

**Paciente com perfuração uterina assintomática após inserção de Dispositivo Intrauterino –
Relato de Caso e Revisão de Literatura**

João Paulo Cavalcante Roriz Teixeira¹, Francisco Caetano Rosa Neto², Rafael Emídio da Costa³, Thais Reggiani Cintra⁴, Camila Luz Costa⁵,
Izabela Luíza de Souza Vieira⁶, Paulo Henrique Lemos Pignatário⁷, Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes⁸

RESUMO

O dispositivo intrauterino (DIU) é o método contraceptivo reversível mais utilizado no mundo atualmente. Seu uso apresenta-se com maior destaque em países em desenvolvimento, sobretudo na Ásia Oriental. As contraindicações de seu uso são poucas, como as malformações uterinas, miomas submucosos e processos inflamatórios pélvicos. Apesar de ser amplamente utilizado, o DIU não é isento de complicações, sendo a perfuração uterina a mais grave delas. Na maioria dos casos, a perfuração ocorre no momento da inserção, no entanto sua migração subsequente é descrita. O caso de uma mulher de 34 anos em acompanhamento para planejamento familiar que optou pela inserção de DIU é descrito. Assintomática retorna à consulta com ecografia transvaginal de controle que demonstrou ausência de DIU em útero. Após solicitação de radiografia, o dispositivo foi identificado em cavidade abdominal. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora em que o DIU foi identificado e retirado. O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências. O artigo tem como objetivo correlacionar aspectos clínicos, de imagem e de tratamento com a literatura médica estabelecida.

Palavras-chave: Perfuração uterina; Dispositivos Intrauterinos; Portador sadio.

ABSTRACT

The intrauterine device (IUD) is the most commonly reversible used contraceptive method in the world today. Its use is most prominent in developing countries, especially in East Asia. Contraindications to its use are few, such as uterine malformations, submucosal myoma, and pelvic inflamma-

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Décimo período pela Universidade Católica de Brasília.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília. Presidente da Liga de Nefrologia da Universidade Católica de Brasília.

³ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília. Bolsista CNPq.

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

⁵ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

⁶ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

⁷ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

⁸ Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília - UCB. Doutor em Ginecologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ginecologista e Obstetra da UGO do Hospital Regional de Samambaia (SES DF). Professor da disciplina de Ginecologia/UCB. Pesquisador da Universidade Católica de Brasília. Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

tory processes. Although widely used, the IUD is not free of complications, with uterine perforation being the most severe. In most cases, perforation occurs at the time of insertion, however its subsequent migration is described. The case of a 34-year-old woman in follow-up for family planning who opted for IUD insertion is described. Asymptomatic returns to the consultation with transvaginal ultrasound that demonstrated absence of IUD in the uterus. After requesting radiography, the device was identified in the abdominal cavity. The patient underwent an exploratory laparotomy in which the IUD was identified and withdrawn. The surgical procedure was performed without intercurrents. The article aims to correlate clinical, imaging and treatment aspects with established medical literature.

Keywords: Uterine perforation; Intrauterine devices; Carrier State.

INTRODUÇÃO

O dispositivo intrauterino (DIU) é o método contraceptivo reversível mais utilizado no mundo atualmente. Apresenta-se com taxas de insucesso inferiores a 1 por 100 mulheres, sendo considerado um método bastante eficaz para o controle de natalidade.^{1,2,3}

O DIU é mais comumente empregado em países em desenvolvimento, com maior número de usuárias na Ásia Oriental. Hoje, destaca-se como segunda alternativa de planejamento familiar, depois da esterilização cirúrgica.^{2,3,4}

É um método que pode ser utilizado na maioria dos casos, havendo poucas contraindicações como as malformações uterinas, miomas submucosos e processos inflamatórios pélvicos.⁵ Além disso, intercorrências de sua inserção não são incomuns. As taxas de expulsão do DIU apresentam-se elevadas, principalmente em

usuárias com menos de 20 anos e o sangramento genital é mais frequente com o uso do DIU de cobre. Quanto a complicações de gravidade extrema temos a perfuração uterina.^{5,6}

A perfuração uterina é uma complicação potencialmente grave da inserção do dispositivo intrauterino. Apesar de rara, as taxas encontram-se entre 0,3 a 2,6 /1000 inserções.⁴ A inserção no pós-parto imediato, médico inexperiente, lactação e úteros extremamente ante ou retrovertidos são considerados os principais fatores de risco.⁴

Embora na maioria dos casos a perfuração uterina ocorra no momento da inserção do DIU, a migração subsequente do dispositivo pode ocorrer espontaneamente, deslocando-se para cavidade abdominal, tornando, pois, sua identificação extremamente difícil. Além disso, complicações graves foram relatadas em pacientes que se apresentaram com

permanência intra-abdominal do DIU após sua migração.⁶

A apresentação clínica de perfuração uterina é bastante variável. Podendo apresentar-se desde a forma assintomática até dor abdominal, sangramento anormal, formação de fistula, perfuração vesical e intestinal.^{2,3}

A radiografia de pelve e abdome identificará o dispositivo intrauterino na cavidade peritoneal, sendo a videolaparoscopia o método adequado para sua remoção. Não há contraindicação para utilização de outro DIU, caso seja o desejo da paciente.^{7,8}

O objetivo deste relato de caso consiste em correlacionar os aspectos clínicos, de imagem e tratamento da perfuração uterina após inserção de DIU em uma paciente jovem com a literatura médica.

RELATO DO CASO

Mulher de 34 anos, branca, G3P3A0, em acompanhamento ginecológico para planejamento familiar. Decidiu-se pelo DIU como método contraceptivo a ser empregado. Há um ano a inserção do dispositivo foi realizada, sem intercorrências. Após dez dias da inserção, paciente retornou com ecografia transvaginal de controle solicitada que demonstrou ausência do DIU em útero. Paciente relatou que se manteve assintomática durante todo o período após inserção do dispositivo. Foi solicitada uma radiografia de

abdome para investigação de migração do DIU que foi localizado em cavidade abdominal (Figura 1). A paciente foi encaminhada para emergência para avaliação,



Figura 1 - Radiografia simples de abdome com presença de DIU na cavidade abdominal.

sendo decidido realizar uma laparotomia exploradora.

Durante a cirurgia, o DIU foi identificado no epíplon (Figura 2) e, posteriormente, retirado. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências e a paciente evoluiu com pós-operatório adequado. Após ser explicado sobre a existência de outros métodos contraceptivos e também sobre a não contraindicação da inserção de outro DIU, a paciente optou pelo uso de contraceptivo injetável.



Figura 2 - Foto intra-operatória demonstrando a retirada do DIU em epíplon.

DISCUSSÃO

O DIU é um método contraceptivo eficaz, reversível, econômico, de longa ação, tolerável e amplamente utilizado por milhares de mulheres em todo o mundo, em especial de países em desenvolvimento, cujo índice é o dobro comparado ao de países desenvolvidos. Entretanto, não se trata de um procedimento isento de riscos. Pelo contrário, sérias complicações podem ocorrer, como a perfuração uterina e a migração para estruturas abdominais e pélvicas adjacentes.⁹

A incidência de perfuração uterina com os dois dispositivos disponíveis são semelhantes: levonorgestrel (1.4/1000) e o de Cobre (1.1/1000), sendo o local mais comum de perfuração a parede posterior uterina.^{4,9,10} A perfuração pode ser total ou parcial onde a primeira é caracterizada pela localização peritoneal do DIU e a segunda limitada pela parede uterina. Quando os órgãos do aparelho digestivo são acometidos há predomínio no

envolvimento do epíplon, cólon sigmoide, seguido pelo intestino delgado e reto.^{4,7,9}

Dentre os fatores de risco mais importantes para a ocorrência desta complicação estão: o período pós-parto imediato e amamentação o que sugere que a atividade motora uterina estimulada pela ocitocina associado ao hipoestrogenismo possa favorecer tal desfecho.^{4,9} Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a introdução do DIU deve ser iniciado até 48h após o parto ou a partir de 4 semanas após o parto. Outros fatores de risco incluem a configuração anatômica uterina, como o seu tamanho e sua localização além da inexperiência do profissional em realizar o procedimento.^{4,9}

Em estudo de Kaislasuo (2013) demonstrou que o tempo médio da inserção ao diagnóstico é de 5 meses variando de 0 dias até 69 meses. Além disso, constatou-se que 49% dos pacientes apresentaram sintomas imediatos após inserção (< 5 dias). Um pouco mais da metade das mulheres que foi submetida ao tratamento cirúrgico era sintomática (53,71%). Dentre os sintomas o principal foi a dor abdominal em 55% dos casos acompanhada ou não por sangramentos anormais, alterações do trato urinário e sintomas do trato gastrointestinal, como obstrução, fistula, perfuração, abscesso e peritonite. Logo, sua suspeita deve ser

levantada em toda paciente em uso de DIU que refere dor abdominal, sangramentos, sintomas do trato gastrointestinal, a presença de gestação ou pacientes assintomáticas que numa avaliação ginecológica de rotina não se encontra o DIU como foi deparado neste caso.^{11,12}

Para tais situações o uso combinado de ultrassonografia transvaginal (USG TV) e a radiografia de abdome simples são suficientes para o diagnóstico.¹ Já o uso da tomografia computadorizada (TC) fica restrita aos casos onde haja suspeita de complicações viscerais.^{1,9} Diante da grande parcela de complicação logo após a inserção do DIU alguns autores preconizam o uso da USG TV para o diagnóstico precoce, principalmente em procedimentos de difícil realização ou em quadros de dores pélvicas ou sangramentos relatadas pela paciente.^{2,10} Tal medida foi responsável pelo diagnóstico precoce da paciente mesmo assintomática. Porém, seu uso rotineiro e obrigatório pode restringir o uso deste método em áreas com recursos limitados. Além disso, muitos casos ocorrem espontaneamente após anos da inserção.^{9,11}

A forma tradicional de tratamento em pacientes sintomáticas consiste na laparotomia, entretanto, atualmente a laparoscopia tem sido a primeira opção por ser menos invasiva e mais segura.^{7,12} A principal causa de conversão da laparoscopia

para laparotomia é a presença de múltiplas aderências o que dificulta a visualização do DIU e torna a dissecação de alto risco.¹² Na presença de algumas complicações sugere-se a intervenção via laparotômica para a remoção do DIU e correção da complicação.^{11,13} No caso em questão, a opção por esta via decorreu da experiência técnica do profissional.

O manejo de pacientes assintomáticos na ausência de complicações ainda é controverso.^{11,12,13} Estudos recentes demonstram que a intervenção cirúrgica não é mandatória em pacientes mais velhas, com comorbidades e que o desejo contraceptivo não é mais desejado podendo optar-se pelo tratamento conservador devido ao risco intrínseco à cirurgia e a chance de migração secundária intra-operatória.^{12,13} Entretanto, grande parcela dos profissionais assim como a OMS e a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) recomendam a remoção cirúrgica do DIU antes da ocorrência de qualquer complicação.⁹ No caso em questão, tal conduta não foi considerada diante do desejo de contracepção assim como a ausência de comorbidades que pudessem aumentar o risco cirúrgico da paciente.

Em grupos selecionados de pacientes assintomáticos com perfuração uterina sem complicações pode haver a possibilidade de extração do DIU através de técnicas

minimamente invasiva, como a via endoscópica.^{11,13} A videocolonoscopia pode ser bem indicada em casos onde o dispositivo está localizado no interior do lúmen digestivo ou na parede interna do cólon.¹⁴

CONCLUSÃO

Apesar de ser um método contraceptivo seguro e eficaz trata-se de um procedimento passível de complicações, onde a perfuração uterina representa a mais grave, porém rara.¹⁰ A migração do DIU é descoberta após quadros de dor abdominal associado ou não a sangramentos irregulares em procedimentos de difícil inserção ou em pacientes assintomáticas de forma incidental por meio de rotina ginecológica.^{11,12}

Seu diagnóstico é realizado facilmente através de radiografia simples de abdome ou de ultrassonografia transvaginal. A TC de abdome fica restrita aos casos em que há complicações abdominais.^{1,9}

A intervenção cirúrgica deve ser realizada, a princípio, em todos as pacientes sintomáticas ou não. No entanto, há estudos que levantam a possibilidade da intervenção conservadora, em especial pacientes com diversas comorbidades, que não tenham mais o desejo de contracepção e que o risco de gestação seja baixa. Apesar disso, são necessários mais estudos para corroborar sua segurança clínica. A opção cirúrgica deve ser minimamente

invasiva por via laparoscópica, porém a presença de múltiplas aderências ou complicações pode convertê-la à laparotomia.¹²

Portanto, apesar da possível complicação potencialmente grave mas ao mesmo tempo rara seu uso como política pública de saúde de planejamento familiar deve ser incentivada e mantida já que seus benefícios superam sobremaneira seus riscos.

BIBLIOGRAFIA

1. Kaplanoglu M, Bulbul M, Yuce T, Kaplanoglu D, Aban M. Mislocated extrauterine intrauterine devices: Diagnosis and surgical management. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2015;16(2): 91-5.
2. Holanda A, Barreto C, Holanda J. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *Femina.* 2013; 41(3): 140-6.
3. Giordano M, Giordano L, Panisset K. Dispositivo intrauterino de cobre. *Femina.* 2015; 41(1): 15-20.
4. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception.* 2015; 91(4): 274-9.

5. Holanda A, Pessoa A, Holanda J. Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfica: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(8):373-8.
6. Yang X, Duan X, Wu T. Ureteric Obstruction Caused by a Migrated Intrauterine Device. *Urol Case Rep.* 2017; 4(10): 33-5.
7. Şengul Ö, Dilbaz B, Kavak D, Dede S, Yerebasmaz N, Altinbas S, et al. Surgical management of extrauterine mislocated intrauterine contraceptive devices and related risks. *Journ Obstet Gynecol.* 2013; 34(1): 70-3.
8. Zorrón R, Menezes M, Philips H, Zuba C, Filgueiras M. Perfuração Cecal Assintomática por D.I.U.: Tratamento Laparoscópico. *Rev Bras Videocir.* 2005; 4(3):216-9.
9. Toumi O, Ammar H, Ghdira A, Chhaidar A, Trimech W, Gupta R, et al. Pelvic abscess complicating sigmoid colon perforation by migrating intrauterine device: A case report and review of the literature. *Int Journ Surg Case Rep.* 2018; 42(1):60-3.
10. Barnnet C, Moehner S, Do Minh T, Heinemann K. Perforation risk and intrauterine devices: results of the EURAS-IUD 5-year extension study. *Europ Journ Contr Rep Heal Care.* 2017; 22(6): 424-8.
11. Sun X, Xue M, Deng X, Lin Y, Tan Y, Wei X, et al. Clinical characteristic and intraoperative findings of uterine perforation patients in using of intrauterine devices (IUDs). *Gynecol Surg.* 2018;15(1): 1-7.
12. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lahteenmaki P, Heikinheimo O. Uterine perforation caused by intrauterine devices: clinical course and treatment. *Hum Reprod.* 2013; 28(6): 1546-1551.
13. Uçar M, Sanlikan F, Ilhan T, Goçomen A, Çelik Ç. Management of intra-abdominally translocated contraceptive devices, is surgery the only way to treat this problem? *Journ Obstet Gynecol.* 2017; 37(4): 480-6.
14. Güngör M, Sönmezer M, Atabekoglu C. Laparoscopic management of a translocated intrauterine device perforating the bowel. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003;10(4): 539-541.