



PERFURAÇÃO ASSINTOMÁTICA DO ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÓLON POR DISPOSITIVO INTRA-UTERINO: TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO POR PORTAL ÚNICO

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA¹; NAIARA LAMOUNIER RIBEIRO¹; DEBORAH CAMPOS OLIVEIRA¹; RONALD SOARES DOS SANTOS¹; ANDREA ZERINGOTA DE CASTRO MACHADO²; IGOR PIMENTA DE SOUZA¹; BÁRBARA SORAYA DE MEDEIROS BRITO¹.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

2. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO

O dispositivo intra-uterino (DIU) consiste de um método contraceptivo reversível, com alta eficácia e considerado seguro. A sua inserção é feita por um procedimento simples, sem necessidade de internação. As complicações graves são raras, sendo as principais a expulsão e o mau posicionamento. A perfuração uterina ocorre em 1 a cada 1000 casos. O quadro clínico de uma paciente com perfuração é pouco específico, com dor e sangramento, que pode evoluir para instabilidade hemodinâmica, dor pélvica grave etc. Em alguns casos, os efeitos adversos podem ser assintomáticos ou leves. Portanto, mesmo que os riscos da inserção do DIU sejam baixos, o acompanhamento pós-procedimento para vigilância é útil para a avaliação de possíveis efeitos adversos.

RELATO DE CASO

Mulher, 33 anos, assintomática, após tomografia computadorizada teve descoberta incidental de um DIU em cavidade abdominal, sem perfuração de víscera oca e bloqueada por órgãos adjacentes. O DIU foi introduzido dois meses antes do achado e 14 dias após parto tipo vaginal. A inserção do DIU foi sem complicações, exceto por pequeno sangramento após o procedimento. Duas semanas após, a paciente realizou ultrassonografia pélvica de controle, que não localizou o DIU. Foi indicada a exploração laparoscópica do abdome, com utilização de um trocarte –portal único: um trocarte de 10mm, na cicatriz umbilical, para a câmera, um trocarte de 5mm, para a mão direita do cirurgião, e um de 5mm

para a mão esquerda. Realizado pneumoperitônio com 12mmHg de CO₂ através de técnica fechada trans-umbilical e instalado o trocarte sem visão direta. Concretizado o inventário de cavidade, demonstrou-se útero e anexos íntegros e foi feita a dissecação do bloqueio inflamatório de alças do jejuno e ângulo esplênico do cólon junto ao baço; foi identificada a presença do DIU na cavidade abdominal, e o seu guia quase em sua totalidade inserido na parede ântero-superior do ângulo esplênico do cólon, através de uma perfuração bloqueada de aproximadamente 3 mm. Diante da constatação, a paciente foi submetida ao procedimento para a retirada do DIU por trocarte de 10mm e sutura do defeito provocado pelo guia em plano único com pontos separados de PDS 3.0. Em seguida, foi realizada a lavagem de cavidade com soro fisiológico e não foi utilizada drenagem. O procedimento durou 40 min. A paciente teve boa evolução pós-operatória, sem complicações, com início da dieta em 8h e alta em 24h.

DISCUSSÃO

A transmigração do DIU para a cavidade abdominal é incomum, mas pode levar a complicações graves, que são preferencialmente manejadas por videocirurgia. Neste caso, o dispositivo migrou para a região paraesplênica e foi bloqueado pelo estômago e ângulo esplênico do cólon, tratado por videolaparoscopia, após 2 meses "in situ". Vale ressaltar que apesar da colocação do DIU constituir uma forma segura e efetiva de contracepção, ela não está isenta de riscos, os quais devem ser discutidos com a paciente e acompanhados pelo médico.

REFERÊNCIAS:

1. Barbara S Levy, MD, FACOG. **Uterine perforation during gynecologic procedures.** Post TW, ed. Atualizado. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acessado em 24 de agosto de 2020.)
2. Katherine D Pocius, MD, MPH, Deborah A Bartz, MD, MPH. **Intrauterine contraception: Management of side effects and complications.** Post TW, ed. Atualizado. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acessado em 24 de agosto de 2020.)
3. Paula H Bednarek, MD, MPH. **Contraception: Postabortion.** Post TW, ed. Atualizado. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acessado em 24 de agosto de 2020.)
4. Sarita Sonalkar, MD, MPH, Sheila K Mody, MD, MPH. **Postpartum contraception: Counseling and methods.** Post TW, ed. Atualizado. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acessado em 24 de agosto de 2020.)
5. Tessa Madden, MD, MPH. **Intrauterine contraception: Background and device types.** Post TW, ed. Atualizado. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acessado em 24 de agosto de 2020.)