

## ACTUALIZACIONES

### I. DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y EMBARAZO

**Dr. Héctor Osvaldo Lotfi**, Profesor Titular de Clínica Ginecológica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

En el mundo, alrededor de 60 millones de mujeres usan dispositivos intrauterinos (DIU) incluyendo a los 40 millones de China Popular.

Su alto rendimiento como anticonceptivo, dado que su tasa de fracaso oscila en las estadísticas entre el 0,5 al 5 por 100 mujeres por año, ha hecho que sea preferido por una gran parte del mercado en los Estados Unidos y Europa Occidental. Algo más de dos decenios de uso e investigaciones han evidenciado que es un método óptimo. En la década del 70 se perfeccionaron y experimentaron diversos modelos de DIU para prevenir los problemas de expulsión, metrorragia, dolor y embarazo, lográndose algunas mejoras con los sangrados e infecciones.

Si una portadora de DIU se embaraza, esta situación puede resultar complicada, más allá de la posición que pueda adoptar la pareja sobre el futuro de dicha gestación. Es muy probable que el embarazo termine en un aborto espontáneo del primer o segundo trimestre.

El planteo que nos hacemos es, si ante esta eventualidad de embarazo y DIU conviene o no retirar el dispositivo. Si bien alguna literatura cuestiona la conducta del médico, la inmensa mayoría de los trabajos<sup>(23)</sup> aducen que si no se extrae el DIU, aproximadamente 50 % de los embarazos ortotópicos abortan espontáneamente.

TABLA I  
DIU y embarazo  
(DIU *in situ*)

Autor	Nº de casos	Abortos espontáneos	1er. trim.	2-3er. trim.
Tatum	157	85 (54 %)	67 (74 %)	23 (26 %)
Koetsawang	102	58 (56 %)	45 (77 %)	13 (23 %)
Mishell	120	58 (48 %)*	—	—
Alvior				

\* Abortos de menos de 20 semanas

Alvior, Koetsawang, Tatum entre otros, lo confirman en sus abultadas estadísticas.<sup>(1,5,6,13,15,16,19,21)</sup>

TABLA II  
DIU y embarazo  
Cuadro comparativo de abortos (%)

Autor	Nº de casos	DIU <i>in situ</i>	Nº de casos	DIU extraído
Tatum	157	85 (54,1 %)	118	24 (20,3 %)
Koetsawang	102	58 (56,8 %)	94	24 (25,3 %)
Mishell	120	58 (48,3 %)	81	24 (29,6 %)
Alvior				
Totales	379	201 (53,0 %)	293	72 (24,5 %)

O sea que esta situación representa de 3 a 5 veces más que la tasa de abortos espontáneos en usuarias de otros métodos. Algunos estudios<sup>(16)</sup> evidencian que más de la mitad de dichos abortos ocurren en el 2º trimestre.

En 1984, en los Estados Unidos se publicó un trabajo<sup>(4)</sup> respecto a 539 mujeres con DIU, que tenían 26 veces más probabilidades de tener un aborto espontáneo séptico en el 2º trimestre respecto a las mujeres embarazadas sin DIU. Evidentemente que las complicaciones infecciosas en el 2º trimestre son más graves que las de aborto espontáneo temprano.

Ya en la primera mitad de los años 70 hubo publicaciones en los Estados Unidos de 50 muertes asociadas con abortos espontáneos del 1º y 2º trimestre, de los cuales 17 tenían colocado un DIU.<sup>(9)</sup> A modo de historia les diré que el dispositivo Dalkon Shield tenía aumentado los riesgos tres veces más que otros dispositivos, razón por la cual fue retirado del mercado en 1974 por su fabricante, quien fuera denunciado por las compañías de seguros, perdiendo parte de su patrimonio. Tatum<sup>(19)</sup> comprobó que la estructura de la prolongación del Dalkon Shield está conformada

mado de multifilamentos, y que las bacterias entran en los espacios interfilamentos de la cola del DIU, subyacente a la vaina. Cuando el dispositivo ascendía al útero al avanzar la gestación, las bacterias dentro de la cola tenían la posibilidad de causar infección uterina grave y a veces mortal. Tan comentado fue este episodio que la Oficina de Control de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos autorizó e instruyó a los médicos para que extrajeran cualquier tipo de DIU en mujeres que resultaran embarazadas.

El retiro del DIU a principio del embarazo reduce a la mitad los riesgos de aborto espontáneo, según Alvió, Snowden y Tatum.<sup>(1,14,18)</sup> El riesgo relativo que un aborto espontáneo se presente en el 2º trimestre, cuando es extraído el DIU, baja de 10 a 1,5 en comparación con las no usuarias, y el riesgo de aborto espontáneo séptico baja de 26 a 1,2, según Foreman.<sup>(4)</sup>

TABLA III  
DIU y embarazo  
(DIU extraído)

Autor	Nº de casos	Abortos 1er. trim.	Abortos 2-3er. trim.
Tatum	118	24 (20,3 %)	—
Koetsawang	94	21 (25,3 %)	3 (3,2 %)
Mishell	81	24 (29,6 %)*	—
Alvió			

\* Abortos de menos de 20 semanas

Autores austríacos<sup>(2)</sup> han enfatizado la necesidad de control ecográfico, que permitirá determinar la posición del DIU y embarazo. Aconsejan extraer el DIU si está localizado en zona ístmica o cuello, y dejarlo si está encima del saco ovular o lateralmente.

Cuando los hilos no son visibles, el hecho de tocar el útero para ubicar los mismos o extraer un DIU sin hilos puede perturbar el embarazo.

En este caso, es decir, hilos no visibles, y si la mujer desea continuar con la gestación, se debe dejar el dispositivo *in situ*. Pero se deberá informar plenamente a la usuaria acerca del mayor peligro de sepsis, y de los síntomas de infección para facilitar su consulta de inmediato si ello ocurriera.

Cuando hay infección se impone la terapia antibiótica semejante al tratamiento de la sepsis uterina sin dispositivo y la evacuación uterina.

Si se deja colocado el DIU no sólo serán más frecuentes los abortos espontáneos, sino también los partos prematuros; pero las estadísticas han demostrado que esta eventualidad igualmente puede presentarse cuando se retira el DIU, y al homologarse los hechos, éstos no fueron significativos.<sup>(1,20)</sup> En cambio sí se ha observado una diferencia significativa estadística cuando tenemos en cuenta la variable, peso de los recién nacidos; cuando éstos estaban por debajo de los 2.500 gramos, su frecuencia era de 14 % de las embarazadas con DIU, 9 % en embarazadas que ingerían anticonceptivos orales y 2,4 % con otros métodos anticonceptivos.<sup>(20)</sup>

Otro de los problemas que pueden plantearse es el de las anomalías congénitas que suelen presentarse en los embarazos de las portadoras de DIU. Cuando

la gestación ocurre, el blastocisto se implanta lejos del dispositivo y su zona de influencia, tanto de inertes o con cobre, por lo tanto el DIU siempre es extraamniótico. Aunque hay pocos datos publicados hasta la fecha, no existen pruebas de un aumento de la frecuencia de anomalías congénitas. Más si tenemos en cuenta que un gran porcentaje termina en abortos espontáneos o provocados, en esta época temprana es difícil diagnosticar malformaciones fetales o embrionarias. Mishell<sup>(9)</sup> estudió los tejidos expulsados de mujeres que abortaron espontáneamente y eran portadoras de DIU. En su estadística, 21 de 110 presentaron anomalías embrionarias. Pero este número fue bastante menor que las 44 de 100 que abortaron y no utilizaban anticonceptivos de ningún tipo en el grupo control. Otro hecho interesante es destacar que estas últimas cifras fueron semejantes al cotejarlas con un grupo de mujeres sin anticoncepción y que se provocaron abortos. Layde y col.<sup>(7)</sup> han estudiado también las posibilidades de malformaciones en gestaciones precoces no habiendo encontrado relación directa entre aquélla y DIU. Estos estudios nos llevan a aceptar que la presencia de DIU carece de efecto sobre el desarrollo embrionario y que el aumento de abortos espontáneos no se debe a las anomalías congénitas en sí, sino también a la acción propia del DIU. De hecho se han seguido con atención los niños nacidos en portadoras de DIU con cobre, pero el escaso número observado impide formular conclusiones definitivas, aunque en los pocos estudiados no hay datos que indiquen que la presencia de cobre en el útero tenga efecto perjudicial sobre el desarrollo del feto.

También existen casos de niños nacidos de portadoras de DIU con progesterona, pero su número es tan exiguo que tampoco permite sacar conclusiones. Hay protocolos prospectivos<sup>(21)</sup> de posibles efectos teratogénicos en las usuarias de anticonceptivos orales, y son muy largos, pues necesitan tabular 50.000 nacidos de esta situación. Homologando estos problemas con el DIU se necesitarán por lo menos casi igual número de casos para extraer conclusiones definitivas.

Otra situación que debemos considerar es la del embarazo ectópico y DIU. Sabemos que las mujeres en edad fértil y vida sexual activa tienen el riesgo de sufrir una gestación ectópica. Últimamente se ha observado un incremento en el número de embarazos ectópicos debido al aumento de los factores que influyen en su aparición. Según diversas estadísticas hay una mayor incidencia en las portadoras de DIU.<sup>(11)</sup>

Si recordamos la acción del DIU se puede decir que éste disminuye la nidación uterina en 99,5 % y en trompa en 95 %. Por lo tanto, si ocurre un embarazo con DIU, hay mayor posibilidad que sea ectópico. Esta diferencia fue explicada por primera vez en 1970 por Lahfeldt y Tiezte.<sup>(8)</sup> Si una usuaria de DIU queda embarazada, existen mayores probabilidades que el embarazo sea ectópico si la comparamos en igual caso con una no usuaria. Se ha calculado que existe 1 embarazo ectópico cada 30 embarazadas con DIU y 1 cada 125 en no usuarias. Hay factores que favorecen el embarazo ectópico, como lo son: enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), endometriosis, cirugía tubaria previa, embarazo ectópico previo, anomalías de la trompa, entre otros. Indudablemente, la salpingitis es un factor importante puesto que en las portadoras de DIU la EIP se presenta con

mayor frecuencia. Hace pocos años ha llamado la atención el incremento de la EIP debido a las enfermedades sexuales transmisibles y se ha sugerido que se produce con mayor frecuencia en casi 50 % de las portadoras de DIU. La prueba epidemiológica de esta hipótesis viene de los estudios que muestran un aumento de las tasas con una mayor duración de uso del DIU. Tatum y Schmidt<sup>(19)</sup> lo postularon en su estudio en 1977. Ory,<sup>(10)</sup> en su trabajo sobre salud de mujeres en los Estados Unidos que abarca a más de 4.000, observó que las portadoras de DIU sin historia de embarazo ectópico y/o EIP, y que habían usado el dispositivo durante 25 ó más meses, corrían un riesgo de 2,6 más que las que lo habían utilizado menos de ese lapso. Ello podría ser debido al desarrollo progresivo de cambios inflamatorios no bacteriales en las trompas.

Otros estudios en los Estados Unidos<sup>(17)</sup> sobre DIU tipo T con cobre mostraron el riesgo de gestación ectópica de 1,1 por cada 1.000 mujeres en el primero y segundo año y de 2,6 en tercer y cuarto año de uso. Vessey y col.<sup>(23)</sup> no hallaron este efecto y la tasa de embarazos ectópicos permaneció constante, en 1,2 por 1.000 mujeres/año. La frecuencia de los embarazos ectópicos ha variado según el tipo de DIU

que use, tal es así que los que contienen progesterona tienen tasas más altas.<sup>(12,22)</sup>

Las comparaciones de tasas de embarazos ectópicos entre portadoras de DIU y otras mujeres son difíciles de interpretar por las innumerables variables que se pueden encontrar; tener un grupo control que sea satisfactorio no siempre es fácil. Evidentemente, si tomamos por ejemplo la variable EIP, las tasas llegarán a ser de 4 a 6 veces más que el grupo control que no tuvo esta afección. No obstante pueden tenerse en cuenta estas apreciaciones.

De todas maneras, si aún no hay conclusiones definitivas, debemos prestar atención a las usuarias de DIU si quedan embarazadas, y sobre todo a su localización ectópica. Contraindicar el uso del DIU cuando hay antecedentes de embarazo ectópico, EIP, o cirugía de las trompas. Enseñarles a las portadoras de DIU los síntomas de la gestación ectópica para facilitar, a la brevedad, su concurrencia a la consulta.

Por último, dos palabras sobre la recuperación de la fertilidad de aquellas que abandonan el uso del DIU. La recuperación no depende del tipo de DIU ni del tiempo de uso, sino de la gravedad del daño que éstos ocasionan.

## BIBLIOGRAFIA

- Alvior, G. T.: "Pregnancy outcome with removal of intrauterine device". *Obstet. Gynec.*, 41:894, 1973.
- Bemaschek, G.; Spornof, R., y Bech, A.: *Geburthsh. u. Frauenheilig.*, 41:645, 1981.
- Díaz, S., y col.: "Ectopic pregnancies associated with low dose progesterone-releasing IUDs". *Contraception*, 22:259, 1980.
- Foreman, H.; Stadel, B. V., y Schlesselman, S.: "Intrauterine device usage and fetal loss". *Obstet. Gynec.*, 58:665, 1981.
- Huggins, G. R.: "IUD use and unexplained vaginal bleeding". *Obstet. Gynec.*, 58:409, 1981.
- Koelsawang, S.; Rachawet, D., y Piya-Anant, M.: "Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device". *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 56:479, 1977.
- Layde, P. M.; Goldberg, M.; Safra, M. J., y Oakley, G. P.: "Failed intrauterine device contraception and umb. reduction deformities. A case-control study". *Fertil. Steril.*, 31:18, 1979.
- Lehfeldt, H.; Tietze, C., y Gorstein, F.: "Ovarian pregnancy and the intrauterine device". *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 108:1005, 1970.
- Mishell, D. R.: "Dispositivos intrauterinos. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales: Anticoncepción". Ed. Interamericana, México, 1979, pág. 35.
- Ory, H. W., y Women's Health Study: "Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive device: new perspectives". *Obstet. Gynec.*, 57:137, 1981.
- Perimutter, J. F.: "Pregnancy and the IUD". *Journal of Reproductive Medicine*, 2:0:133, 1978.
- Pizarro, E.; Gómez-Rogers, C.; Rowe, P. J., y Lucero, S.: "Comparative study of the progesterone T and Copper 7 IUD". *Contraception*, 16: 313, 1977.
- Shine, R. M.; Thompson, J. F.: "The *in situ* IUD and pregnancy outcome". *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 119:124, 1974.
- Snowden, R.: "Copper IUDs and the pregnancy rate". *British Journal of Family Planning*, 6:104, 1981.
- Snowden, R.: "The progestasert and ectopic pregnancy". *British Med. Journal*, 2:1600, 1977.
- Steven, J. D., y Fraser, I. S.: "The outcome of pregnancy after failure of an intrauterine contraceptive device". *J. Obst. and Gynec. Br. Com.*, 81:282, 1974.
- Sivin, I.: "Copper T IUD use and ectopic pregnancy rates in USA". *Contraception*, 19:159, 1979.
- Tatum, H. J.; Schmidt, F. H., y Jain, A. K.: "Management and outcome of pregnancy associated with the Copper T intrauterine contraceptive device". *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 126:869, 1976.
- Tatum, H. J.; Schmidt, F. H., y Phillips, D. M.: "Morphological studies of Dakon Shield tails removed from patients". *Contraception*, 11:465, 1975.
- Vessey, M.; Meisler, L.; Flavel, R., y Yeates, D.: "Outcome of pregnancy in women using different methods of contraception". *British J. Obstet. Gynaec.*, 86:548, 1979.
- Vessey, M. P.; Johnson, B.; Doll, R., y Peto, R.: "Outcome of pregnancy in women using an intrauterine device". *Lancet*, 1 (7856):495, 1974.
- Vessey, M. P.; Doll, R.; Peto, R.; Johnson, B., y Wiggins, P.: "A long term follow-up study of women using different methods of contraception: an interim report". *J. Biosocial Science*, 8:373, 1976.
- Vessey, M. P.; Yeates, D., y Flavel, R.: "Risk of ectopic pregnancy and duration of use of an intrauterine device". *Lancet*, 2 (8141):501, 1979.