

Extracción de cuerpos extraños intrauterinos

Drs. Christian Sánchez-Boccaccio, María A Brito-Pérez

Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la extracción transcervical de cuerpos extraños de la cavidad endometrial por histeroscopia.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre hallazgos inusuales y extracción de cuerpos extraños intrauterinos por histeroscopia entre junio 2000 y junio 2005.

Ambiente: Unidad de Endoscopia, Hospital Universitario de Caracas.

Resultados: Se identificaron seis casos con cuerpo extraño en cavidad endometrial, entre ellos: fragmento de madera, dispositivo intrauterino (DIU) fragmentado, algodón, catéter de peridural, metaplasia ósea.

Conclusiones: La histeroscopia es una herramienta indispensable para la evaluación de la cavidad endometrial, y en especial en los casos en los que se sospecha la presencia de un cuerpo extraño intracavitario. La histeroscopia permite el diagnóstico y tratamiento del problema de una forma rápida y segura.

Palabras clave: Cuerpo extraño. Sangrado uterino anormal. Histeroscopia.

SUMMARY

Objective: To evaluate the transcervical removal of foreign bodies from the endometrial cavity for hysteroscopy.

Methods: Descriptive and retrospective study about unusual findings and extraction of intrauterine foreign bodies for hysteroscopy between June 2000 and June 2005.

Settings: Endoscope Unit of Gynecology Service, University Hospital of Caracas.

Results: Six cases with foreign bodies in endometrial cavity were identified, such as wood sticks, intra uterine device fragment's (IUD), piece of cotton, peridural catheter, bone metaplasia.

Conclusions: The hysteroscopy is an indispensable tool for the evaluation of the endometrial cavity, and specially in cases with suspicion of intracavitary foreign bodies. The hysteroscopy permit the diagnostic and treatment of the problem with security and safety.

Key words: Foreign bodies. Abnormal uterine bleeding, Hysteroscopy

INTRODUCCIÓN

Aunque la primera histeroscopia se realizó hace más de 100 años (1), no fue sino en la década de los 60, cuando se comenzó a integrar a las herramientas de trabajo del ginecólogo. Esta técnica permite la evaluación directa de la cavidad endometrial, y es indispensable para el diagnóstico de enfermedades neoplásicas del endometrio en estadios iniciales, y en aquellas pacientes que en la posmenopausia presentan sangrado uterino. Además se puede utilizar para el diagnóstico y tratamiento de patologías proliferativas benignas como pólipos, miomas, sinequias, estudio de la mujer con problemas de fertilidad (2), extracción de dispositivos intrauterinos con hilos perdidos, y extracción de cuerpos extraños, evaluación, diagnóstico y tratamiento en pacientes con sangrado uterino anormal (3,4).

La presencia de cuerpos extraños en la cavidad

endometrial, representa un hallazgo poco común, pero que eventualmente se puede presentar en pacientes de cualquier edad, desde niñas, hasta mujeres de edad avanzada. La histeroscopia ofrece la posibilidad de realizar el diagnóstico una vez que se sospecha la presencia del elemento extraño en la cavidad, y permite su extracción.

Encontramos seis casos de cuerpos extraños en la cavidad endometrial, visualizados por histeroscopia, en la población evaluada a lo largo de los últimos diez años en la Unidad de Histeroscopia del Hospital Universitario de Caracas.

MÉTODOS

Es un estudio descriptivo y retrospectivo. El universo del presente estudio estuvo constituido por

todas las pacientes que fueron evaluadas en la unidad de histeroscopia del Hospital Universitario de Caracas. Dentro de este grupo se seleccionaron las pacientes que con la ultrasonografía transvaginal revelara la posible presencia de cuerpo extraño intracavitario, o que por antecedentes al interrogatorio, refirieron esta posibilidad. Se identificaron seis casos, tres de ellos asociados a sangrado uterino anormal, y tres asintomáticas.

Se utilizó histeroscopia rígida marca Intermed® de 4 mm visión foro oblicua de 30°, con camisa diagnóstica de 5,3 mm de diámetro, para la histeroscopia diagnóstica. En la extracción de los cuerpos extraños encontrados se utilizó: camisa de flujo continuo de 7 mm, instrumentos mecánicos con diámetros menores a 2,3 mm, como pinzas de prensión, pinzas de biopsia y tijeras.

En cuatro casos se requirió el apoyo del anestesiólogo, quien a través de una sedación simple endovenosa, nos permitió efectuar el procedimiento evitando la molestia de las pacientes, y dos casos toleraron el procedimiento sin anestesia. Los procedimientos fueron realizados en el quirófano de endoscopia ginecológica del servicio de ginecología.

Se realizó la descripción histeroscópica de la canal endocervical y de la cavidad endometrial, tras la identificación del cuerpo extraño, se llevó a cabo la extracción utilizando la camisa de flujo continuo 7 mm, y pasando a través de él una pinza de prensión, con la cual se logró la extracción completa y satisfactoria del mismo.

Caso 1

Paciente 65 años de edad, V gestas, IV paras y I aborto, posmenopáusica desde los 50 años de edad sin terapia hormonal actual, quien durante la realización de citología exfoliativa de control, durante la introducción del hisopo para muestra de endocérnix, el algodón del mismo quedó retenido en cavidad uterina de forma inadvertida. La paciente acude tres meses después al control ginecológico, se realizó ultrasonido transvaginal, donde se evidenció imagen hipoeoica intracavitaria, sugestiva de pólipo endometrial, razón por la cual fue referida a la Unidad de Histeroscopia del Hospital Universitario de Caracas. Se realizó evaluación de la cavidad por vía histeroscópica, se identificó el elemento extraño, resultando tratarse de una pieza algodón y se extrajo satisfactoriamente con pinza de prensión (Figura 1).



Figura 1. Pieza de algodón.

Caso 2

Paciente de 35 años de edad, II gestas, I para, I aborto, con sangrado uterino intermenstrual. Se realiza ultrasonido (US) transvaginal (TV), encontrándose imagen hiperrefringente intracavitaria; se procede a realizar histeroscopia diagnóstica, evidenciando múltiples estructuras de aspecto óseo, las cuales fueron extraídas por esta vía en su totalidad. Se envían para estudio anatomopatológico y lo describen como metaplasia ósea (Figura 2).



Figura 2. Metaplasia ósea.

Caso 3

Paciente de 32 años, II gestas, I para, quien posterior a interrupción voluntaria de embarazo de 9 semanas en un ambiente no hospitalario y sin asistencia médica, realizan maniobras abortivas.

EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS

Presenta siete días después, sangrado genital abundante, dolor pélvico, se indica ultrasonido transvaginal, donde se evidencia imagen intracavitaria hiperrefringente lineal, que parece corresponder a dispositivo intrauterino normo-inserto (Figura 3). Se realiza histeroscopia diagnóstica, y se evidencia cuerpo extraño que posterior a su extracción, se comprueba se trata de fragmento de madera usado para la maniobra abortiva clandestina (Figura 4).



Figura 3. Ultrasonido transvaginal. Imagen hiperrefringente en cavidad uterina

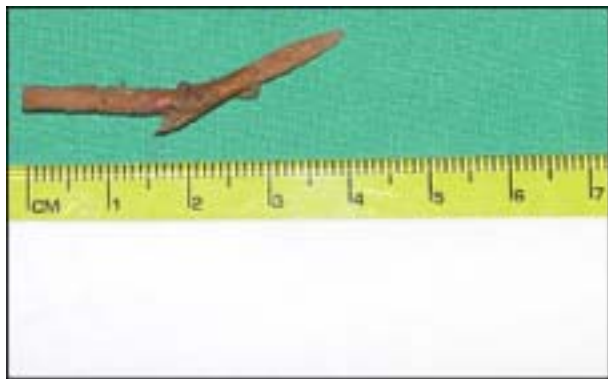


Figura 4. Fragmento de madera extraído.

Caso 4

Paciente de 26 años, II gestas, I cesárea, en estudio por infertilidad secundaria de única unión, con antecedente de obstrucción tubárica bilateral diagnosticada por histerosalpingografía, quien pos-

terior a canalización tubárica retrógrada (fimbrias) con catéteres de anestesia peridural, vía laparoscópica, realizada por especialista en una institución privada, y los cuales serían posteriormente extraídos en un segundo tiempo por vía vaginal a ciegas. Es referida por la imposibilidad de lograr dicha extracción en forma satisfactoria, sólo lográndose obtener uno de los catéteres bajo este método, en vista de la dificultad para localizar el segundo catéter, refieren a la paciente a nuestra Unidad, para su extracción vía histeroscópica, la cual se realiza de forma exitosa (Figura 5).



Figura 5. Catéter de anestesia intracavitario.

Caso 5

Paciente de 42 años de edad, quien es referida por su médico tratante a nuestra institución para la extracción del dispositivo intrauterino (DIU) quien posterior a intento de extracción del mismo (asa de Lippes) utilizando una cureta de Novak, no lo logra y se produce fragmentación del mismo, obteniendo sólo parte del dispositivo. Cinco años después de este procedimiento, la paciente refiere metrorragia tipo mancha, se realiza ecosonograma transvaginal evidenciándose dos imágenes hiperrefringentes intracavitarias separadas una de la otra. Al evaluar por vía histeroscópica en la unidad, se aprecian dos fragmentos del dispositivo intrauterino de aproximadamente 1,5 cm cada uno, los cuales son removidos de la cavidad con la pinza de presión en su totalidad (Figura 6).



Figura 6 Fragmentos de dispositivo intrauterino



Figura 7 Asa de Lippes incluido en mioma.

Caso 6

Paciente 57 años, III gestas, III paras, posmenopáusica desde los 48 años de edad, sin terapia hormonal, quien es referida por su médico tratante para extracción de DIU intracavitario cuyos hilos no se observan en orificio cervical externo. Se realiza ecosonograma transvaginal, se evidencia patología endometrial, con imagen isoeoica al miometrio de 21 x 18 mm de diámetro, con áreas de calcificación, se concluye como mioma submucoso calcificado, no se aprecia dispositivo durante el estudio de ultrasonido. Al realizar histeroscopia diagnóstica, se aprecia lesión intracavitaria compatible con mioma submucoso tipo O que ocupa aproximadamente 80 % de la cavidad, y dispositivo incluido dentro del mioma, ameritando realizar miomectomía con resectoscopio de energía bipolar (Versapoint®) para lograr la extracción del mioma y del cuerpo extraño con éxito (Figura 7).

DISCUSIÓN

Un examen valioso para evaluar la cavidad endometrial es la histeroscopia. Existen descripciones en la literatura acerca de cuerpos extraños en vagina y cavidad uterina hallados por esta técnica, entre estos se encuentran: fragmentos de dispositivos intrauterinos, suturas no reabsorbibles de cirugías obstétricas previas, papel higiénico en niñas, metaplasia ósea, tallos de laminaria (5-10). En nuestra experiencia en los últimos cinco años en la Unidad de Histeroscopia del Hospital Universitario de Caracas, los hallazgos de cuerpos extraños intracavitarios son poco comunes, entre ellos

encontramos: fragmentos de hueso (metaplasia ósea), catéteres, porciones de algodón, fragmento de madera y partes de asa de Lippes.

El hallazgo de un asa de Lippes incluido en un mioma submucoso tipo O, es poco frecuente, esta experiencia sólo ha sido publicada previamente por Miranda y col. (11) y por Espósito y col. (12), quienes describieron asa de Zipper dentro de un mioma en 1973. La interrogante que surge a través de estos casos es, ¿qué habrá ocurrido primero? ¿La inserción del DIU y posterior crecimiento del mioma alrededor de él? ¿O el mioma ya ocupaba la cavidad endometrial y posteriormente incluyó al DIU a su núcleo? Parece que la hipótesis más aceptada sea la primera, debido a los hallazgos histológicos encontrados en el trabajo de Miranda y col. (11).

Lo importante de este caso, no es sólo su singularidad, sino el alcance que tiene la técnica histeroscópica para la resolución de la patología, de una forma segura, y a través de una invasión mínima.

La metaplasia ósea, es una patología poco frecuente. Thaler citado por Ombelet en 1923, realiza la primera descripción de cartílago a nivel endometrial (13). Existen en la literatura varias publicaciones donde relacionan el hallazgo de metaplasia ósea a sangrado posmenopáusico (14) y a problemas de fertilidad (15,16), y descripciones de casos aislados asociados a abortos previos (17-25). En cuanto a las causas de esta entidad. Hay autores que plantean que se debería a una “calcificación y osificación distrófica” de tejido fetal residual posaborto (13). El embarazo tendría al menos 12 semanas de gestación, por ser el momento que ocurre la osificación endocondral. Aún se desconoce su

fisiopatología, sin embargo, se piensa que se origina de tejido ovular o fetal residual de abortos incompletos o legrados uterinos insuficientes, que posteriormente con el paso del tiempo se calcifican, originando el aspecto de fragmentos óseos a la histeroscopia (14-20).

Tras descartar las causas más frecuentes de sangrado genital anormal, debemos tomar en cuenta la posibilidad de cuerpos extraños en cavidad uterina. La histeroscopia ha demostrado ser una técnica eficaz para la extracción de cuerpos extraños de vagina y cavidad endometrial.

Conclusiones

La histeroscopia es la herramienta indispensable para la evaluación de la cavidad endometrial, y en especial en los casos en los que se sospecha la presencia de un cuerpo extraño intracavitario, a pesar de ser un hallazgo poco frecuente. La histeroscopia permite el diagnóstico y tratamiento del problema de una forma rápida y segura.

REFERENCIAS

- Pantaleoni D. An endoscopy examination of the cavity of the womb. *Med Press Circ.* 1869;8:26-29.
- Jaffe SB, Jewelewicz R. The basic infertility investigation. *Fertil Steril.* 1991;56:599-613.
- Labastida NR. *Tratado y Atlas de Histeroscopia.* Madrid: Editorial Salvat; 1990.
- Letterie Gs, Case KJ. Intraoperative ultrasound guidance for hysteroscopic retrieval of intrauterine foreign bodies. *Surg Endosc.* 1993;7:182-184.
- Xia E, Duan H, Huang X, Zheng J, Yu D, Cheng L. Hysteroscopic removal of foreign bodies and its method of monitoring. *Chin Med J (Eng).* 2003;116:125-128.
- Wang CW, Lee CL, Soung YK. Hysteroscopic extraction of a vaginal foreign body in child. *J Am Gynecol Laparosc.* 1996;3:443-444.
- Smith YR, Berman DR, Quint EH. Premenarchal vaginal discharge: Findings of procedures to rule out foreign bodies. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002;15:227-230.
- Hunger C, Ring A. Chicken bones in the uterus. An exceptional reason for sterility. *Zentralbl Gynakol.* 2001;123:604-606.
- Borgatta L, Barad D. Prolonged retention of laminaria fragments: An unusual complication of laminaria usage. *Obstet Gynecol.* 1991;78:988-990.
- Kazakov BJ, Khankoev IM, Pererva VY. Results of hysteroscopic method of foreign body removal out of uterus cavity. *J Am Assoc Laparosc.* 1994;1:516-517.
- Miranda C, Espinoza A, Salinas R, Mendez G, Alam V, Hess R. Intramyoma intrauterine device. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1989;54:338-339.
- Espósito JM, Zarou DM, Zarous GS. A Dalkon Shield imbedded in a myoma: Case report of an unusual displacement of a intruterine contraceptive device. *Am J Obstet Gynecol.* 1973;117:578-581.
- Ombelet W. Endometrial ossification, an unusual finding in a fertility clinic. A case report. *J Reprod Med.* 1989;34:303-304.
- Sahinoglu Z, Kuyumcvoglu U. An unusual case postmenopausal vaginal bleeding: Retention of fetal bone. *Arch Gynecol Obstet.* 2003;267:160-162.
- Dawood MY, Jarrett JC 2nd. Prolonged intrauterine retention of fetal bones after abortion causing infertility. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;143:715-717.
- Abache E, Zigelboim I, Paiva S, Vargas S. Osificación endometrial. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54:47-49.
- Benchimol M, Seince N, Tigazin A, Carbillon L, Uzan M. Endometrial ossification: About one case. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003;31:841-843.
- Chan NS. Intrauterine retention of fetal bone. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1996;36:368-371.
- Al-Shawaf T, Brown J, Keegan C. Retention of fetal bones 8 years following termination of pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1992;2:61-63.
- Melius FA, Julian TM, Nagel TC. Prolonged retention of intrauterine bones. *Obstet Gynecol.* 1991;78:919-921.
- Basu M, Mammen C, Owen E. Bony fragments in the uterus: An association with secondary subfertility. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;22:402-406.
- Tulandi T, Sammour A. Retained fetal bones in the uterine cavity. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001;8:179-180.
- Chervenak FA, Amin HK, Neuwirth RS. Symptomatic intrauterine retention of fetal bones. *Obstet Gynecol.* 1982;59(Suppl):58-61.
- Makris N, Stefanidis K, Loutradis D, Anastasiadou K, Hatjipappas G, Antsaklis A. The incidence of retained fetal bone revealed in 2000 diagnostic hysteroscopies. *JSLs.* 2006;10:76-77.
- Torne A, Jou P, Pagano R, Sanchez I, Ordi J, Vanrrel JA. Endometrial ossification successfully treated by hysteroscopic resection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1996;66:75-77.