Caso Clínico

CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL: TRANSLOCACIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO

INTRAPERITONEAL FOREIGN BODY: TRANSLOCATION OF AN INTRAUTERINE DEVICE AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMEN

María Belén Estay Solís[a]*
María Fernanda Escudero Perelló[a]
Álvaro Mendoza Fernández[a]
Ignacio Alarcón Rocha[a]

[a]Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián.
Artículo recibido el 06 de junio, 2026. Aceptado en versión corregida el 03 de noviembre, 2026.
DOI: 10.52611/confluencia.2026.1843

RESUMEN

Introducción: El Asa de Lippes es un dispositivo intrauterino inerte cuya acción anticonceptiva consiste en impedir la implantación. La migración extrauterina de un dispositivo intrauterino es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. **Objetivo:** Revisión bibliográfica a raíz del caso de abdomen agudo secundario a translocación abdominal de un dispositivo intrauterino de larga data, complicación rara que representa un desafío diagnóstico. **Metodología:** Se presenta el caso de paciente de 69 años, que consulta por cuadro de abdomen agudo. El estudio imagenológico abdominopélvico reveló una colección perihepática asociada a una imagen sinusoidal radiopaca extrauterina, la que mediante laparoscopía exploratoria fue identificada como un dispositivo Asa de Lippes encapsulado por el omento, con adherencias firmes y cambios inflamatorios crónicos en el peritoneo parietal subhepático. **Resultado:** Se realizó la exéresis del dispositivo y adherenciolisis sin incidentes, otorgando el alta clínica a las 24 horas. **Discusión:** La migración de un dispositivo intrauterino ocurre secundaria a perforación uterina en el 80% de los casos y su ubicación peritoneal se asocia a complicaciones graves en órganos adyacentes. La naturaleza inerte del Asa de Lippes genera una respuesta inflamatoria de baja intensidad que facilita su encapsulación por el omento y su permanencia silente en la cavidad peritoneal. Consensos actuales recomiendan su extracción temprana para prevenir complicaciones, independientemente de la sintomatología de la paciente. **Conclusión**: Se destaca la importancia de un alto índice de sospecha ante el hallazgo imagenológico de cuerpos extraños en usuarias de dispositivo intrauterino, su extracción precoz y del seguimiento ginecológico de los métodos anticonceptivos.
Palabras clave: Dispositivos intrauterinos; Cuerpos extraños; Cavidad peritoneal; Abdomen agudo.

ABSTRACT

Introduction: The Lippes Loop is an inert intrauterine device that prevents pregnancy by inhibiting implantation. Extrauterine migration of an intrauterine device is an uncommon but potentially serious complication. **Objective:** Literature review based on a case of acute abdomen secondary to abdominal translocation of a long-standing intrauterine device, a rare complication that poses a diagnostic challenge**. Methodology:** We present the case of a 69-year-old patient who consulted due to symptoms of an acute abdomen. The abdominopelvic imaging study revealed a perihepatic collection associated with an extrauterine radiopaque sinusoidal image which, through exploratory laparoscopy, was identified as a Lippes Loop device encapsulated by the omentum with firm adhesions and chronic inflammatory changes in the subhepatic parietal peritoneum. **Result:** Exeresis of the device and adhesiolysis were performed uneventfully, and the patient was clinically discharged 24 hours later. **Discussion:** intrauterine device migration occurs secondary to uterine perforation in 80% of cases, and its peritoneal location is associated with severe complications in adjacent organs. The inert nature of the Lippes Loop generates a low-intensity inflammatory response that facilitates its encapsulation by the omentum and its silent permanence in the peritoneal cavity. Current consensuses recommend its early removal to prevent complications, regardless of the patient's symptomatology. **Conclusion:** The importance of a high index of suspicion regarding the imaging finding of foreign bodies in intrauterine device users, its early removal, and the gynecological follow-up of contraceptive methods is highlighted.
Key words: Intrauterine devices; Foreign bodies; Peritoneal cavity; Abdomen, Acute.

Cómo citar:
Estay-Solís MB, Escudero-Perelló MF, Mendoza-Fernández A, Alarcón-Rocha I. Cuerpo extraño intraperitoneal: Translocación de un dispositivo intrauterino como diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado 30 de noviembre 2026];9. Disponible en: https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1843

 *Correspondencia: mestays@correo.uss.cl

INTRODUCCIÓN

Los Dispositivos Intrauterinos (DIU) corresponden a un tipo de método anticonceptivo reversible de largo plazo cuyo uso se ha extendido a nivel mundial por ser simple de usar, por lo general bien tolerado, con alta tasa de eficacia y seguridad, y baja tasa de complicaciones asociadas[1,2]. El DIU “Asa de Lippes” fue utilizado desde inicios del año 1960 hasta mediados de la década de los 80. Estaba fabricado con materiales inertes como polietileno y sulfato de bario, y consistía en un asa de plástico doble “S” con forma de trapezoide que se acoplaba estrechamente a los contornos de la pared uterina. Su acción anticonceptiva se ejercía únicamente de forma mecánica impidiendo la implantación del óvulo fecundado, a diferencia de los dispositivos modernos que utilizan compuestos bioactivos encargados de inducir una respuesta inflamatoria química o mediada por fármacos (como el cobre u hormonas)[1,3].

La incidencia de efectos adversos relacionados al uso de los DIU en general es baja, siendo estos mínimos y tolerables[1,4]. Sin embargo, algunas pueden llegar a ser potencialmente graves, como lo son las hemorragias, infecciones, migración, expulsión y perforación uterina, aunque estas últimas son aún más infrecuentes[1,4-6]. La migración de un DIU ocurre secundario a una perforación uterina en la mayoría de los casos, pudiendo migrar hacia la cavidad peritoneal o a otras estructuras intraabdominales[1,4]. La ubicación ectópica de un dispositivo representa un desafío diagnóstico por su presentación atípica, pues es frecuente que las pacientes se presenten de forma asintomática, o con síntomas inespecíficos y leves de sangrado uterino anormal y/o dolor abdominopélvico, por lo que el diagnóstico suele ser incidental por hallazgo imagenológico y no siempre de forma oportuna[1,6].

El propósito de este reporte es documentar un caso de DIU extrauterino de larga data que se manifestó como abdomen agudo, detallando su diagnóstico por tomografía computarizada y su resolución laparoscópica. La relevancia de este caso se basa en el desafío diagnóstico que representa la translocación del dispositivo para los servicios de urgencias, debido a su baja frecuencia y presentación atípica, sumado al riesgo de complicaciones graves documentadas en la literatura.

Cabe destacar que el presente reporte se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación anonimizada de sus datos clínicos y de las imágenes asociadas. El manuscrito cuenta con el respaldo institucional del centro asistencial responsable del caso. Dado que corresponde a un reporte de un único paciente, el estudio se acogió al procedimiento de exención de revisión por comité ético-científico conforme a la normativa local vigente, resguardando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos personales.

DESARROLLO

Paciente femenina de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo, consulta en el servicio de urgencias por un cuadro de diez días de evolución de dolor abdominal y lumbar derecho, de inicio agudo y carácter progresivo hasta llegar a una intensidad categorizada en escala visual análoga (EVA) 10/10, irradiado hacia la extremidad inferior ipsilateral, acompañado de vómitos alimenticios. Al interrogatorio dirigido negó fiebre y síntomas urinarios.

Ingresa al servicio de urgencias en estables condiciones generales, hemodinámicamente estable, hidratada y bien perfundida. Al examen físico se describe que presentaba abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación del flanco y fosa ilíaca derechos, con signos de irritación peritoneal (signos de Blumberg y Psoas positivos). El resto del examen físico no mostró hallazgos patológicos. Se solicitaron exámenes de laboratorio en los que no se evidenciaron alteraciones en el perfil hepático ni en la función renal. Destaca la ausencia de elevación de parámetros inflamatorios sistémicos, los niveles de amilasa y lipasa se encontraron en rango de normalidad y el uroanálisis resultó negativo para infección urinaria. Luego se realizó una Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis (Figura 1), con medio de contraste endovenoso que reveló una colección perihepática de 5,5 x 3,5 cm asociada a una imagen sinusoidal radiopaca de morfología sugerente de dispositivo intrauterino de tipo Asa de Lippes, sin otros hallazgos patológicos.

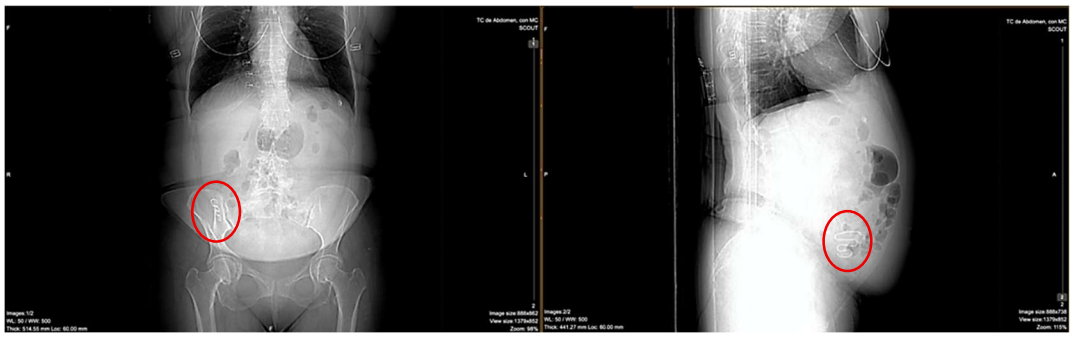


Figura 1. TC de abdomen y pelvis con medio de contraste endovenoso, proyecciones preliminares (Scout View) anteroposterior y lateral. Se evidencia una estructura radiopaca con la morfología sinusoidal en doble "S" característica del dispositivo intrauterino Asa de Lippes, proyectada sobre la cavidad peritoneal de la fosa ilíaca derecha.

También se efectuó una ecografía transvaginal que reportó un útero de caracteres normales con ausencia de dispositivo intrauterino en su interior, anexos sin alteraciones y espacio de Douglas sin líquido libre. Ante estos hallazgos, se dirigió la anamnesis, objetivando el antecedente de que la paciente se habría insertado un DIU hace aproximadamente 40 años, sin controles ginecológicos posteriores ni retiro documentado, confirmando la sospecha de una translocación silente de larga data.

Se procedió a realizar una laparoscopía exploratoria que confirmó la ausencia de líquido libre intraabdominal. Se identificó el dispositivo intrauterino (Figura 2), completamente encapsulado por el omento en la fosa ilíaca derecha. El útero y ambos anexos se observaron atróficos e indemnes. En la región subhepática y el hipocondrio derecho se evidenciaron adherencias laxas de omento hacia el peritoneo parietal, el cual presentaba características inflamatorias crónicas y ausencia de abombamiento, compatible con una zona de contacto prolongado con el dispositivo migrado.

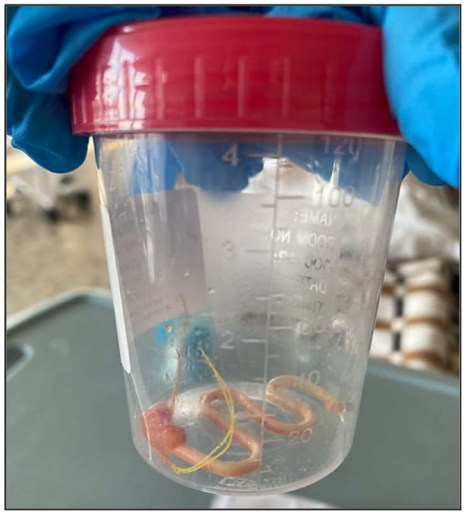


Figura 2. Dispositivo intrauterino Asa de Lippes posterior a su extracción, con presencia de un fragmento de tejido omental adherido en su extremo proximal. Se evidencia la indemnidad estructural del dispositivo junto con los filamentos guía remanentes.

El procedimiento quirúrgico consistió en la movilización del omento y la identificación del cuerpo extraño, seguido del clipado y sección omental por parcialidades mediante *hem-o-lok* y su posterior exéresis en bolsa de extracción (*endobag*) por el puerto umbilical. Finalmente, se realizó adherenciolisis con gancho monopolar (*hook*) en el hipocondrio derecho y epigastrio. Ante la ausencia de abombamiento en la región hepática se decidió no realizar drenaje. El procedimiento concluyó sin incidentes y la paciente fue dada de alta a las 24 horas sin registrar complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN

Con una incidencia estimada de 0,5 a 13 eventos por cada 1000 inserciones, la perforación de la pared uterina constituye el mecanismo precursor en aproximadamente el 80% de las translocaciones intraabdominales documentadas[1,5,6]. Dado que la curación del miometrio posterior a la perforación es rápida y la cicatriz suele desaparecer en un lapso de dos meses, en la mayoría de los casos esta condición puede pasar desapercibida[4].

La mayoría de las perforaciones ocurren de forma primaria durante la inserción, debido a una acción traumática sobre la pared uterina, o de forma secundaria por la penetración lenta y progresiva del dispositivo a través del miometrio[4,6,7]. En la literatura se describe que el espectro de esta complicación abarca desde la perforación incompleta, hasta la perforación uterina completa con translocación a la cavidad peritoneal o estructuras anexiales[7]. Históricamente, estos dispositivos se colocaban con aplicadores rígidos, lo que incrementaba significativamente el riesgo de sufrir dicha complicación[5].

La migración de un dispositivo hacia la cavidad peritoneal puede generar complicaciones potencialmente graves en órganos adyacentes hasta en un 15% de los casos. Entre estas se describen hemorragias, fístulas, abscesos, obstrucción intestinal, lesión mesentérica y peritonitis secundaria a la perforación de vísceras huecas, además de embarazos no planificados[1,5,6,8].

Aunque la mayoría de las migraciones ocurren hacia el fondo de saco de Douglas o el omento, la localización en espacios supracólicos —como el receso perihepático— es excepcional y representa un desafío diagnóstico, debido a su presentación clínica atípica[1,9]. Este desplazamiento se explica por la dinámica del flujo peritoneal, que transporta elementos hacia los recesos subfrénicos, donde el omento mayor actúa encapsulándolos mediante una respuesta inflamatoria persistente[9]. Bajo esta perspectiva, la colección perihepática reportada en la tomografía preoperatoria se correlacionó quirúrgicamente con cambios inflamatorios crónicos y adherencias omentales laxas en el peritoneo parietal subhepático por contacto prolongado. Al confirmarse laparoscópicamente la indemnidad de la región y la ausencia absoluta de abombamiento tisular o componente fluctuante, se determinó de forma dirigida la innecesariedad de realizar un drenaje quirúrgico, dado que la imagen correspondía finalmente a un plastrón inflamatorio y no a un proceso purulento activo.

El dolor irradiado hacia la extremidad inferior derecha y el signo Psoas positivo se explican por la relación anatómica entre la fosa iliaca derecha y el espacio retroperitoneal. La literatura describe que el peritoneo parietal posterior actúa como una interfaz que delimita la cavidad abdominal de los componentes neuromusculares profundos[10]. De este modo, la reacción inflamatoria crónica en el omento

provocó una irritación por contigüidad, estimulando directamente al músculo psoas mayor y a las ramas del plexo lumbar que disecan su trayecto, lo que terminó por mimetizar una afección retroperitoneal o una apendicitis de presentación retrocecal.

La naturaleza inerte del Asa de Lippes favorece una respuesta inflamatoria de baja intensidad, lo que facilita su encapsulación por el omento. Esto explica cómo pudo permanecer en la cavidad peritoneal de forma silente durante décadas y la ausencia de una respuesta inflamatoria de fase aguda en la analítica sanguínea. La sintomatología aguda probablemente se desarrolló de forma secundaria al contacto mecánico prolongado y a la tracción de las adherencias sobre el peritoneo parietal subhepático, y no por una reacción citotóxica o una infección primaria[1,3].

El diagnóstico de un DIU migrado debe realizarse mediante estudios de imagen. La TC y la resonancia magnética ofrecen una mayor precisión para identificar la ubicación exacta del elemento radiopaco, así como su relación con estructuras vecinas y vasos sanguíneos, lo cual representa un punto crítico al momento de planificar el abordaje quirúrgico[1,4].

Históricamente, los DIU intraperitoneales asintomáticos no se retiraban por considerarse inocuos y con una baja tasa de complicaciones. Sin embargo, los consensos actuales recomiendan su extracción temprana debido al riesgo de que evolucionen hacia alguna de las complicaciones graves descritas, independientemente de la sintomatología de la paciente. Para ello, se prefiere la vía laparoscópica por ser un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y eficaz[1,4].

CONCLUSIÓN

La translocación de un dispositivo intrauterino es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave que puede permanecer silente durante décadas y manifestarse de forma tardía como un cuadro de abdomen agudo que simula otras urgencias quirúrgicas. Este comportamiento silente se explica por la capacidad del omento de encapsular un cuerpo extraño mediante una respuesta inflamatoria crónica, que actúa como un gran simulador clínico y radiológico de otros procesos abdominales agudos. Por ello, este caso resalta la importancia de realizar una anamnesis dirigida sobre antecedentes ginecológicos en pacientes postmenopáusicas y de mantener un alto índice de sospecha clínica ante el hallazgo de cuerpos extraños en estudios de imagen, independientemente del tiempo transcurrido desde su inserción.

Asimismo, se refuerza la recomendación de la extracción quirúrgica temprana de estos elementos ectópicos, incluso en pacientes asintomáticas; el abordaje laparoscópico es la técnica de elección al ser segura, eficaz y permitir la exploración visual directa en tiempo real. Esta vía faculta la resolución definitiva con una mínima morbilidad y permite correlacionar con exactitud los hallazgos tomográficos preoperatorios, descartando procesos purulentos activos y evitando así otras intervenciones más invasivas o innecesarias.

Finalmente, este hallazgo subraya la necesidad de un control ginecológico periódico y del seguimiento estrecho de los métodos anticonceptivos de larga duración, asegurando el retiro oportuno de los mismos al finalizar su vida útil para prevenir complicaciones migratorias a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Darwish AS, Saffaf MK, Bawareth R, AlHawassi S. Intraperitoneal migration of an intrauterine device: a case report. J Surg Case Rep [Internet]. 2025 [citado el 1 de junio 2026];2025(7):rjaf579. Disponible en: https://doi.org/10.1093/jscr/rjaf579
2. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [citado el 1 de junio 2026];130(5):e251-e269. Disponible en: https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002400
3. Tilahun T, Tadesse A, Oljira R. Lippes loop intrauterine device left in the uterus for 40 years as a rare cause of postmenopausal pelvic pain: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2023 [citado el 1 de junio 2026];17(1):397. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13256-023-03991-1
4. Al-Khatlan HS, Al-Tuhoo AM, Abu-Faza M, Obaid M, Abdelazim IA, Al-Kandari IM. Intraperitoneally Retained Contraceptive Device After Uterine Perforation: A Case Report. J Mother Child [Internet]. 2023 [citado el 1 de junio 2026];27(1):79-82. Disponible en: https://doi.org/10.34763/jmotherandchild.20232701.d-22-00054
5. Aliukonis V, Lasinskas M, Pilvelis J, Gradauskas A. Intrauterine device migration into the lumen of large bowel: A case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2020 [citado el 1 de junio 2026];72:306-8. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.06.011
6. Toh WL, Lim WW, Tan WKA, Lim SKJ. An Unusual, Delayed Presentation of a Migrated Intrauterine Contraceptive Device Into the Rectosigmoid Colon. Cureus [Internet]. 2023 [citado el 1 de junio 2026];15(8):e42851. Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.42851
7. Pérez-Alcázar KV, Pérez-López JC, Martínez-Hernández CM, Ibarra-Rovirosa EA, Aguilar-Chable FL. Perforación uterina completa por dispositivo intrauterino (DIU). Tratamiento laparoscópico: reporte de caso clínico. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2022 [citado el 1 de junio 2026];90(7):616-22. Disponible en: https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7022
8. Rowlands S, Oloto E, Horwell DH. Intrauterine devices and risk of uterine perforation: current perspectives. Open Access J Contracept [Internet]. 2016 [citado el 1 de junio 2026];7:19-32. Disponible en: https://doi.org/10.2147/oajc.s85546
9. Varlas VN, Meianu AI, Rădoi AI, Balescu I, Bacalbasa N, Varlas RG. Intrauterine Contraceptive Device Migrated in the Urinary Tract: Case Report and Extensive Literature Review. J Clin Med [Internet]. 2024 [citado el 1 de junio 2026];13(14):4233. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jcm13144233
10. Kalra A, Wehrle CJ, Tuma F. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Peritoneum [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 1 de junio 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534788/