

Rompimento intra-uterino do DIU T- Cu 380 A: Relato de Caso

Juliana Barroso Zimmermann*
Leandro Fernandes Rocha**
Lívia Cristina Pedrosa Gussen**
Luciana Giarolla de Matos**
Luiz Henrique Aquino Rodrigues Lopes**
Olívia Maria Pereira Siqueira**

RESUMO

Relato de caso de uma paciente jovem que compareceu ao Serviço de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Barbacena após a expulsão de um fragmento plástico, compatível com parte de um DIU T Cu 380 A. A expulsão foi espontânea, não associada à dor ou sangramento vaginal. Desta forma, reafirma-se a importância do controle de pacientes que fazem uso do referido dispositivo.

Palavras-chave: Dispositivos Intra-Uterinos. Efeitos Adversos. Anticoncepcionais.

1 INTRODUÇÃO

Chama-se de dispositivo intra-uterino (DIU) o artefato de polietileno que pode ser adicionado a cobre ou hormônios e quando inserido na cavidade uterina exerce função contraceptiva (TREIMAN et al., 1995).

Há mais de quatro décadas, os DIU's são usados em todo o mundo. Os primeiros tipos (espiral de Margulies e a alça de Lippes) apareceram no início dos anos 60 e eram de polietileno. Mais tarde, desenvolveu-se o DIU de cobre, com maior vida útil e menos efeitos colaterais. Os primeiros tipos (TCu 200 e Cu 7) tinham a mesma taxa de prevenção de gestações, com menos sangramento e dismenorréia. A seguir, uma nova geração de DIU com mais cobre, incluindo o TCu 380A, o TCu 220, o Nova T e o Multiload 37 passaram a ser utilizados, com maior durabilidade e eficácia (TREIMAN et al., 1995). Atualmente, o dispositivo liberador de levonogestrel, Mirena, tem sido utilizado com maior frequência, com a vantagem da diminuição do volume menstrual. Apesar desse benefício, o efeito colateral mais comum é o sangramento durante os primeiros meses de uso (MCGAVIGAN; CAMERON, 2003).

Os mecanismos de ação do DIU de cobre incluem a inibição da migração e da viabilidade dos espermatozoides na cérvice uterina, endométrio e trompa de

falópio; retardo ou aceleração do transporte do óvulo, através da trompa; e a prevenção da implantação (GOTTARDI; SPREAFICO; ORCHI, 1986; STANFORD; MIKOLAJCZYK, 2002). Altera-se pouco o desenvolvimento endometrial, mas aumenta-se o número de leucócitos no endométrio, provocando maior reação inflamatória, quando comparado com o inerte ou com hormônio, o que sugere que ele tenha maior efeito espermicida no endométrio que os outros modelos. Na cérvice, provoca concentração elevada de cobre no muco cervical, que atua inibindo a mobilidade dos espermatozoides, determinando alterações celulares e bioquímicas que são tóxicas para os espermatozoides. Vários estudos demonstraram que o DIU reduz o número de espermatozoides na cavidade uterina e trompas de Falópio (GOTTARDI; SPREAFICO; ORCHI, 1986; MISHEEL, 1998; SELEEM et al., 1996; STANFORD; MIKOLAJCZYK, 2002).

A taxa global de falha é de 1% a 3%, entretanto, estudos brasileiros demonstraram que sua utilização é baixa. Estudo desenvolvido por Weiss e outros (1998) verificou que os anticoncepcionais orais foram consumidos por 65,0% das mulheres, a laqueadura tubária por 18,2% das mulheres, mas o DIU ficou restrito a 7,9% dessas pacientes. Estes dados são compatíveis

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento Materno-Infantil, Juiz de Fora, MG. E-mail: julianabz@uol.com.br

** Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOB, Barbacena, MG.

com Carreno e outros (2006) que verificaram frequência de 7,3% de usuárias de DIU entre 20 e 49 anos de idade.

Inúmeros efeitos colaterais foram citados pelas usuárias, variando com o tipo de artefato. Ferrari e outros (1987), avaliando oitocentas e vinte e cinco pacientes, identificaram o fluxo vaginal, a dor e a hipermenorréia como os efeitos colaterais mais frequentes. Entretanto, outros têm sido mencionados como, por exemplo, a expulsão, que pode variar também com o tipo de dispositivo utilizado. Merki-Feld, Schwarz e Imthurn (2008) verificaram que a taxa de expulsão do DIU com levonogestrel é menor quando comparada ao Multiload. Há também citações de expulsão de fragmentos do DIU. Jindal, Sharma e Ikomi (2009) relataram a expulsão de uma haste vertical em paciente que havia tido a inserção errônea de dois dispositivos.

Neste estudo, relata-se o caso de eliminação de um fragmento de DIU T Cu 380 A, espontaneamente, não associado à dor ou sangramento vaginal.

2 RELATO DE CASO

Paciente de 28 anos comparece ao Serviço de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Barbacena, no ano de 2007, Posto de Saúde Santa Cecília, com queixa de eliminação espontânea de um fragmento de metal e plástico pela vagina, identificado em sua roupa íntima, sem qualquer sangramento genital, dor pélvica ou fluxo genital patológico (Fotografia 1).



Fotografia 1: Comparação entre o fragmento encontrado na roupa íntima (esquerda) e o DIU T CU 380-A convencional (direita).

Fonte: Os autores (2000)

A paciente relatou ser usuária de dispositivo intra-uterino (DIU), colocado há 3 anos, sem qualquer intercorrência. Negava qualquer sangramento irregular, dor pélvica, disúria ou dispareunia desde a inserção. No momento sem qualquer queixa ginecológica, ciclos regulares, G2P2AO (2 partos vaginais), menarca aos 14 anos, vida sexual ativa, exames preventivos normais até o momento.

Ao exame: corada, hidratada, anictérica, acianótica, RCR2T, BNF, PA 120/60 mmHg, mamas sem

nódulos palpáveis, abdome plano, indolor, palpação superficial e profunda sem alterações, vulva trófica, com pilificação ginecóide e sem lesões clínicas, vagina trófica, colo uterino de bom aspecto à inspeção, teste de Schiller negativo, iodo negativo, identificando-se o fio do DIU, branco, com 2 cm de comprimento. Útero em AVF, móvel e indolor à mobilização, colo uterino com consistência ginecológica e anexos livres.

Optou-se pela retirada do dispositivo com autorização da paciente e verificou-se que o DIU estava quebrado, de maneira que o dispositivo em forma de (T) de tinha adquirido a forma de um (L) invertido (Fotografia 2). A paciente foi orientada sobre métodos contraceptivos, não apresentando problemas em seus controles seguintes. O exame ultrassonográfico realizado após a remoção do dispositivo foi normal.



Fotografia 2: Fragmento restante do DIU localizado intra-útero.
Fonte: Os autores

3 DISCUSSÃO

Trata-se da expulsão de um fragmento de DIU, sendo que o artefato restante permaneceu intra-útero, em posição habitual. A paciente identificou o fragmento em sua roupa íntima, sem qualquer queixa. Dados da literatura identificam que esse é um acontecimento relativamente raro. Há relatos de fragmentação do DIU durante o mecanismo de remoção (CUSTO et al., 1986), mas espontaneamente não é um acontecimento comum. Nadgir, Beere e Barker (2004) relataram um caso de fragmentação do DIU, detectado durante a remoção do dispositivo, mas a ultrassonografia pélvica falhou na detecção do fragmento.

A ultrassonografia é um excelente método para avaliar complicações do DIU, incluindo a posição baixa, migração miometrial, perfuração uterina, gravidez ectópica associada, retenção e fragmentação do DIU. Em poucos casos ocorrem falhas na avaliação, sendo necessária a utilização de outros métodos de imagem (PERI; GRAHAM; LEVINE, 2007; RICCI et al., 2007). Wagner, Schweppe e Beller (1983) identificaram três casos em que o braço lateral do dispositivo intra-uterino estava quebrado e as rupturas das porções intra-uterinas

não foram localizadas pela ultrassonografia, radiografia e tomografia computadorizada. Em um caso, as partes restantes foram removidas pela curetagem uterina. No caso estudado não houve necessidade de procedimento cirúrgico auxiliar, considerando que a fragmentação foi única.

A retirada do fragmento restante foi realizada considerando a diminuição da eficácia contraceptiva, já que o cobre existente no DIU determina a eficácia. Além disso, a fragmentação múltipla poderia determinar a perfuração uterina com posterior migração do DIU para cólon sigmóide (ARSLAN et al., 2009; SENTILHES et al., 2008), apêndice (COELHO; GONÇALVES; GRAF, 2003), bexiga (ISTANBULLUOGLU et al., 2008), peritônio (BARTALENA et al., 2007). A ausência de

dor, de sangramento, de sinais de irritação peritonial e a identificação do fio do DIU em canal cervical sugeriram a benignidade do quadro clínico e, com isso, mostrou-se menor a chance de perfuração uterina ou migração. Após a retirada do DIU, verificou-se que o fragmento restante era único, já que sua junção ao fragmento eliminado tornava a estrutura novamente completa. Acreditamos, entretanto, que em pacientes sintomáticas (dor abdominal, náuseas, vômitos, febre, disúria, polaciúria, dispareunia) ou com exame ginecológico sugestivo de perfuração uterina, a avaliação por imagem deva preceder a extração do fragmento restante, já que a retirada intempestiva de fragmentos anômalos poderá determinar outras complicações (COELHO; GONÇALVES; GRAF, 2003; OHANA et al., 2000).

Intra-uterine rupture of IUD T Cu 380-A: case report

ABSTRACT

The authors report a case of a young patient who attended the Department of Gynecology, Faculty of Medicine of Barbacena after the expulsion of a plastic fragment, compatible with part of an IUD (intrauterine device). The expulsion was spontaneous, not associated with pain or vaginal bleeding. The authors reaffirm the importance of control of these patients.

Keywords: Intrauterine Devices. Adverse Effects. Contraceptives Agents.

REFERÊNCIAS

ARSLAN, A. et al. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Berlin, v. 279, no. 3, p. 395-397, 2009.

BARTALENA, T. et al. Transmigrated intrauterine device discovered 17 years after its insertion. **Australasian Radiology**, Sydney, v. 51, p. 284-286, 2007.

CARRENO, I. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 1101-1109, 2006.

COELHO, J. C. U.; GONÇALVES, C. G.; GRAF, C. M. Tratamento laparoscópico de periapendicite causada por dispositivo intra-uterino. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 45-46, 2003.

CUSTO, G. et al. Intrauterine rupture of the intrauterine device ML Cu 250: an uncommon complication: presentation of a case. **Fertility and Sterility**, New York, v. 45, no. 1, p. 130-131, 1986.

FERRARI, A. N. et al. Análise retrospectiva de quatro anos do dispositivo intra-uterino T de cobre 200 B. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 95-97, 1987.

GOTTARDI, G.; SPREAFICO, A.; ORCHI, L. The postcoital IUD as an effective continuing contraceptive method. **Contraception**, New York, v. 34, p. 549-558, 1986.

ISTANBULLUOGLU, M. O. et al. Bladder perforation related to intrauterine device. **Journal of the Chinese Medical Association**, Taipei, v. 71, no. 4, p. 207-209, 2008.

JINDAL, S.; SHARMA, S. S.; IKOMI, A. Spontaneous breakage and expulsion of a stem fragment of levonorgestrel intrauterine system (Mirena) following duplicate insertion. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Berlin, v. 279, no.1, p. 95-97, 2009.

McGAVIGAN, C. J.; CAMERON, I. T. The Mirena levonorgestrel system. **Drugs Today**, Barcelona, v. 39, no. 12, p. 973-984, 2003.

MERKI-FELD, G.; SCHWARZ, B. D.; IMTHURN, P. K. Partial and complete expulsion of the Multiload 375 IUD and the levonorgestrel-releasing IUD after correct insertion. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v.13, no. 137, p. 92-96, 2008.

MISHELL, D. R. JR. Intrauterine device: mechanisms of action, safety and efficacy. **Contraception**, New York, v. 58, p. 45-53, 1998.

NADGIR, A.; BEERE, D.; BARKER K. Intrauterine fragmentation of Gyne T380®: an uncommon complication. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, Chichester, v. 30, no. 3, p. 175-176, 2004.

OHANA, E. et al. Appendix perforation by an intrauterine device. **European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 88, p. 129-131, 2000.

PERI, N.; GRAHAM, D.; LEVINE, D. Imaging of Intrauterine Contraceptive Devices. **Journal of Ultrasound in Medicine**, Philadelphia, v. 26, p. 1389-1401, 2007.

RICCI, A. et al. Control de dispositivos intratubarios: essure mediante estudios de imágenes. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia**, Santiago, v. 72, no. 6, p. 397-401, 2007.

SELEEM, S. et al. Mechanism of action of the intrauterine device: evidence of a specific biochemical deficiency in the endometrium. **Human Reproduction**, Oxford, v. 11, p. 1220-1222, 1996.

SENTILHES, L. et al. Incidental finding of an intrauterine device in the sigmoid colon. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, Carnforth, v. 13, no. 2, p. 212-214, 2008.

STANFORD, J. B.; MIKOLAJCZYK, R. T. Mechanisms of action of intrauterine device: update and estimation of postfertilization effects. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 187, no. 6, p. 1699-1708, 2002

TREIMAN, K. et al. **Rep. Baltimore Johns Hopkins University School of Public Health**, no. 6, p.1-35, 1995.

WAGNER, H.; SCHWEPPE, K. W.; BELLER, F. K. Fragmentation of intra-uterine contraceptive devices during their extraction. **Geburtshilfe and Frauenheilkd**, Stuttgart, v. 43, no. 2, p. 123-126, 1983.

WEISS, S. J. et al. Prevalência do uso de métodos anticoncepcionais nas mulheres de 15 a 49 anos na área de abrangência do Posto de Saúde Areal, Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 135-139, 1998.

Enviado em 2/2/2009

Aprovado em 22/7/2009