

Casos Clínicos

CUERPO EXTRAÑO INTRAVAGINAL SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE AGUJA DE OSTEOSÍNTESIS DE CADERA

Ernesto Perucca P.¹, Marcelo Reyes S.¹, María José Díez C.¹, Marcela Veloz T.^a

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

^a Interna de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se presenta caso clínico de migración de aguja de fijación de artroplastía de cadera a vagina en mujer embarazada.

PALABRAS CLAVE: *Cuerpo extraño vaginal, artroplastía cadera, displasia congénita de cadera, embarazo*

SUMMARY

We report a case of an intravaginal foreign body due to migration of needle hip fixation from hip arthroplasty in a pregnant woman.

KEY WORDS: *Vaginal foreign body, hip arthroplasty, congenital hip dysplasia, pregnancy*

INTRODUCCIÓN

La presencia de cuerpos extraños vaginales se produce habitualmente en la etapa preescolar o escolar debido a la automanipulación de los genitales (1,2). En mujeres adultas es menos frecuente, pero se han descrito en relación con maniobras sexuales (3-6) asociadas a alta morbilidad secundaria (fístulas vesicovaginales y/o ureterovaginales) (5). Incluso esta descrito la presencia de un cuerpo extraño intravaginal por períodos tan prolongados como 23 años, por causas iatrogénicas (7). En este contexto, nunca se ha descrito la migración hacia pelvis o genitales de elementos de osteosíntesis de artroplastía de cadera.

Presentamos el primer caso de una mujer que cursando un embarazo de 36 semanas, se detectó la presencia de un cuerpo extraño metálico transvaginal, correspondiente a una aguja de fijación de una artroplastía de cadera secundaria a

displasia congénita de cadera.

Caso Clínico

Mujer de 20 años que se encontraba en control en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), desde las 8 semanas de gestación por antecedente de útero doble y tabique vaginal longitudinal incompleto. Antecedentes de ser monorrena congénita izquierda y displasia bilateral de cadera, operada a los 9 años. Antecedentes obstétricos de 1 mortinato ocurrido a las 29 semanas de gestación de causa desconocida, con necropsia que descartó malformaciones. Al ingreso la ecografía precoz muestra edad gestacional acorde con fecha de última menstruación, confirmándose la presencia de útero doble. Cursando las 34 semanas es hospitalizada por hipertensión gestacional con cifras máximas de 150/100 mmHg, sin síntomas asociados y con exámenes

de laboratorio normales (proteinuria negativa, PTGO normal, pruebas hepáticas normales, clearance creatinina de 150 ml/min y hematocrito de 32,9%). Durante su hospitalización, evoluciona asintomática con cifras máximas aisladas de 140/90 mmHg. La ecografía de ingreso muestra feto de 34 semanas, creciendo sobre el percentil 90, peso fetal estimado de 2879 gramos. Índice de líquido amniótico de 9, presentación podálica, placenta posterior alta grado uno, anatomía fetal normal. Registros de frecuencia cardíaca fetal basal no estresantes normales. Es dada de alta con controles en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.

Consulta nuevamente al Servicio de Urgencia por metrorragia escasa, cursando embarazo de 36 semanas, feto en podálica, latidos cardíaco fetal de 128 por minuto. Al tacto vaginal se palpa tabique vaginal longitudinal incompleto y además de espólón metálico transfixiante hacia tercio superior de la pared vaginal izquierda de 1 a 2 cm, sin cubierta de mucosa. Cuello uterino sin modificaciones. Se hospitaliza y durante el período de observación se aprecia dinámica uterina y modificaciones cervicales. Con los diagnósticos de múltipara de 1 mortinato, parto pretérmino de 36 semanas, presentación podálica y cuerpo extraño intravaginal, se decide operación cesárea, bajo anestesia general debido a escoliosis severa. En la operación se comprueba segundo útero a izquierda. Se extrae recién nacido de 3052 gramos en podálica, talla de 48 cm, APGAR 8/9, sano.

La radiografía de pelvis al segundo día de puerperio muestra desplazamiento de la aguja de fijación de la cadera izquierda hacia tejido blando (Figura 1). Evoluciona su puerperio en forma fisiológica y queda citada para control por equipo de cadera del Servicio de Traumatología para programar el retiro de la aguja.

COMENTARIOS

La presencia crónica de cuerpos extraños intravaginales en la edad adulta es infrecuente. Un reporte español describe la presencia de cuerpo extraño intravaginal por 23 años, que correspondió a un par de alambres de 10 cm unidos a un electrodo de monitorización fetal intrauterina (7). Este caso, representa por lo tanto, un precedente en relación a la presencia de un cuerpo extraño metálico intravaginal correspondiente a aguja de osteosíntesis utilizada habitualmente en la reparación quirúrgica de fracturas óseas. Este caso correspondió a

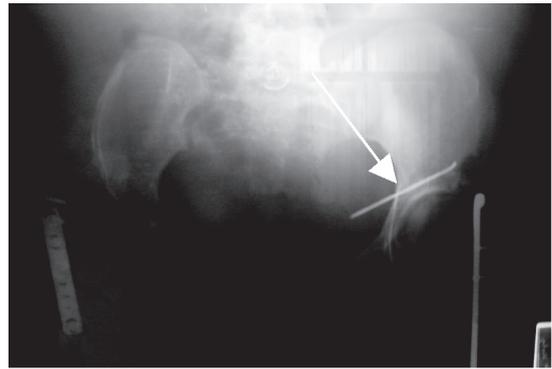


Figura 1. Radiografía pélvica post parto. Muestra desplazamiento de aguja de artroplastia desde cadera izquierda a la pelvis, con perforación al tercio superior de vagina (flecha).

una aguja usada en la artroplastia de cadera por una displasia congénita y que migró silenciosamente desde su posición original hacia la pelvis, manteniéndose asintomática por al menos 10 años hasta el momento de su embarazo. Finalmente fue diagnosticada por radiografía de pelvis en el puerperio inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vaginal foreign bodies. *J Paediatr Child Health* 2004;40(4):205-7.
2. Koberstein B, Döhmman S, Müller R. Incidental diagnosis of a vaginal foreign body during early pregnancy after an unusually long-term presence. *Zentralbl Gynakol* 2000;122(2):106-8.
3. Simon DA, Berry S, Brannian J, Hansen K. Recurrent, purulent vaginal discharge associated with longstanding presence of a foreign body and vaginal stenosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16(6):361-3.
4. O'Hanlan KA, Westphal LM. First report of a vaginal foreign body perforating into the retroperitoneum. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:962-4.
5. Binstock MA, Semrad N, Dubow L, Watring W. Combined vesicovaginal-ureterovaginal fistulas associated with a vaginal foreign body. *Obstet Gynecol* 1990;76:918-21.
6. Kurzel RB, Chaudhuri G, Hall D. Management of a vaginal foreign body. *Ann Emerg Med* 1981;10(9):492-3.
7. Valenzuela P. Removal of a fetal scalp electrode lodged in the vagina of a patient for 23 years. *J Obstet Gynaecol* 2006;26(7):704-5.