

Casos clínicos

Embarazo múltiple cuádruple espontáneo tras retirada de Implanon (implante anticonceptivo de etonogestrel)

Spontaneous multiple quadruple pregnancy after removing Implanon (a single-rod etonogestrel contraceptive implant)

Sanz de Galdeano E, Giles J*, Carmona JV, Nohales F.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Francisc de Borja, Gandía. Valencia, España.

*Instituto Valenciano de Infertilidad. Valencia.

Resumen

Presentamos el caso de una gestación múltiple cuádruple espontánea tras la retirada de un implante anticonceptivo de etonogestrel (Implanon), circunstancia extraordinaria por los escasos casos de fallo del método anticonceptivo y aún más inusual al tratarse de una gestación múltiple.

Palabras clave: implante anticonceptivo. Etonogestrel. Gestación múltiple.

Summary

We describe a case of spontaneous multiple quadruple pregnancy after removing an etonogestrel contraceptive implant (Implanon), which constitutes an extraordinary event given the very few cases described of contraceptive failure of this method and even more unusual as it resulted in a multiple pregnancy.

Key words: Contraceptive implant. Etonogestrel. Multiple gestation.

Correspondencia: Dr. Francisco Nohales Alfonso
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Francisc de Borja
Paseo Germanías 71
46700 Gandía (Valencia)

INTRODUCCIÓN

El implante anticonceptivo de etonogestrel constituye un método de control de natalidad de probada eficacia, existiendo escasos casos de fallo del método reportados en la bibliografía. En el caso que describimos, se dio la excepcional circunstancia de producirse una gestación múltiple cuádruple espontánea tras la retirada de un implante de etonogestrel, algo hasta ahora inédito en las publicaciones existentes sobre el tema.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 34 años con antecedentes de un parto eutócico en 2001. Portadora de implante anticonceptivo (Implanon® Organon) hasta hacía tres meses (2/11/05), en que se le retiró y se recomendó evitar gestación en al menos dos meses. La paciente presenta un patrón menstrual normal tras la retirada del implante, y consulta porque tras su FUR el 28/1/06 presenta amenorrea de 6 semanas, distensión abdominal y vómitos.

La exploración ginecológica mostró un útero aumentado de tamaño que no correspondía a amenorrea y en la ecografía vaginal se apreciaron 4 sacos gestacionales (figura 1 y 2) con sendas vesículas vitelinas visibles en cada uno de ellos y con embriones en su interior, todos ellos con latido cardíaco positivo. El anexo derecho mostraba signos de poliovulación.

En la semana siguiente la sintomatología fue en aumento y tras asesoramiento se procedió a realizar reducción embrionaria mediante punción ecoguiada

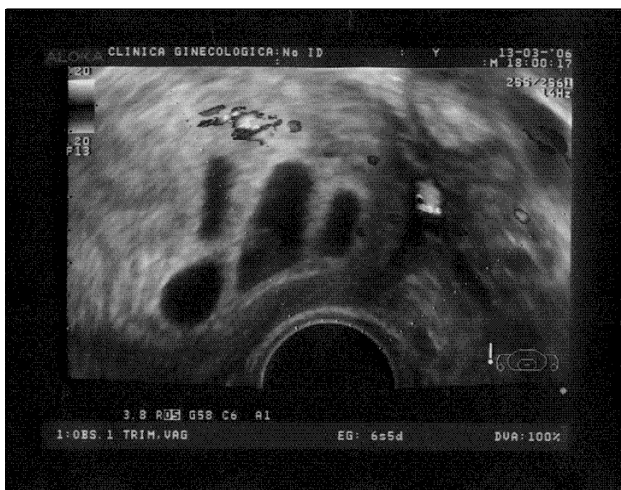


Figura1



Figura2

de dos sacos (aquellos que resultaban más accesibles), quedando dos sacos con embriones vivos y latido cardíaco presente (140 y 115 latidos/min respectivamente). A la semana siguiente uno de los embriones mostraba falta de latido cardíaco, quedando una gestación única evolutiva, la cual cursó sin complicaciones, acabando en el parto a término de un recién nacido normal que en la actualidad vive sano.

DISCUSIÓN

El implante de etonogestrel (Implanon(r)) constituye una buena opción para aquellas mujeres que desean una anticoncepción continuada prolongada, dado que ofrece un control de la natalidad sumamente eficaz (índice aproximado de Pearl de 0,01) (1, 2) e inmediato cuando se coloca en los primeros 7 días del ciclo menstrual. Por lo que son pocos los casos descritos de gestación durante el empleo de este sistema de implante (3-6) y sólo uno de ellos fue gemelar (7). Estos casos se atribuyeron a la aparición de ovulaciones en los últimos meses del período de 3 años (8, 9).

A su eficacia, este sistema aúna una rápida desaparición del producto una vez retirado el implante, de modo que no es detectable pasada una semana (10, 11). Esto permite una rápida restauración de los ciclos menstruales normales (12, 13) y de la ovulación, que reaparece habitualmente en 3-4 semanas (11, 1). Y por consiguiente también de la fertilidad (14), con unas tasas de gestación del 76-100%, similares por tanto a las presentadas tras la suspensión de otros métodos anticonceptivos (15).

En relación al caso que nos ocupa, no está descrita hasta el momento en la bibliografía la aparición de gestaciones múltiples (menos aún cuádruples) en el período inmediato tras la retirada del implante de etonogestrel.

Se postula en el caso de los gemelos dizigóticos su relación con niveles basales elevados de FSH, LH y estradiol (16-18), que podrían estar relacionados con aumentos de la secreción de GnRH o con un aumento de la sensibilidad de las células hipofisarias a la neurohormona.

La presencia de niveles elevados de FSH en la fase folicular aparece en los primeros ciclos tras la suspensión de anticonceptivos orales (ACO), independientemente de la edad de la mujer (19). Esto se atribuye a una disfunción transitoria del feed-back que regula las gonadotropinas tras haber estado suprimidos los estrógenos y progesterona endógenos por las hormonas exógenas durante un período prolongado (19). Sin embargo, mientras unos autores sí hallan como cabría esperar una asociación entre la supresión de los ACO con una elevación en el período inmediato de la aparición de gemelos dizigóticos relacionada con un incremento de las hormonas pituitarias, otros no objetivan aumento alguno (20).

Actualmente conocemos el mecanismo de acción del Implanon al actuar fundamentalmente inhibiendo la ovulación mediante la prevención de la aparición del pico de LH, con unos niveles prácticamente normales de FSH y estradiol (11), pero no hay datos disponibles del perfil hormonal tras su retirada. Por tanto, aunque consideramos extrapolable la asociación mencionada entre la elevación de la FSH tras la retirada de los ACO y las gestaciones dizigóticas como base fisiopatológica de nuestro caso, máxime dada la ausencia de otros factores (edad de la mujer, antecedentes de gemelaridad), se carece de pruebas que lo corroboren.

Cabe mencionar, por último, que consideramos la reducción embionaria la opción más adecuada en este caso a la luz de la bibliografía disponible dados los elevados riesgos materno-fetales que comportan las gestaciones cuádruples y los buenos resultados obtenidos en los centros de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Croxatto HB, Makarainen L.:** The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. *Contraception* 1998; 58: 91S-97S.
2. **Affandi B, Ko rver T, Geurts TB, Coelingh Bennink H.J.:** A pilot efficacy study with a single-rod contraceptive implant (Implanon) in 200 Indonesian women treated for < or = 4 years. *Contraception* 1999; 59: 167-74.
3. **Cooling H, Pauli H.:** Full-term pregnancy with Implanon in situ. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006; 32 (3): 204.
4. **Hamontri S, Weerakul W.:** Implanon failure. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (2): 381-3.
5. **Matiluko AA, Soundarajan L, Hogston P.:** Early contraceptive failure of Implanon in an HIV-seropositive patient on triple antiretroviral therapy with zidovudine, lamivudine and efavirenz. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007; 33 (4): 277-8.
6. **Patni S, Ebden P, Kevelighan E, Bibby J.:** Ectopic pregnancy with Implanon. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006; 32 (2): 115.
7. **Finnegan S, Conlon O, Kirk S.:** Non-conting twin pregnancy on Implanon. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007; 33 (4): 279.
8. **Croxatto HB, Urbancsek J, Massai R, Coelingh Bennink H, van Beek A.:** A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant Implanon. *Implanon Study Group. Hum Reprod* 1999; 14: 976-81.
9. **Makarainen L, van Beek A, Tuomivaara L, Asplund B, Coeligh Bennik H.:** Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant. *Fertil Steril* 1998; 69: 714-21.
10. **Huber J, Wenzl R.:** Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. *Contraception* 1998; 58: 85S-90S.
11. **Bennink HJ.:** The pharmacokinetics and pharmacodynamics of Implanon, a single-rod etonogestrel contraceptive implant. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5: 12-20.
12. **Graesslin O, Ko rver T.:** The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2008; 13 (S1): 4-12.
13. **Croxatto HB.:** Clinical profile of Implanon: a single-rod etonogestrel contraceptive implant. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5: 21-8.
14. **Le J, Tsourounis C.:** Implanon: a critical review. *Ann Ppharmacother* 2001; 35 (3): 329-36.
15. **Glasier A.:** Implantable contraceptives for women: effectiveness, discontinuation rates, return to fertility and outcome of pregnancies. *Contraception* 2002; 65 (1): 29-37.
16. **Lambalk CB, de Koning CH.:** Interpretation of elevated FSH in the regular menstrual cycle. *Maturitas* 1998; 30: 215-20.
17. **Martin NG, Olsen ME, Theile H, El Beaini JL, Handelsman D, Bhatnagar AS.:** Pituitary-ovarian function in mothers who have had two sets of dizygotic twins. *Fertil Steril* 1984; 41 (6): 878-80.

18. **Martin NG, Robertson DM, Chenevix-Trench G, de Kretser DM, Osborne J, Burger HG.:** Elevation of follicular phase inhibin and luteinizing hormone levels in mothers of dizygotic twins suggests nonovarian control of human multiple ovulation. *Fertil Steril* 1991; 56 (3): 469-74.
19. **Jernstrom H, Knutsson M, Olsson H.:** Temporary increase of FSH levels in healthy, nuliparous, young women after cessation of low-dose oral contraceptive use. *Contraception* 1995; 52: 51-6.
20. **Hemon D, Berger C, Lazar P.:** Twinning following oral contraceptive discontinuation. *Int J Epidemiol* 1981; 10: 319-28.