


Alumbramiento patológico por presencia de T de cobre en membranas ovulares. Informe de caso *

 Manuel Bravo¹.

RESUMEN

Los dispositivos intrauterinos de cobre son utilizados como métodos anticoncepcionales y es uno de los métodos más utilizados por su seguridad, reversibilidad y eficacia en la prevención de embarazos, que es superior al 97 %. Se presenta un caso de falla en la anticoncepción con dispositivos intrauterinos de cobre después de 5 años de uso en gestante de 26 años, que acudió al área de emergencias cursando con embarazo de 38 semanas y 4 días en periodo expulsivo; se obtuvo recién nacido a término sano. El periodo de alumbramiento patológico (prolongado) por presencia de dispositivo intrauterino de cobre en membranas ovulares.

Palabras clave: Dispositivo intrauterino, Embarazo a término, Alumbramiento patológico, DIU, Embarazo no planificado.

Pathological delivery due to the presence of copper T in ovular membranes. Case Report

SUMMARY

Copper intrauterine devices are used as contraceptive methods and are one of the most used methods due to their safety, reversibility and effectiveness in preventing pregnancy, which is greater than 97%. A case of failure in contraception with a copper intrauterine devices is presented after 5 years of use in a 26-year-old pregnant woman, who went to the emergency room with a pregnancy of 38 weeks and 4 days in the expulsive period; a healthy term newborn was obtained. The pathological (prolonged) delivery period due to the presence of copper intrauterine devices in ovular membranes.

Keywords: Intrauterine device, Term pregnancy, Pathological delivery, IUD, Unplanned pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre son utilizados como métodos anticoncepcionales y es uno de los métodos más utilizados por su seguridad, reversibilidad y eficacia en la prevención de embarazos, ya que es superior al 97 %. Se considera que el manejo de estos en atención primaria es un requisito para el médico rural, siempre y cuando conozca sus tipos, indicaciones y problemas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 160 millones de mujeres utilizan el DIU como método anticonceptivo a nivel mundial (2).

La inserción de un DIU en la cavidad uterina desencadena de inmediato una respuesta inflamatoria aséptica del endometrio, con un infiltrado leucocitario endometrial, la aparición de fagocitosis de los espermatozoides y la creación de un ecosistema desfavorable para la implantación. Por otro lado, los DIU de cobre aportan a todo lo anterior un impacto bioquímico y morfológico sobre el endometrio, con la producción de prostaglandinas, la interferencia del metabolismo del glucógeno y el aumento de estrógenos en la mucosa uterina. Además, los depósitos de cobre en el moco cervical producen, de por sí, una acción espermicida e impide la capacitación espermática.

¹Médico Cirujano, Hospital Eudoro González de Carayaca, Edo. La Guaira. *Caso clínico presentado en el XXXVI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, 2023. Correo de correspondencia: manbrav1993@gmail.com

Forma de citar este artículo: Bravo M. Alumbramiento patológico por presencia de T de cobre en membranas ovulares. Informe de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(1):73-77. DOI 10.51288/00840111

Globalmente, las complicaciones del uso del DIU oscilan entre un 20 % y un 30 % según los estudios, produciéndose fundamentalmente en el transcurso del primer año. Se distinguen tres tipos de complicaciones: complicaciones de la inserción, durante la evolución y, por último, en la extracción (3).

La complicación más temida es el embarazo no deseado por parte de la usuaria. La gestación aparece en una frecuencia del 1 % a 2 % (4). Está indicado el intento de extracción del DIU, y en caso de que el embarazo continúe su evolución, no aparece ningún incremento de la incidencia de partos pretérmino y de malformaciones congénitas.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una gestante de 26 años, cursando con embarazo simple de 38 semanas y 4 días por fecha de última regla (FUR), quien acudió al área de emergencia refiriendo contracciones uterinas dolorosas que aumentaban en intensidad, frecuencia y duración, concomitante pérdida de líquido a través de genitales externos.

Al momento del ingreso la paciente mencionó que no se controló el embarazo por la dificultad de acceder a atención sanitaria en su localidad y ser portadora de un DIU.

Al examen físico se evaluó gestante en estables condiciones generales, afebril, hidratada, tolerando vía oral y aire ambiente. Abdomen: gestante, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio, altura uterina de 33 cm, movimientos fetales positivos, dinámica uterina de 4 contracciones de 40 segundos en 10 minutos, feto único, longitudinal, dorso izquierdo, cefálico, encajado. Frecuencia cardíaca fetal de 144 lpm. Genitales externos normoconfigurados, tacto

vagina normotérmica, normotónica, cuello centrado, borrado, dilatado en 10 cm, membranas ovulares rotas. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edema. Neurológico: orientada en tiempo, espacio y persona. Reflejos osteotendinosos II / IV.

Durante el ingreso, la paciente firmó un consentimiento informado para su atención.

Los diagnósticos de ingreso fueron: a) embarazo simple de 38 semanas + 4 días por FUR, en fase expulsiva del trabajo de parto; b) III G II P; c) portadora de DIU; d) embarazo no controlado.

Se realizó vaciamiento de emuntorios y con la paciente en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia, se colocaron campos estériles; se procedió a realizar venoclisis de vía periférica más hidratación parenteral con solución 0,9 %, sin agregados. Se procedió a la atención del parto obteniendo recién nacido vivo masculino, que pesó 2900 g, talló 50 cm, lloró y respiró espontáneamente al nacer; apego materno precoz, administración de oxitocina, 10 unidades internacionales, vía intramuscular; pinzamiento tardío de cordón umbilical. Alumbramiento patológico, se esperó 30 minutos y no se logró obtener la placenta mediante alumbramiento dirigido, a pesar de evidenciarse los signos de desprendimiento placentario (Fabre, Ahlfeld, Küstner). Se procedió a realizar tacto vaginal en el que se palpa parcialmente la placenta y una porción del DIU, se reajustó la posición del mismo, para finalizar con la obtención de la placenta aparentemente completa mediante alumbramiento manual (figuras 1 y 2). Puerperio fisiológico.

El diagnóstico posparto fue: a) puerperio inmediato de parto eutócico simple; b) III G III P; c) recién nacido sano a término.

La puerpera y recién nacido son dados de alta a las 24 horas, sin complicaciones.

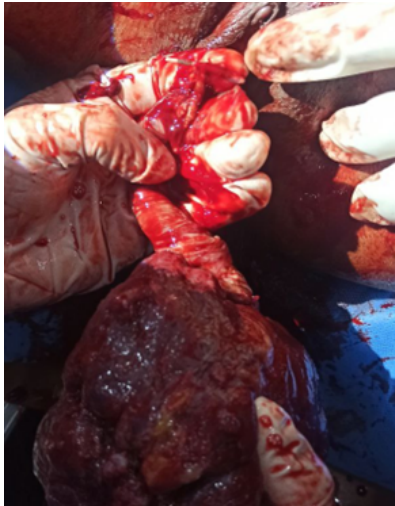


Figura 1: DIU al momento del alumbramiento manual.



Figura 2: Posterior a alumbrar se evidencia DIU inmerso en membranas ovulares

DISCUSIÓN

El embarazo como complicación en usuarias de DIU esta descrito más comúnmente el primer año posterior a la inserción, con una incidencia de hasta el 40,7 %.

El fracaso anticonceptivo a los 5 años es de 8,6 %. En una revisión de diferentes trabajos todos coinciden en finalización de parto a término en más de 50 % de los casos (5).

Con este caso clínico se espera reforzar el conocimiento y habilidad que puede tener un médico general, médico rural, estudiante o pasante a la hora de enfrentar complicaciones obstétricas en un medio rural donde los centros de referencia son alejados, no se cuenta con especialistas y la atención del paciente no puede ser demorada; en esos casos, se debe manejar las distintas maniobras de atención para disminuir la morbimortalidad materno-fetal, tanto a la hora de enfrentar el primer diagnóstico de embarazo en usuaria portadora de DIU durante el control prenatal oportuno, como también en la atención del parto, cuando se pueda presentar alguna complicación asociada a la presencia de un DIU.

Los efectos adversos son mayores cuando el DIU se deja en su lugar, estos pueden ser abortos espontáneos, embarazo ectópico, parto prematuro, sangrado, corioamnionitis, desprendimiento de placenta y mayor prevalencia de invasión microbiana a cavidad amniótica.

Ante el diagnóstico de embarazo en usuaria portadora de DIU, lo primero que el médico debe realizar es el diagnóstico de embarazo intrauterino o extrauterino (6). Si el primer control prenatal es oportuno y se realiza en el primer trimestre de embarazo se debería tratar de extraer el DIU, siempre y cuando los hilos sean visibles, para disminuir la morbimortalidad materno-fetal, o si los hilos no son visibles, se puede intentar con instrumental y apoyo ecográfico. También se puede referir a un centro especializado para intentar el retiro por vía histeroscópica siempre y cuando sea antes de las 10 semanas de gestación (7). Si el primer control se realiza luego del primer trimestre o no se logra retirar en el primer trimestre el DIU, se debe dejar en su lugar y referir a consulta de alto riesgo

obstétrico (ARO) (8, 9). Una vez retirado el DIU, si no surgen complicaciones, se puede continuar el control prenatal con normalidad.

Si el caso es un embarazo mal controlado, uno de los principales problemas de salud pública, ya sea por problemas económicos, falta de personal capacitado para realizar controles prenatales en áreas rurales, dificultad para acceder a atención primaria, y se presenta gestante en trabajo de parto al área de emergencias en fase expulsiva, estos casos no pueden ser referidos, ni trasladados por la lejanía a centros de mayor nivel; el parto debe de ser atendido, estabilizar la paciente y luego su posterior derivación, si fuese el caso.

En el caso presentado la gestante culminó su embarazo a término, tuvo un solo control prenatal a las 18 semanas, el médico tratante no intento retirar el DIU y refirió a la paciente a ARO, la paciente refirió no haber podido asistir a la consulta con especialista y no asistió en más oportunidades al control prenatal. Su próxima visita a un centro asistencial fue en el momento que acudió en fase expulsiva de trabajo de parto. Es uno de los casos de gestación con DIU intrauterino que terminó en embarazo a término, sin complicaciones durante su gestación.

CONCLUSIONES

Las gestantes portadoras de DIU tienen mayor probabilidad de padecer complicaciones obstétricas que en embarazos normales, es muy importante que la primera consulta prenatal sea realizada antes de las 10 semanas de gestación para poder evaluar la posibilidad de retirada del DIU y así disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

Se sugiere hacer énfasis en el adiestramiento durante el pregrado ya que estas situaciones en áreas rurales son comunes y el personal que trabaja en emergencias son médicos que apenas terminaron su formación profesional, no tienen apoyo de médicos especialistas y sus centros de referencia quedan a distancias lejanas.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Soto Blanco F, Delgado Martín AE, Becerra Martínez ML, Guillamón Sánchez M, Jiménez Riberes S. DIU en atención primaria. *Medicina Integral*. 2003;41(3):162–169. DOI: 10.1016/S0210-5691(03)70529-8.
2. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar post aborto, guía práctica para administradores de programas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999. [consultado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63313/9241545767_spa.pdf
3. Arias-Segura JO. Complicaciones del dispositivo intrauterino. *Lux Médica*. 2012;7(22):25–35. DOI: 10.33064/22lm20121524.
4. Ekiz A, Ozkose B, Yucel B, Avci ME, Adanur A, Yildirim G. Contraceptive failure with Copper T380A intrauterine device (IUD): A single tertiary center experience. *Pak J Med Sci*. 2016;32(5):1087-1091. DOI: 10.12669/pjms.325.10392.
5. Rojas E, Escudero F. Embarazo accidental en usuarias del dispositivo intrauterino T de cobre 380A. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2015;48(1):58–60. DOI: 10.31403/rpgo.v48i566.
6. Brahmi D, El-Khodary A, El-Sayed M, Al-Awadi S, El-Ghobashy S, El-Khodary A. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: A systematic review. *Contraception*. 2012;85(2):131–9. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.06.010.
7. Rut M, Fernández J, García-Hernández F, Martínez-Cano J. Extracción de DIU mediante histeroscopia en la gestación precoz: Nuestra experiencia en 4 casos. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51(3):162–166. DOI: 10.1016/s0304-5013(08)70166-8.
8. Schiesser M, Lapaire O, Tercanli S, Holzgreve W. Lost intrauterine devices during pregnancy: maternal and fetal outcome after ultrasound-guided extraction. An analysis of 82 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23(5):486-9. DOI: 10.1002/uog.1036.

*ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO POR PRESENCIA DE T DE COBRE EN MEMBRANAS OVULARES.
INFORME DE CASO*

9. Tatum HJ, Schmidt FH, Satterthwaite EH, Ory HW. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. Am J Obstet Gynecol. 1976;126(7):869–79. DOI: 10.1016/0002-9378(76)90529-8.

Recibido 12 de junio de 2023
Aprobado 2 de octubre de 2023