



Pinza de Mathew, una alternativa en retiro de dispositivos intrauterinos de hilos no visibles. Experiencia de un servicio de planificación familiar

RESUMEN

Antecedentes: una complicación del dispositivo intrauterino es la ausencia de los hilos en el cérvix. Cuando es necesario retirarlo se hace con una cucharilla de Novak o mediante legrado uterino instrumentado, con anestesia y en un quirófano; la extracción con una pinza de Mathew es una alternativa.

Objetivo: reportar la experiencia con la pinza de Mathew como alternativa para el retiro de dispositivos intrauterinos de hilos no visibles.

Material y métodos: estudio transversal, retrospectivo y descriptivo efectuado de febrero de 2012 a julio de 2014 en el servicio de Planificación familiar del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Resultados: se estudiaron 106 pacientes (54%) con hilos no visibles; en 84 pacientes (81.5%) se retiró el dispositivo con cánula de Novak y en 19 pacientes (18.4%) con pinza de Mathew.

Conclusiones: la pinza de Mathew es una opción para retirar dispositivos intrauterinos con hilos no visibles; esta opción implica menor riesgo para la paciente y menos costos para las instituciones.

Palabras clave: pinza de Mathew, retiro de dispositivos intrauterinos, hilos no visibles.

Mathew's clip, an alternative for removal of IUDs with no visible threads. Experience of Family Planning Service

ABSTRACT

Background: The absence of IUD visible threads in the cervix is a complication of the intrauterine device. The IUD withdrawal in these cases was performed with Novak cannula or curettage instrumented under anesthesia and surgery. Its extraction with Mathew clip is an alternative.

Objective: To demonstrate the effectiveness of the Mathew's clip as an alternative for removal of intrauterine devices not visible threads.

Rafael G Buitrón García-Figueroa¹

Guillermo Oropeza-Rechy¹

Roger Lara-Ricalde²

Alejandra García-Hernández³

Soledad Alhelí Luis-Sánchez⁴

¹ Ginecoobstetra, servicio de Planificación familiar y de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

² Ginecoobstetra.

³ Residente de tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Tacuba, ISSSTE.

⁴ Pasante interno, Universidad Nacional Autónoma de México, servicio de Planificación familiar y de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México DF.

Recibido: mayo 2015

Aceptado: junio 2015

Correspondencia

Dr. Rafael Buitrón

Dr. Balmis 148-112

México DF 06720

bugr03@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como:

Buitrón García-Figueroa R, Oropeza-Rechy G, Lara-Ricalde R, García-Hernández A, Luis-Sánchez SA. Pinza de Mathew, una alternativa en retiro de dispositivos intrauterinos de hilos no visibles. Experiencia de un servicio de planificación familiar. Ginecol Obstet Mex 2015;83:467-470.

Material and methods: A cross-sectional, retrospective, descriptive study was conducted in from February 2012 to July 2014 at the Family Planning Service of Gynecology and Obstetrics of the General Hospital of Mexico "Dr. Eduardo Liceaga".

Results: 106 patients (54%) had no visible threads; in 84 patients (81.5 %) it was removed with Novak, cannula; in 19 patients (18.4%) in which it was not possible, the removal was done with a Mathew's clip.

Discussion: Mathew' clip is an alternative in cases where it was not possible to remove the IUD with Novak cannula, 19 IUDs no visible threads were removed.

Conclusions. Mathew clip for removal of intrauterine devices with no visible threads means less risk to the patient and a decrease in institutional costs.

Key words: Mathew's clip, removal of intrauterine devices, no visible threads.

ANTECEDENTES

El dispositivo intrauterino es un método de planificación familiar seguro y eficaz, aceptado en todo el mundo. Existen dos tipos: los que contienen un esqueleto de polímeros más metal, sobre todo cobre, y los que contienen un esqueleto de polímero más un progestágeno.¹

La acción anticonceptiva es mediante un proceso inflamatorio del endometrio que evita la migración de los espermatozoides hacia la salpinge y altera el transporte del ovocito. El efecto anticonceptivo varía entre 3 y 8 años, dependiendo de la cantidad de cobre que contengan o si se utiliza el que contiene progestágeno.^{1,2}

La efectividad del dispositivo intrauterino es mayor de 98%, con la ventaja de no requerir apego por parte de la usuaria. Su índice de falla es de 0.6 a 2% anual, casi siempre debida a colocación inadecuada o falta de revisión oportuna; durante el primer año la expulsión puede ser espontánea en 2 a 10% de los casos.^{1,3}

Las complicaciones derivadas del dispositivo intrauterino son excepcionales: procesos inflamatorios pélvicos, hemorragias uterinas, dolor pélvico, embarazo ectópico, perforaciones uterinas y dispositivo intrauterino traslocado.³⁻⁵

El dispositivo intrauterino traslocado, o en posición anormal, es secundario a una perforación inadvertida del útero al momento de la colocación; en una proporción menor de casos se debe a migración a los tejidos adyacentes: cavidad abdominal, intestino o vejiga. El término traslocado también se utiliza para referirse al dispositivo intrauterino que no es posible retirar de la cavidad uterina por la ausencia de los hilos en el canal vaginal.¹⁻⁴

La ausencia de los hilos permite establecer:

- Sospecha de perforación total o parcial.
- Expulsión del dispositivo intrauterino sin que la mujer se percate.



- Posición anormal del dispositivo en la cavidad uterina y desplazamiento de los hilos hacia arriba.
- Corte de los hilos muy cerca del orificio cervical externo que facilita su introducción en el canal del cuello uterino.

Siempre debe descartarse el embarazo.²⁻⁴

En caso de hilos ausentes en el exocervix debe citarse a la paciente durante el periodo menstrual. Está demostrado que el flujo de la sangre arrastra los hilos y pueden extraerse con facilidad; se recomienda evaluar si se encuentran en el endocervix valiéndose de un escobillón de algodón o una pinza uterina. En caso de no encontrarse se recomienda una placa de rayos X de la pelvis anteroposterior y lateral o un ultrasonido pélvico.⁵⁻⁷

El ultrasonido pélvico o transvaginal es el estudio inicial más apropiado. En caso de no encontrar el dispositivo en la cavidad uterina puede recurrirse a la radiografía simple de abdomen o pelvis para determinar si se expulsó o migró hacia algún órgano vecino; en pocos casos se requieren otros estudios. Después de localizar el dispositivo intrauterino se recomienda intentar retirarlo con una cureta de Novak o Randall, durante el periodo menstrual; si no logra retirarse será necesario un legrado uterino instrumentado con anestesia o una histeroscopia. Esto implica mayor riesgo para la paciente e incremento en los costos.⁷⁻¹²

La pinza de Mathew (Figura 1) es una alternativa para la extracción de dispositivos intrauterinos de hilos no visibles. El objetivo de este estudio es comunicar la experiencia del personal médico del servicio de Planificación familiar del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en el retiro de dispositivos intrauterinos de hilos no visibles con la pinza de Mathew como alternativa.



Figura 1. Pinza de Mathew.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo efectuado del mes de febrero de 2012 a julio de 2014 en el servicio de Planificación Familiar del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. La técnica de retiro propuesta fue:

- Bloqueo paracervical con lidocaína al 2%.
- Ubicación del dispositivo con cánula de Novak.
- Dilatación cervical con dilatadores de Hagar.
- Histerometría.
- Intento de retiro con cánula de Novak, si no se consigue con otros medios.
- Retiro con pinza de Mathew.

Si el dispositivo intrauterino no se localizó con una pinza de Novak se realizó ultrasonido para confirmar su ubicación.

El servicio de Planificación familiar es referencia de apoyo a los servicios de planificación familiar de centros de salud que envían este tipo de problemas para su resolución. El análisis estadístico

se efectuó con medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Se estudiaron 194 pacientes que acudieron a retiro del dispositivo intrauterino; 106 (54%) tuvieron riendas no visibles. El promedio de edad fue de 34.14 años (máxima 66 años, mínima 16 años) con tiempo de permanencia promedio de 13.2 años (máximo 36 años y mínimo 9 meses). En 2 casos (1.8%) el dispositivo estaba fragmentado por intentos previos de retiro. En la histeroscopia un dispositivo (0.94%) se encontró traslocado en la plica vesicouterina y se retiró por laparoscopia. Se retiraron 84 dispositivos (81.5%) con cánula de Novak; en 19 pacientes (18.4%) en las que no se logró con ésta, se realizó con la pinza de Mathew. No hubo complicaciones durante el procedimiento ni en la revisión a los 7 días.

DISCUSIÓN

El dispositivo intrauterino es un método de planificación seguro y eficaz; una de sus complicaciones es cuando los hilos no son visibles. El proceso de manipulación del dispositivo intrauterino con hilos no visibles no se encuentra actualizado en los libros de texto, ni en publicaciones científicas, normas o guías al respecto. Desde luego que existen procedimientos para el retiro; el más utilizado es la cánula de Novak. En el estudio aquí presentado se demuestra el uso de la pinza de Mathew como alternativa en los casos que no fue posible retirar el dispositivo, que fueron 19 casos. Algunas limitaciones encontradas fueron los dispositivos fragmentados. El retiro se efectúa en el consultorio, sin complicaciones, sin riesgo quirúrgico y anestésico para la paciente, y a un costo mínimo comparado con el de la hospitalización. Hace falta realizar un estudio con asignación voluntaria y aleatoria de mujeres con dispositivos intrauterinos de hilos no visibles para comparar la eficacia y confort

del retiro con la cánula de Novak o con la pinza de Mathew.⁷⁻¹²

CONCLUSIONES

El uso de la pinza de Mathew, como alternativa para el retiro de un dispositivo intrauterino con hilos no visibles, implica menor riesgo y costo para la paciente y las instituciones.

REFERENCIAS

1. Dean G, Schwarz E. Intrauterine Contraceptives (IUCs). In: Hatcher R, Trusell J, Nelson A. Contraceptive Technology. 20th revised edition. Ardent Media 2011;147-191.
2. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 59, January 2005. Intrauterine device. *Obstet Gynecol* 2005;105:223-232.
3. Fortney JA, Feldblum PJ, Raymond EG. Intrauterine devices. The optimal long-term contraceptive method. *Journal Reprod Med* 1999;44:267-274.
4. Speroff L, Darney P. *A Clinical Guide for Contraception*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
5. Turok DK, Gurtcheff SE, Gibson K, Handley E, Simonsen S, Murphy PA. Operative management of intrauterine device complications: a case series report. *Contraception* 2010;82:353-357.
6. Lara RR, Velázquez RN, Reyes ME, Baca OP. Dispositivo intrauterino postplacental: hilos guía no visibles. *Ginecol Obstet Mex* 2011;80:201-207.
7. García LI, Pichardo CM, Meza LE, Conteras CN. Manejo de dispositivo intrauterino traslocado. *Rev Invest Med Sur Mex* 2012;19:7-9.
8. Alanis FJ, Amoroso HM. Histeroscopia de consultorio para extracción de dispositivo intrauterino. Revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77:199-203.
9. Arias HJ, Pérez PJ, Becerril A, Lozano FM, y col. Retiro de dispositivo intrauterino mediante histeroscopia de consultorio posterior a falla de retiro con cánula de biopsia de endometrio en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco. *Salud en Tabasco* 2009;15:868-870.
10. Gonzalvo V, López LM, Aznar G, Mola MJ, et al. Perforación uterina y migración vesical de un dispositivo intrauterino. *Actas Urol Esp* 2001;25:458-461.
11. Lara RR, Menocal-Tobias G, Ramos PC, Velázquez RN. Estudio comparativo al azar entre los dispositivos intrauterinos Multiload C 373 y Tcu 380 A, colocados durante el postparto. *Ginecol Obst Mex* 2006;74:306-311.
12. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception* 2009;80:327-336.