



Imágenes clínicas

Hemoperitoneo secundario a perforación uterina por colocación de dispositivo intrauterino: imágenes clínicas

Hemoperitoneum secondary to uterine perforation due to intrauterine device placement: clinical images

Alan Jasqui-Bucay,*‡ Denzil Eduardo Garteiz-Martínez*§

* Departamento de Cirugía General. Hospital Ángeles Lomas. Estado de México, México.

‡ 0000-0003-1234-1622

§ 0000-0002-8479-4076

La imagen tomográfica presentada es de una paciente de 24 años de edad sin antecedentes patológicos, la cual se sometió a colocación de dispositivo intrauterino y fue dada de alta, pero posteriormente ingresó al servicio de urgencias 24 horas después con un cuadro de dolor abdominal agudo y datos consistentes con choque hipovolémico tipo hemorrágico grado II. Asimismo, a la exploración abdominal se encontró un abdomen rígido, con defensa involuntaria y doloroso a la palpación. Durante su valoración se encontró con niveles de hemoglobina de 9.16 g/dL, hematocrito de 28.3%, leucocitosis de $9.14 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $198 \times 10^3/\mu\text{L}$. La tomografía (*Figura 1*) muestra abundante líquido libre en cavidad abdominal de localización perihéptica, periesplénica y ambas correderas parietocólicas, así como en cara anterior y posterior del útero sugestivos de hemoperitoneo.

Debido a estos hallazgos, la paciente fue sometida a laparoscopia exploradora en donde se evidenció hemoperitoneo de 2,000 cm³ que fue aspirado (*Figura 2*) y una lesión de 5 mm de diámetro en la cara anterior del fondo uterino como origen de la hemorragia (*Figura 3*). Se procedió a realizar cierre hemostático utilizando sutura absorbible 2-0 (*Figura 4*), la paciente tuvo una evolución

favorable, tolerando vía oral de manera temprana, con signos vitales dentro de parámetros normales durante todo su internamiento y sin requerimiento de transfusión de hemoderivados, fue dada de alta del servicio al cumplir 24 horas de estancia intrahospitalaria.

La perforación uterina durante la colocación de dispositivos intrauterinos ha sido ampliamente reportada en la literatura y es importante que tanto los ginecólogos como los cirujanos generales estén familiarizados con los aspectos clínicos y las opciones de abordaje laparoscópico para el manejo de esta complicación. Los sitios más frecuentes de perforación son el fondo uterino, la pared anterior uterina y el cérvix. Se han identificado múltiples factores de riesgo que puede desarrollar una paciente para presentar dicha complicación, como son: cérvix estenótico o en periodo de cicatrización (primigravida, antecedente de conización) o factores que alteren la anatomía uterina convencional (antecedente de cesárea, útero en anteroflexión o hiperanteroflexión), así como antecedentes que modifiquen la fuerza miométrica (embarazo, multiparidad, infección, lactancia).¹ Los síntomas por perforación uterina pueden ser tan tempranos como al momento de la colocación, advirtiendo una perforación

Recibido: 09/04/2024. Aceptado: 08/05/2024.

Correspondencia:

Alan Jasqui-Bucay

E-mail: alanjasqui@gmail.com

Citar como: Jasqui-Bucay A, Garteiz-Martínez DE. Hemoperitoneo secundario a perforación uterina por colocación de dispositivo intrauterino: imágenes clínicas. Rev Mex Cir Endoscop. 2024; 25 (1-4): 48-49. <https://dx.doi.org/10.35366/118808>



de manera directa, o inclusive tardíos, presentándose la complicación dentro del primer año de la colocación del DIU. Estos generalmente son sugestivos de peritonitis por perforación intestinal asociada o de estado de choque por hemoperitoneo secundario.

La perforación de manera aguda puede deberse a la dilatación cervical necesaria para la colocación del dispositivo, o bien, por la introducción de instrumentos de trabajo al canal cervical. Además, la fuerza requerida para colocar un DIU es de 1.5-6.5 Newtons, mientras que las fuerzas uterinas pueden llegar hasta los 50 Newtons de manera fisiológica, por lo que el aumento de la presión en la pared miometrial puede predisponer a la paciente



Figura 1: Tomografía axial computada en corte coronal demostrando abundante líquido libre en ambas correderas parietocólicas, perihepático, periesplénico y en hueco pélvico.



Figura 2: Presencia de abundante material hemático libre en cavidad, mismo que se aspiró en su totalidad en el mismo tiempo quirúrgico.

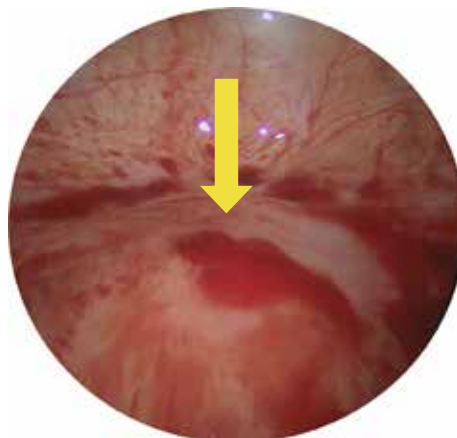


Figura 3: Solución de continuidad de 5 mm a nivel de fondo uterino con datos de sangrado activo (flecha amarilla).



Figura 4: Fondo uterino reparado con punto hemostático.

a desarrollar esta complicación inclusive meses o años después de la colocación.^{1,2}

Este breve caso resalta la importancia de dar seguimiento estrecho a las pacientes con colocación de DIU y vigilar la presencia de datos de abdomen agudo o estado de choque como manifestaciones tempranas de alguna complicación. A pesar de haber documentado un sitio tan pequeño de perforación en la pared uterina, la hemorragia fue persistente y abundante, al grado de requerir una intervención quirúrgica para su control.

REFERENCIAS

1. Schwarzman P, Baumfeld Y, Mastrolia SA, Yaniv-Salem S, Leron E, Silberstein T. Obstetric outcomes after perforation of uterine cavity. *J Clin Med.* 2022; 11: 4439.
2. Roman JD. Uterine perforation by levonorgestrel-releasing intrauterine device: a case report. *Cureus.* 2022; 14: e31398