

## Perforación de colon sigmoides por migración de dispositivo intrauterino

Sigmoid colon perforation by intrauterine device migration

David Daroch M.<sup>1,2</sup>, Daniella Espínola M.<sup>1,2</sup> y Aldo Cuneo Z.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía  
Clínica Alemana de Santiago.  
Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Cirugía  
Hospital Padre Hurtado.  
Universidad del Desarrollo.  
Santiago, Chile.

Recibido el 19 de junio  
de 2017 y aceptado para  
publicación el 29 de junio de  
2017.

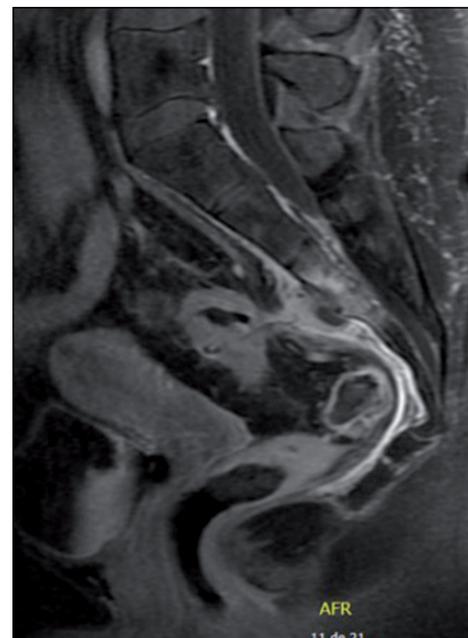
**Correspondencia a:**  
Dr. David Daroch M.  
dadaroch@gmail.com

Mujer de 53 años con antecedentes de colocación de DIU hace 30 años, con múltiples consultas en servicio de urgencia por dolor lumbar bajo intenso de 5 días de evolución que no responde a manejo analgésico.

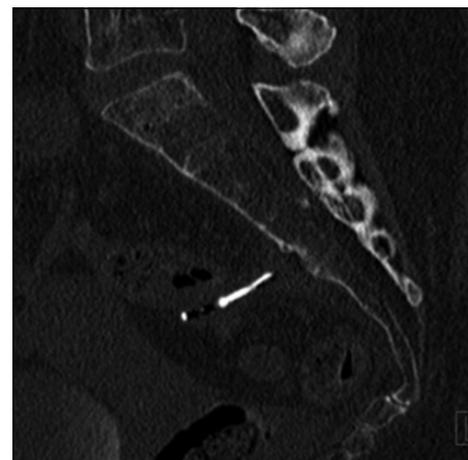
Radiografía lumbar: normal. Resonancia magnética y tomografía axial computarizada de columna lumbar: fístula de colon sigmoides a la región presacra determinada por dispositivo intrauterino (DIU) migrado con elementos sugerentes de osteomielitis de S3 (Figuras 1, 2 y 3).



**Figura 1.** RNM. Corte Sagital. T1. Fístula de colon sigmoides a la región presacra.



**Figura 2.** RNM. Corte Sagital. T2. Fístula de colon sigmoides a la región presacra.



**Figura 3.** TC. Corte Sagital. Fístula de colon sigmoides a la región presacra determinada por DIU.

Se decide exploración quirúrgica: colón sigmoidees fijo a región sacra con 3 perforaciones causadas por DIU (Figura 4). Se realiza sigmoidectomía con anastomosis mecánica colorrectal termino-terminal y curetaje de la zona presacra. Biopsia sin evidencia de malignidad.

La perforación uterina y migración del DIU es la complicación más grave del uso de este dispositivo. Se estiman 1-2 casos por 1.000 inserciones de DIU<sup>1</sup>, de los cuales el 15% afecta un órgano vecino y el 40% de estos sería al colon sigmoidees<sup>2</sup>.

La indicación actual es el retiro mediante cirugía debido a que podría causar síntomas y complicaciones tales como perforaciones, fistulas, adherencias, infertilidad. Cuando ocurre una complicación la indicación absoluta es la cirugía. Debido al gran proceso adherencial e inflamatorio, el manejo incluye resección del segmento intestinal comprometido<sup>3</sup>.

### Responsabilidades éticas

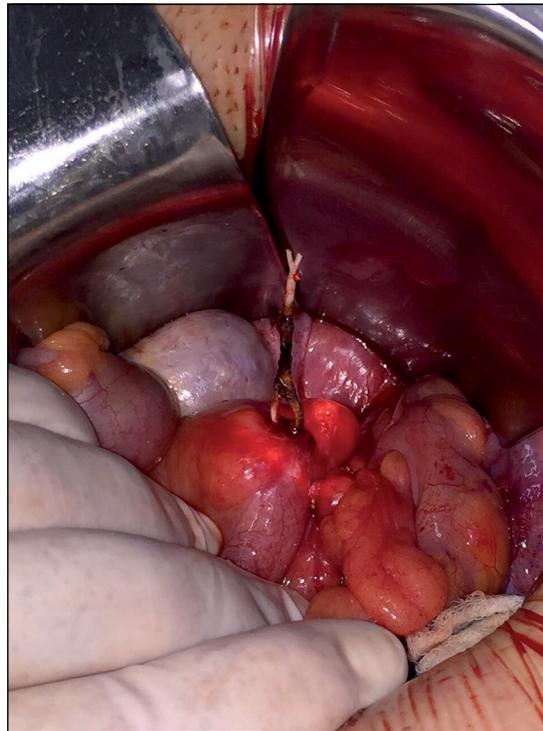
**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Bibliografía

- Gill RS, Mok D, Hudson M, Shi X, Birch DW, Karmali S. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: case and systematic review. *Contraception* 2012;85:15-8.
- Toprak E, Göktürk HS, Tolu A. A new technique for the removal of a transmigrated intrauterine device with rectum penetration. *Turk J Gastroenterol.* 2015;26:82-4.
- Adiyeke M, Sancı M, Karaca I, Gökçü M, Töz E, Ocal E. Surgical management of intrauterine devices migrated towards intra-abdominal structures: 20-year experience of a tertiary center. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42:358-60.



**Figura 4.** Cirugía. Perforación de colón sigmoidees determinada por DIU.

### Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para la realización de este trabajo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.