Remoção histeroscópica de sistema intrauterino em gestação inicial: revisão de literatura

Hysteroscopic removal of the intrauterine system in early pregnancy: a literature review

José Eduardo Rocha Gonçalves¹, Thiago Falbo Guazzelli¹, Geraldo Maurício de Nadai¹

RESUMO

Os dispositivos intrauterinos (DIUs) são os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração mais utilizados no mundo, apresentando altas taxas de eficácia e segurança. Na presença de gestação, o DIU pode ser retirado com uma leve tração dos fios, quando visíveis. Na impossibilidade de visualização dos fios, há a opção de retirada por histeroscopia, que tem se mostrado segura e eficaz para a retirada de DIU retido na cavidade. Foram pesquisados os termos: “intrauterine device”, “pregnancy” e “hysteroscopy”. Dos 378 artigos encontrados, foram selecionados 18 artigos que cumpriram os objetivos desta revisão. A presença de DIU durante a gestação se mostra um fator de risco independente para desfechos desfavoráveis como abortamento, corioamnionite, parto prematuro e maior taxa de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal. A histeroscopia ambulatorial se mostra uma alternativa segura e eficaz na retirada do DIU no primeiro trimestre.

ABSTRACT

Intrauterine devices (IUDs) are the most widely used reversible contraceptive methods in the world, with high rates of efficacy and safety. In the presence of pregnancy, the IUD can be removed by gently traction of the threads, when visible. If the wires cannot be visualized, we have the option of hysteroscopy removal, which has been shown to be safe and effective for the removal of an IUD retained in the cavity. The terms “intrauterine device”, “pregnancy” and “hysteroscopy” were searched. Of the 378 articles found, 18 articles were selected that met the objectives of this review. The presence of IUDs during pregnancy is an independent risk factor for unfavorable outcomes such as abortion, chorioamnionitis, premature birth and a higher rate of admission to a neonatal intensive care unit. Ambulatory hysteroscopy is a safe and effective alternative for IUD removal in the first trimester.

Descritores

Dispositivo intrauterino;
Gravidez; Histeroscopia

Keywords

Intrauterine device;
Pregnancy; Hysteroscopy

Submetido:

09/07/2020

Aceito:

21/09/2020

1. Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes
Altenfelder Silva – Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

José Eduardo Rocha Gonçalves
Av. Deputado Emílio Carlos, 3.100,
Vila Nova Cachoeirinha, 02720-200,
São Paulo, SP, Brasil.
j.e.goncalves@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os sistemas intrauterinos (SIUs) são métodos contraceptivos amplamente utilizados em todo o mundo. Tais dispositivos pertencem à classe dos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs) e possuem alta eficácia e segurança para a usuária. O dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCu380A), por exemplo, é o DIU mais utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e possui índice de falhas – calculado por meio do índice de Pearl – em torno de 0 a 0,4 no primeiro ano de uso até 2,1/100 mulheres/ano aos 10 anos de uso.⁽¹⁾

Os principais paraefeitos associados ao uso dos SIUs são: dor pélvica crônica, dismenorrea, aumento do volume de sangramento (DIU de cobre), amenorrea (SIU liberador de levonorgestrel), infecção pélvica (que não está associada com o uso do DIU, mas sim com a técnica no momento da introdução), expulsão espontânea e falha contraceptiva. Caso ocorra atraso menstrual ou sinais/sintomas de gestação, deve-se realizar a dosagem de gonadotrofina

coriônica humana; sendo essa positiva, deve-se afastar gestação ectópica e proceder à remoção do dispositivo sob visualização direta dos fios ao exame especular.⁽¹⁾

Na impossibilidade de se visualizarem os fios, a retirada do DIU deve ser feita por histeroscopia ambulatorial em mulheres com idade gestacional menor que 10 semanas, pois a gestação com a presença de SIU *in loco* possui maiores riscos de abortamento séptico, corioamnionite, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e migração do DIU para outros órgãos. Foram observadas taxas de abortamento em torno de 50% a 75% quando o DIU permaneceu intraútero, em contrapartida ao risco de 30% de abortamento nas gestações em que o dispositivo foi removido. Observa-se ainda um risco quatro vezes maior de trabalho de parto prematuro quando o DIU permanece intraútero.⁽¹⁻⁷⁾

Diante das situações em que não se observa o fio do DIU ao exame especular, e considerando as possíveis complicações da permanência dele durante a gestação, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)⁽²⁾ recomenda a remoção histeroscópica do SIU. Sendo assim, por meio desta revisão de literatura e proposta de protocolo, temos como objetivo discutir a aplicabilidade e a segurança da remoção do DIU por meio da histeroscopia ambulatorial com histeroscópio rígido, set de Bettocchi e pinça *grasping*, com o intuito de obter melhores resultados da gestação em questão.^(1,2,4)

MÉTODOS

Realizou-se pesquisa utilizando os bancos de dados SciELO/LILACS/MEDLINE/PubMed e Cochrane, com os seguintes termos: “*intrauterine device*”, “*pregnancy*” e “*hysteroscopy*”. Foram encontrados 378 artigos, e 18 artigos de interesse foram incluídos após a exclusão de trabalhos duplicados, não relevantes, publicados em língua diferente de inglês, espanhol ou português e daqueles que não cumpriam o objetivo do presente estudo. Por se tratar de uma revisão de literatura, sem envolvimento direto com sujeito de pesquisa e sem intervenção clínica, este trabalho dispensa prévia autorização do comitê de ética e pesquisa.

Devido à escassez de dados na literatura, foram incluídos todos os tipos de trabalhos científicos publicados em revista indexada, independentemente da técnica histeroscópica e do aparelho utilizado, podendo variar entre histeroscópio rígido, flexível e guiado ou não por ultrassonografia e utilizando meio de distensão líquido ou gasoso.

Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura disponível sobre a aplicação da histeroscopia ambulatorial para a retirada de DIU em pacientes com gestação inicial, menor que 12 semanas.

DISCUSSÃO

Os SIUs são os LARCs mais utilizados em todo o mundo, sendo o método anticoncepcional moderno atual-

mente mais utilizado em muitos países, como a Turquia, podendo chegar até 27% das pacientes em idade fértil que fazem uso de contraceptivo. Existem vários tipos de DIUs, de forma geral, que podem se dividir em hormonais e não hormonais. O DIU não hormonal mais estudado é o DIU TCu380A. Com taxa de falha em torno de 0,8%, ele tem cobre em sua composição e o seu principal mecanismo de ação se dá mediante uma reação de corpo estranho localmente, interferindo na espermomigração. Como DIU hormonal, destaca-se na atualidade o SIU de levonorgestrel. Com taxa de falha em torno de 0,2%, esse equipamento atua por meio da liberação diária de microdoses de levonorgestrel na cavidade endometrial, mantendo um endométrio atrófico e inibindo os receptores de estrogênio e progesterona.^(1,2,4)

Quando há falha contraceptiva e gestação na presença de DIU *in loco*, as recomendações falam a favor da remoção precoce, ainda no primeiro trimestre.⁽²⁾ A paciente deve ser orientada quanto aos riscos do procedimento para remoção do dispositivo e os riscos da manutenção dele, e assinar termo de consentimento livre e esclarecido. Se os fios estiverem visíveis ao exame especular, pode-se realizar tração delicada para a retirada do DIU. Quando os fios não estão visíveis, pode-se realizar a retirada com pinça jacaré guiada por ultrassom abdominal ou histeroscopia com *grasping* guiada ou não por ultrassonografia.^(2,4,5-15)

A taxa de falha na remoção do DIU quando se utiliza pinça jacaré guiada por ultrassonografia gira em torno de 6%, enquanto a remoção histeroscópica tem uma taxa de falha em torno de 1%. Quanto mais precoce a remoção, maior a taxa de sucesso.^(5,6)

Estudando 27.578 usuárias de DIU TCu380A na Turquia, Ozgu-Erdinc *et al.*⁽⁹⁾ encontraram 174 gestações que ocorreram em uso do DIU, sendo 14 gestações ectópicas. Foram excluídas do estudo as pacientes com gestação ectópica e 16 pacientes em que houve perda de seguimento. O estudo comparou o resultado gestacional na presença de DIU em 144 pacientes – 114 delas optaram pela retirada do DIU e 30 permaneceram com o DIU *in loco* – e encontrou menores taxas de resultado gestacional adverso para complicações como abortamento, morte fetal intrauterina, restrição de crescimento intrauterino, parto pré-termo e rotura prematura pré-termo de membranas (36,8% vs. 63,3%, respectivamente, com $p < 0,01$), no grupo com DIU removido comparado com o grupo que optou pela não remoção do DIU no primeiro trimestre. Eles também observaram menores valores de Apgar e maior necessidade de admissão em UTI neonatal no grupo com DIU retido em comparação com o grupo que optou pela retirada do DIU, com $p < 0,01$.⁽⁹⁾

Ganer *et al.*⁽¹⁰⁾ revisando o resultado gestacional numa população de 141.483 pacientes, divididas em três grupos (DIU retido vs. DIU retirado precoce vs. sem DIU), identificaram o DIU como fator de risco independente para trabalho de parto prematuro e corioamnionite; as pacientes que permaneceram com o DIU *in loco* apresentaram

maior risco em relação ao grupo em que ele foi retirado no início da gestação. Ambos os grupos mantiveram um risco maior de parto prematuro e corioamnionite se comparados a pacientes que engravidaram sem a presença do DIU. Isso nos mostra que retirar o DIU no início da gestação, apesar de reduzir o risco desses eventos, não reestabelece o risco basal para a paciente.⁽¹⁰⁾

McCarthy *et al.*⁽⁶⁾ apresentaram um relato de caso mostrando remoção histeroscópica guiada por ultrassom abdominal de SIU de levonorgestrel em gestação do primeiro trimestre. Em sua revisão sistemática, não encontraram relação entre exposição precoce ao levonorgestrel em gestação inicial e malformação fetal. Brahmi *et al.*,⁽¹¹⁾ em sua revisão sistemática, encontraram apenas uma série de casos envolvendo gestação com SIU de levonorgestrel, na qual se descreveram 10 pacientes que optaram pela manutenção da gestação, com taxa de abortamento espontâneo de 80%.

Cohen *et al.*⁽⁵⁾ relataram uma série de oito casos de pacientes submetidas a remoção histeroscópica de DIU guiada por ultrassonografia abdominal em gestação inicial. Duas pacientes apresentaram sangramento genital discreto imediatamente após o procedimento, sem comprometimento do resultado da gestação. Eles observaram sete gestações com evolução normal após a retirada do DIU, com parto a termo e somente um caso de abortamento, que ocorreu duas semanas após a remoção do DIU.⁽⁵⁾

Pérez-Medina *et al.*⁽⁸⁾ descreveram a aplicabilidade de histeroscopia ambulatorial para diversas demandas obstétricas, tais como extração de restos ovulares, doença trofoblástica recidivante, metaplasia óssea e istmocele, e relataram sete casos de DIUs retirados por histeroscopia ambulatorial, utilizando solução fisiológica a 0,9% e distensão da cavidade por gravidade, em pressão suficiente para abertura do canal cervical. Do total de sete pacientes, seis delas evoluíram sem intercorrências durante o pré-natal, com parto a termo via vaginal. E somente uma paciente apresentou abortamento duas semanas após a remoção do DIU.⁽⁸⁾

A média de idade gestacional no momento da remoção do DIU, quando desejada pela paciente, variou entre 7,3 e 8,2 semanas nos diversos trabalhos. A histeroscopia ambulatorial para retirada de DIU é um procedimento seguro que demanda pouco tempo para a realização, com duração média de 2,7 a 3,1 minutos.^(5,8)

O uso da histeroscopia ambulatorial para a retirada de DIU quando os fios não se encontram visíveis em gestação inicial apresenta diversas vantagens, tais como: visualização direta do saco gestacional e do SIU, podendo evitar lesão traumática ao saco gestacional; utilização de solução fisiológica aquecida para distensão da cavidade endometrial e efeito de *clearance* à ascensão microbiana, exercida por efeito mecânico da solução fisiológica na limpeza da cavidade e do canal cervical.^(4,14,16,17)

O procedimento para remoção do dispositivo deve ser realizado em serviço de referência, com operador

habilitado e com grande experiência em histeroscopia ambulatorial.

CONCLUSÃO

A histeroscopia ambulatorial é um método seguro e eficaz na remoção de DIU retido, quando o fio não é visível. O procedimento não é isento de riscos, mas, com base na análise dos trabalhos, está claro que os benefícios superam os potenciais riscos da manutenção da gestação com um SIU *in loco*. As pacientes devem ser orientadas a respeito dos resultados gestacionais, pois necessitarão de acompanhamento pré-natal de alto risco mesmo após a remoção do DIU e de assistência neonatal terciária em casos de parto pré-termo e corioamnionite. São necessários mais estudos randomizados e prospectivos visando melhorar o grau de evidência científica e para melhor compreensão dos fatores envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção da Febrasgo. Femina. 2009;37(9):459-90.
2. Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: Febrasgo; 2015.
3. Abu Atilah LI, Mourad MA, Haj-Yasin D, Shlash L, Kaylani LZ, Fadila N. Intrauterine contraceptive device perforating the cecum, a pregnancy complication? Gynecol Minim Invasive Ther. 2019;8(2):83-5. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_109_18
4. Sanders AP, Sanders B. Hysteroscopy removal of intrauterine devices in pregnancy. Fertil Steril. 2018;110(7):1408-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.09.004
5. Cohen SB, Bouaziz J, Bar-On A, Schiff E, Goldenberg M, Maschiach R. In-office hysteroscopic extraction of intrauterine devices in pregnant patients who underwent prior ultrasound-guided extraction failure. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(5):833-6. doi: 10.1016/j.jmig.2017.03.021
6. McCarthy EA, Jagasia N, Maher P, Robinson M. Ultrasound-guided hysteroscopy to remove a levonorgestrel intrauterine system in early pregnancy. Contraception. 2012;86(5):587-90. doi: 10.1016/j.contraception.2012.03.004
7. Hardeman J, Weiss BD. Intrauterine devices: an update. Am Fam Physician. 2014;89(6):445-50.
8. Pérez-Medina T, Sancho-Saúco J, Ríos M, Pereira A, Argila N, Cabezas E, et al. Hysteroscopy in pregnancy-related conditions: descriptive analysis in 273 patients. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(3):417-25. doi: 10.1016/j.jmig.2013.11.004
9. Ozgu-Erdinc AS, Tasdemir UG, Uygur D, Aktulay A, Tasdemir N, Gulerman HC. Outcome of intrauterine pregnancies with intrauterine device in place and effects of device location on prognosis. Contraception. 2014;89(5):426-30. doi: 10.1016/j.contraception.2014.01.002
10. Ganer H, Levy A, Ohel I, Sheiner E. Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(4):381.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.031
11. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. Contraception. 2012;85(2):131-9. doi: 10.1016/j.contraception.2011.06.010
12. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. 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)90675-x
13. Ercan CM, Karasahin E, Alanbay I, Baser I. Comment to "The prognosis of pregnancy conceived despite the presence of an intrauterine device (IUD)". J Perinatal Med. 2010;38(2):223. doi: 10.1515/jpm.2010.037
14. Aguiar Couto MR, Vidal Hernández R, González Rodríguez M, López Portela A, Otero Valenzuela A. Extracción de DIU mediante histeroscopia en la gestación precoz: nuestra experiencia en 4 casos. Prog Obstet Gynecol. 2008;51(3):162-6. doi: 10.1016/S0304-5013(08)71070-7
15. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016.
16. Lin JC, Chen YO, Lin BL, Valle RF. Outcome of removal of intrauterine devices with flexible hysteroscopy in early pregnancy. J Gynecol Surg. 1993;9(4):195-200. doi: 10.1089/gyn.1993.9.195
17. Assaf A, Gohar M, Saad S, El-Nashar A, Abdel Aziz A. Removal of intrauterine devices with missing tails during early pregnancy. Contraception. 1992;45(6):541-6. doi: 10.1016/0010-7824(92)90105-3