhuma aderência.

O mesmo foi retirado sem maiores complicações. A paciente apresentou boa recuperação pós-operatória. A mesma recebeu alta 14 horas após a cirurgia.

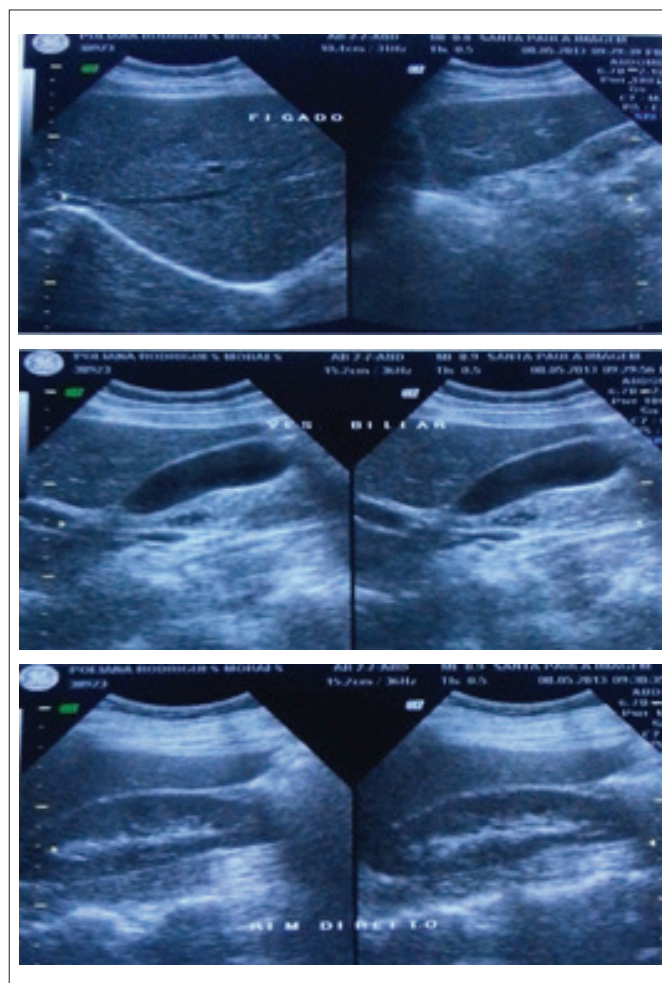


Figura 2 - Ultrassonografia de abdômen total sem achados compatíveis com DIU

Discussão

A grande maioria dos artigos trazem que o deslocamento do dispositivo intrauterino pode ocorrer por perfuração uterina durante a inserção de DIU ou posteriormente, en-

tretanto casos em que ele segue por estruturas adjacentes em conformidade com a anatomia local sem causar maiores danos são relativamente raros ou pouco relatados. Alguns autores sugerem que somente em casos sintomáticos a cirurgia deve ser indicada^{3,5,6}.

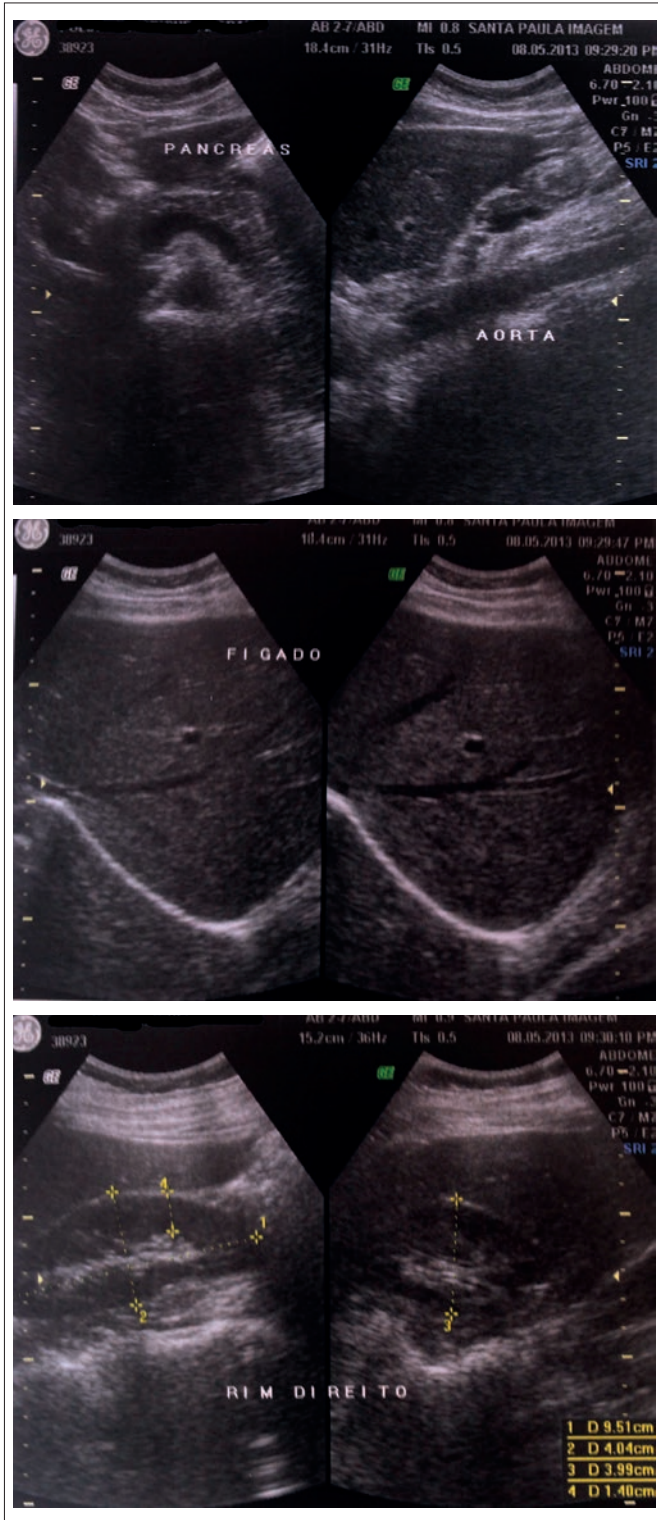


Figura 3 - Ultrassonografia de abdômen total sem achados compatíveis com DIU

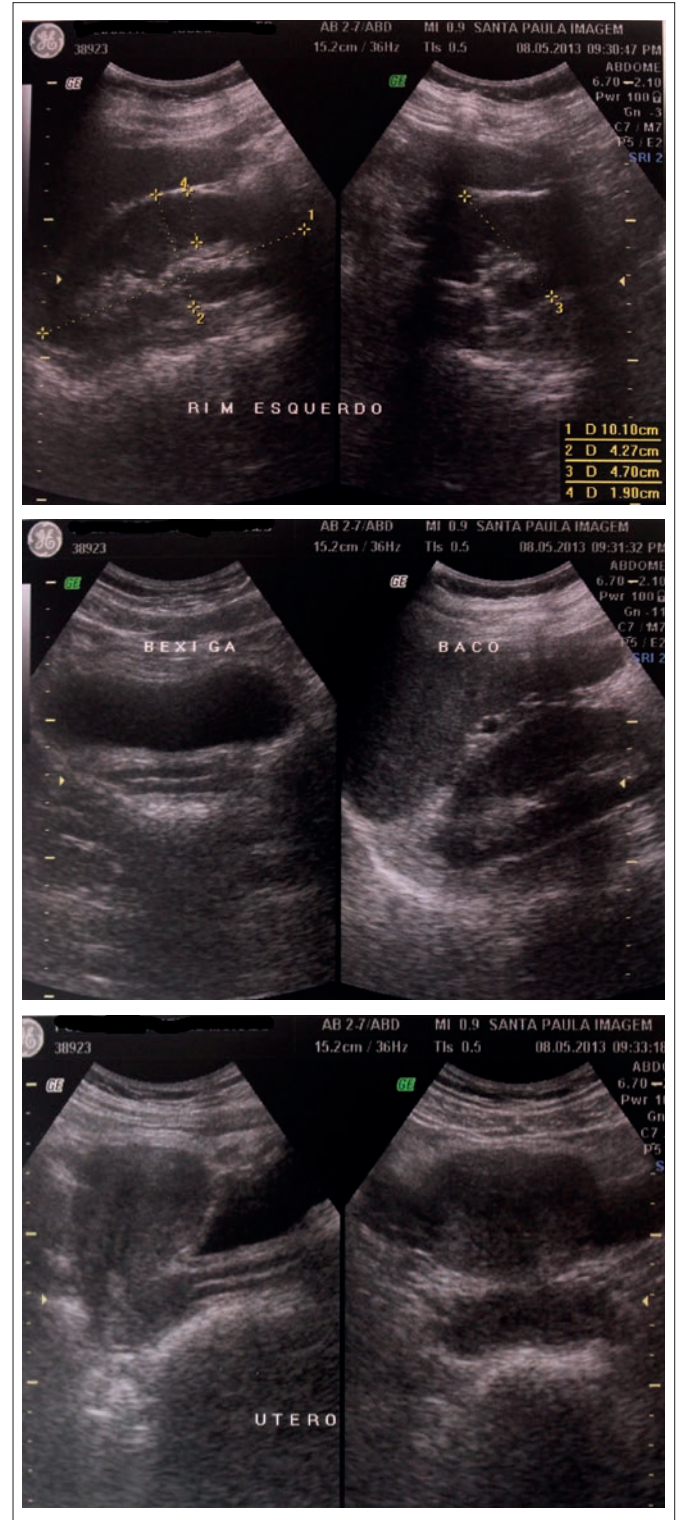


Figura 4 - Ultrassonografia de abdômen total sem achados compatíveis com DIU

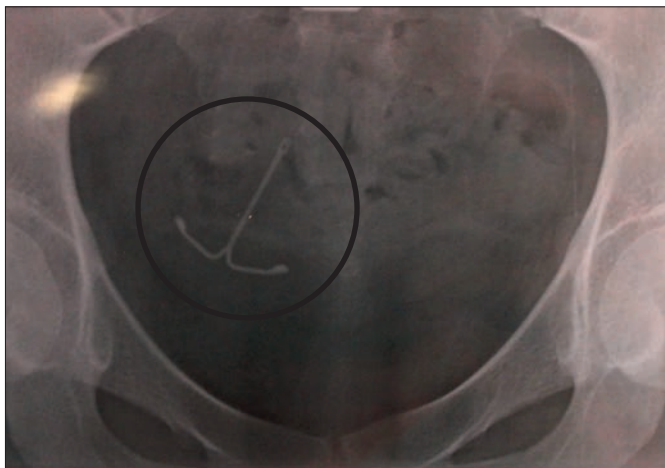


Figura 5 – Raio X de coluna lombar (pelve)



Figura 6 - Ultrassonografia de vias urinárias (sem anormalidades)



Figura 7 - Ultrassonografia da região anexial direita (sem anormalidades)

Entretanto, Zarhi et al.⁷ sugerem que a retirada do dispositivo é desejada pelas pacientes por questões psicológicas, mesmo sem sintomatologia aparente⁷.

Dentro da cavidade peritoneal, o DIU pode causar formação de fibrose, dor abdominal, infertilidade, obstrução intestinal e perfuração para órgãos vizinhos, como bexiga e o reto sigmoide^{1,4,7}.

Os sintomas da existência de um corpo estranho podem iniciar logo após a inserção do dispositivo ou até meses depois, estando ou não em local anômalo. A sintomatologia dependerá somente do local onde o DIU se fixou. Vieira⁴ relata sintomatologia pertinente ao local, pelo fato do DIU ter aderido à área, o que nesta discussão não ocorreu^{3,4}.

Na paciente objeto deste relato, a radiografia evidenciou implantação de DIU na cavidade abdominal; entretanto, a tomografia computadorizada foi o método de escolha para determinar a localização exata, que se deu em fossa ilíaca direita (Figura 10), próxima ao intestino.

A diferença entre os exames de imagem são de seis dias, e é possível observar a comutação da sua posição, o que pode comprovar que não houve aderência do DIU ao local onde foi localizado (Figuras 5 e 10).

Ao observar-se somente a Figura 7, é provável que, no caso apresentado, no momento da inserção, o DIU tenha sido inserido no óstio da trompa, e, através do peristaltismo do tubo, percorreu pela trompa de falópio e desvencilhou-se, ao seu final, acomodando-se; diferente de relato apresentado por Arslan et al.⁹, onde houve perfuração uterina, fato este raro, pois internamente a trompa de falópio é revestida por cílios e contém secreção mucosserosa, o que dificultaria a subida do dispositivo pela mesma^{1,2,4,6,8,9}.

Entretanto, cada trompa de falópio se aproxima do ovário correspondente sem se conectar, ou seja, a cavidade uterina está diretamente ligada à cavidade peritoneal, o que explica a saída do mesmo da cavidade uterina sem maiores complicações a paciente^{5,9,10}.

O tratamento consiste na remoção do DIU. Dois métodos de remoção poderiam ser adotados neste caso. A laparoscopia ou videolaparoscopia, que foi o método de escolha. Considerou-se a estética proporcionada à paciente, pois a mesma realizou parto natural e não desejava cicatrizes em seu abdômen^{6,8}.

O procedimento foi realizado com avaliação adequada de toda a região pélvica para excluir lesões associadas, inclusive o local de perfuração do útero, que neste caso não houve^{1,3}.

Outras complicações associadas a esta remoção, como a presença de aderências firmes e intensas, principalmente se próximas a alças intestinais, pode dificultar a dissecação do DIU e aumentar a possibilidade de perfuração intestinal. Assim, cabe ao cirurgião considerar a possibilidade de conversão para

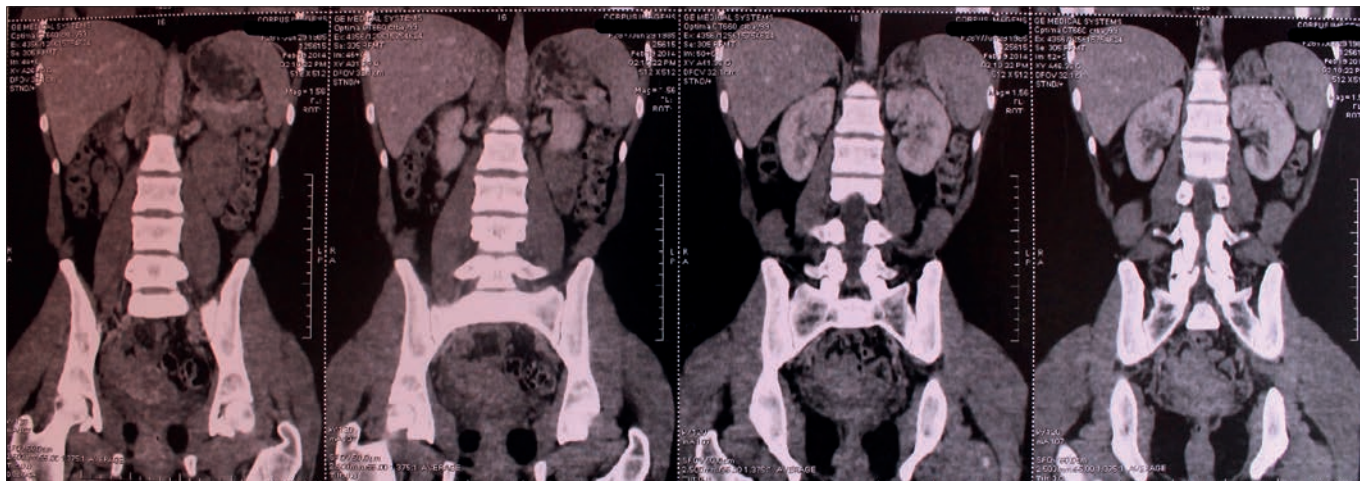


Figura 8 - Tomografia computadorizada: Sequência de secção coronal

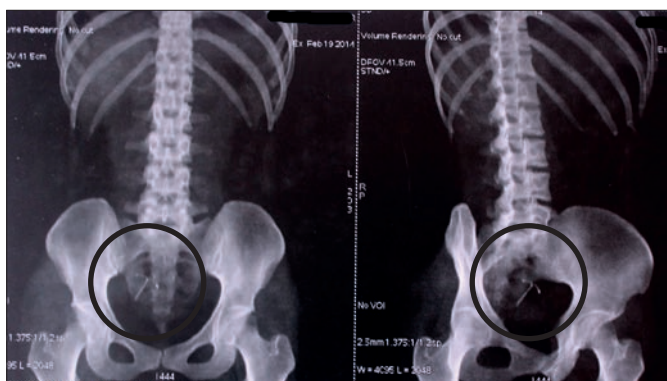


Figura 9 - Tomografia computadorizada de abdômen e pelve



Figura 10 - Tomografia computadorizada da região pélvica

laparotomia. Neste caso, todo procedimento correu dentro da expectativa pré-operatória^{5,9,10}.

Considerações finais

O DIU é um excelente método contraceptivo quando bem indicado, tendo sua eficácia estabelecida com uma redução em 20 vezes os riscos de uma gestação indesejada, se compararmos com outros métodos contraceptivos.

Leituras suplementares

1. Coelho JCU, Gonçalves CG, Graf CM. Tratamento laparoscópico de periapendicite causada por dispositivo intra-uterino. *Arq Gastroenterol*. 2003;40(1):45-6
2. Sogaard K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal wall by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993;72(1):55-6.
3. Gill RS, Mok D, Hudson M, Shi X, Birch DW, Karmalis S. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: case and systematic review. *Contraception*. 2012;85(1):15-8.
4. Vieira AL, Guareschi P, Botelho LF, Soncini AS, Arena LFGL. Dispositivo intrauterino ectópico intravesical. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2011;40(2):92-3.
5. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000;88(2):129-31
6. Taras AR, Kaufman JA. Laparoscopic Retrieval of Intrauterine Device Perforating the Sigmoid Colon. *JSL*. 2010;14(3):453-5.
7. Zarhi JT, Schwarze JE, Vacca F, Jarzún J, Montecinos F. Manejo Laparoscópico De Dispositivo Intrauterino Migrado A Trompa De Falopio Con Hidrosalpinx Secundario. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(5): 342-5.
8. Zorrón R, Menezes MT, Philips H, Zuba C, Filgueiras M. Perfuração Cecal Assintomática por D.I.U.: Tratamento Laparoscópico . *Revista Brasileira de Videocirurgia*. 2005;3(4):216-9.
9. Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(3):395-7.
10. Zimmmedrmann J, Rocha L, Gussen LC, Matos LG, Lopes LHAR, Siqueira OMP. Rompimento intra-uterino do DIU T-Cu 380 A: Relato de Caso. *HU Rev*. 2009;35(4):320-3.