

## Apendicite aguda e perfuração colônica provocada por DIU com abordagem videolaparoscópica

### Appendicitis and colonic perforation caused by Intrauterine Contraceptive Device with a videolaparoscopic approach

ANDRÉ ROSSETTI PORTELA,<sup>1</sup> GERALDO MARTINS ASSUNÇÃO,<sup>2</sup> LAURA MIRANDA KILIMNIK,<sup>3</sup> KIZY MILLENE FERREIRA DA COSTA LAGE,<sup>3</sup> JOSÉ DE ALENCAR GONÇALVES DE MACEDO<sup>4</sup>

#### RESUMO

A perfuração uterina é uma das principais complicações relacionadas à inserção de dispositivo intrauterino (DIU), podendo provocar danos a órgãos intra-abdominais. O artigo tem como objetivo descrever o caso de uma paciente tratada por videolaparoscopia após o diagnóstico de apendicite e perfuração colônica, causadas por DIU em cavidade abdominal. A perfuração uterina deve sempre ser considerada nos casos de dor pélvica em pacientes que fazem uso de DIU, sendo a videolaparoscopia um método seguro para a retirada do corpo estranho e tratamento das lesões de órgãos intracavitários.

**Unitermos:** Dispositivo Intrauterino, Perfuração Colônica, Apendicite Aguda.

#### SUMMARY

Uterus perforation is one of the major complications caused by insertion of Intrauterine Contraceptive Device (IUD), being able to provoke injury to intra-abdominal organs. This article describes the case of a

patient treated laparoscopically after having the diagnosis of appendicitis and colonic perforation caused by IUD within abdominal cavity. The uterus perforation must always be considered in cases of pelvic pain in female patients using IUD, and videolaparoscopy is a safe procedure to remove the device and treat abdominal organs damages.

**Keyword:** Intrauterine Device, Colonic Perforation, Appendicitis.

#### INTRODUÇÃO

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método reversível de contracepção eficiente e amplamente difundido. O uso do DIU pode levar a complicações clínicas e cirúrgicas de repercussões variáveis. A perfuração uterina é uma complicação rara, podendo ser tanto assintomática quanto produzir quadro clínico de abordagem cirúrgica.<sup>1-6</sup>

O escopo é relatar um caso de migração do DIU para a cavidade peritoneal, evoluindo com apendicite aguda e perfuração de sigmoide, lesões estas tratadas por videolaparoscopia.

**1.** Cirurgião Geral e Oncológico, Assistente da IIª Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte - MG e Assistente do Instituto Mário Penna/Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte - MG. **2.** Cirurgião Geral, Chefe da IIª Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte - MG. **3.** Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Belo Horizonte - MG. **4.** Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo e Assistente da IIª Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte - MG. **Endereço para correspondência:** Andre Rossetti Portela - Rua Engenheiro Amaro Lanari, 130 - Carmo-sion - CEP 30310-580 - Belo Horizonte - MG - Brasil/ e-mail: andrerossettiportela@gmail.com. **Recebido em:** 20/01/2013. **Aprovado em:** 01/02/2013.

## RELATO DE CASO

LRAC, 31 anos, com história de inserção de DIU dois meses após parto cesariano, evoluiu após sete meses com quadro de dor abdominal intensa associada a vômitos e febre. Realizou ultrassonografia (US) endovaginal sem alterações, optado pela retirada do DIU; houve ruptura de seu cordão após ser tracionado, sendo o dispositivo mantido na cavidade uterina. Imediatamente realizado US endovaginal, identificou-se o DIU em região do colo do útero sem o cordão.

Quatro semanas após, foi solicitada avaliação da Cirurgia Geral pois a paciente apresentou novo episódio de dor abdominal associado a vômitos. Em radiograma da pelve, observou-se DIU na hemipelve direita (figura 1) e, em US endovaginal, evidenciou-se DIU extracavitário junto à parede anterior do útero em região ístmica, associado à reação inflamatória com tamponamento, havendo dor local durante o exame (figura 2).

**Figura 1. Radiograma em AP, evidenciando DIU em hemipelve direita.**



**Figura 2. Observa-se em setas brancas imagem de DIU fora da parede uterina em US endovaginal.**



Em 19 de janeiro de 2012, a paciente foi submetida à videolaparoscopia, tendo como achado cirúrgico o DIU envolto em apêndice cecal com reação inflamatória local, além de perfuração de sigmoide pelo braço do dispositivo. Foram realizados: apendicectomia (figura 3) e rafia do sigmoide após extração do braço por laparoscopia. A paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências. O acompanhamento ambulatorial ocorreu sem alterações. Exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de apendicite aguda.

**Figura 3. Peça cirúrgica de apêndice cecal e esoapêndice envolvendo parcialmente o DIU. Nota-se braço do DIU, responsável pela perfuração colônica.**



## DISCUSSÃO

O DIU é um método seguro de contracepção de uso prolongado. Gravidez ectópica, infecção, sangramento e perfuração uterina são complicações descritas pelo uso do DIU.

O mecanismo de perfuração uterina parece ocorrer durante a implantação ou por reação inflamatória na parede uterina. Paridade, tempo de implantação, abortos prévios, experiência do profissional, tempo pós-parto e posição do útero parecem estar relacionados como variáveis de risco para perfuração uterina. Esta ocorre com frequência, que varia de 0,05 a 13 por 1000 inserções de DIU. Tal variação se deve a não uniformidade técnica do profissional que implanta o DIU e as diferenças de acesso e notificação de casos que ocorrem em diversos países.

Os sintomas podem ser sangramento excessivo, dor pélvica, sendo em alguns casos a sintomatologia frustra ou ausente. Nos casos tardios, é importante excluir gestação. Em 85% dos casos não ocorre injúria a órgãos intracavitários, em 15% pode ocorrer lesão, resultando em perfuração intestinal, vesical, obstrução intestinal e fístulas entéricas.

A média de tempo de detenção da inserção à perfuração é de 306 dias. Em 8,4% dos casos, a perfuração foi detectada no momento da inserção.<sup>1-6</sup>

Diante da suspeita clínica, a ultrassonografia endovaginal (USE) e o Rx de abdome são solicitados para confirmar a saída do DIU da cavidade uterina.

O Rx simples não consegue estabelecer as relações anatômicas com os órgãos ocultos dentro da cavidade com segurança, sendo mais sensível o uso da tomografia computadorizada (TC) para esse fim. É muito importante confirmar a saída do DIU da cavidade uterina, e caso não tenha saído por completo, pode ser aventada a hipótese da retirada por histeroscopia.

Um algoritmo proposto na literatura em caso de suspeita de perfuração uterina por DIU é a solicitação da USE seguida pelo Rx simples da pelve em duas incidências (AP e lateral). Caso o DIU não seja visto na pelve, a TC de abdome e pelve pode ser útil no planejamento cirúrgico. Alguns autores sugerem o uso da TC como primeira escolha, o que é questionável já que os Rx e a USE são exames de baixo custo, sem exposição excessiva à radiação e muito sensíveis para a indicação cirúrgica, que é quase sempre compulsória.<sup>2,5</sup>

Na maioria dos casos, o DIU pode ser retirado por laparoscopia com segurança e eficiência, permitindo inspeção criteriosa da cavidade peritoneal e identificação de lesões associadas, assim como a correção das lesões por tal via desde que realizado por profissional treinado em cirurgia laparoscópica avançada.

A evolução clínica, na maioria das vezes, permite ao médico assistente programar a intervenção de forma eletiva. Retirada do DIU é o tratamento recomendado, mesmo com o elevado número de casos assintomáticos, em vista da possibilidade de aderências e lesão de órgãos intra-abdominais.<sup>1-3,5,7-11</sup>

## CONCLUSÃO

Em toda paciente com dor pélvica, em uso de DIU, deve ser aventada a hipótese de migração do dispositivo para a cavidade peritoneal. A gestação deve ser excluída. A retirada do DIU intracavitário deve ser feita por videolaparoscopia ou laparotomia mesmo em pacientes assintomáticos.

## REFERÊNCIAS

1. Chang HM, Chen et al. Intrauterine Contraceptive device appendicitis: A case report. *World J Gastroenterol* 2005; 11(34): 5414-5414.
2. Groothest KV et al. Uterine Perforation with the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Device. Analysis of Reports from Four National Pharmacovigilance Centres. *Drug Saf* 2011; 34(1): 83-88.
3. Ahmoud MS, Merhi ZO. Computed tomography-assisted laparoscopic removal of intraabdominally migrated levonorgestrel-releasing intrauterine systems. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281:627-630.
4. Verma U, Verma N. Ovarian embedding of a transmigrated intrauterine device: a case report and literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280:275-278.
5. Arslan A et al. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279:395-397.
6. Bartalena T et al. Transmigrated intrauterine device discovered 17 years after its insertion. *Australasian Radiology* 2007; 51, B284-B286.
7. Velasco JRV et al. Perforación uterina y del yeyuno causada por un dispositivo intrauterino. Presentación de un caso con revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:435-8.
8. Ingec M et al. A rare case of ileal embedding by an intrauterine device. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. March 2005;10(1):29-31.
9. Disu S, Boret A. Asymptomatic ileal perforation of an intrauterine device. *Arch Gynecol Obstet* (2004) 269:230-231.
10. Hernandez-Valencia M, Pacheco AC. Dispositivo intrauterino translocado (intravesical). Informe de um caso. *Ginec. Obst. Mex*. 1998; 66: 290-292.
11. Coelho JCU, Gonçalves CG, Graf CM. Tratamento laparoscópico de periapendicite causada por dispositivo intra-uterino. *Arq Gastroenterol*. 2003;40(1):45-46.