



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



IMÁGENES

Retirada de implante anticonceptivo no palpable

Removal of non-palpable contraceptive implant

Raimundo Rivas Rodríguez*, Alba Espada Goya y Jesús Neri Fernández

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Alamillo, Sevilla, España

Disponible en Internet el 15 de junio de 2021



Caso clínico

Mujer de 38 años sin antecedentes personales de interés, con un IMC de 29 kg/m² (refiere que ha ganado peso en los últimos tres años, unos 7-8 kg). Acude a consulta para retirada de implante subcutáneo anticonceptivo de etonogestrel (Implanon®) insertado en noviembre de 2016 en el brazo izquierdo (tres años tras la inserción).

Se realiza exploración de la zona distal, cara medial, del brazo izquierdo, en dirección proximal desde la epitroclea tras la cual no se consigue palpar el implante.

Discusión

Cuando vayamos a elegir un método anticonceptivo debemos tener en cuenta las características de nuestra paciente, sus preferencias y la accesibilidad¹.

Una vez que la paciente decide el uso de implante subdérmico de progesterona (etonogestrel), debemos estar familiarizados con su inserción y extracción. El implante subdérmico es una varilla única semirrígida de 40 mm de longitud y 2 mm de diámetro de un material plástico, acetato de etilvinil (EVA), con 68 mg de etonogestrel. El implante es radiopaco, no biodegradable y flexible².

La extracción se realiza a los tres años, o en cualquier momento si la mujer lo desea. Puede ocurrir que el implante

NO sea palpable, en dicho caso nos encontramos ante una extracción que puede ser compleja. Las causas pueden ser³:

- Inserciones profundas o no realizadas.
- Rotura de implantes.
- Migración por vasos (se ha descrito casos de implantes en venas pulmonares)⁴.
- Migración a tejido profundo (fascia, músculo bíceps o tríceps, nervio mediano o cubital)⁵.

Todo implante no palpable debe localizarse antes de su extracción. La técnica recomendada de primera elección es la ecografía. Utilizaremos el transductor lineal de alta frecuencia (10-12 MHz) para localizar el implante.

Mediante corte transversal en cara interna de brazo izquierdo, a unos 2 cm de la cicatriz de inserción, en sentido proximal, observamos imagen hiperecogénica de 2 mm de diámetro con sombra posterior. Dicha imagen se mantiene al desplazar la sonda en sentido proximal, a diferente profundidad (desde 5 a 10 mm en el extremo proximal) (fig. 1). Se realiza un corte longitudinal observándose imagen hiperecogénica lineal de 35-40 mm sin sombra (fig. 2). Mediante Eco Doppler verificamos la no proximidad de vasos al implante.

Algunos autores recomiendan que aquellos implantes no palpables que se encuentren a una profundidad > 12 mm se extraigan en el quirófano con anestesia general⁶.

Tras localizar el dispositivo, se señala el lugar, ambos extremos y se procede a su extracción por el extremo distal bajo protocolo habitual. Se infiltra vía subcutánea 1 mL de mepivacaína 20 mg/mL con adrenalina 0,01 mg/mL. Se realiza una incisión de 0,8 cm de forma transversal al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rairivas80@gmail.com (R. Rivas Rodríguez).



Figura 1 Implante localizado a 5 mm de profundidad (corte transversal con sombra acústica posterior).



Figura 2 Implante localizado de 4 cm aproximadamente (corte longitudinal).

eje del brazo, sobre la localización infiltrada y de 1 cm de profundidad con bisturí n° 11. Se explora con cuidado la cavidad intentando palpar con la punta del mosquito la localización del implante. Se localiza el implante, se realiza desbridamiento del tejido adherido con el bisturí con cuidado de no dañarlo, y se extrae. Una vez extraído el implante se revisa que se encuentre íntegro. Se cierra con dos suturas de seda (2/0) y puntos de aproximación.

Conclusiones

La colocación de implantes subcutáneos anticonceptivos es una práctica habitual en los centros de atención primaria y que realizan muchos facultativos tras un entrenamiento básico y siguiendo las recomendaciones.

La retirada del implante ofrece mayor dificultad y retos. En la práctica habitual, el implante se detecta por palpación

en tejido superficial y se extrae como se ha descrito en el caso.

La disponibilidad de ecógrafos en el centro de salud nos permite la extracción de dispositivos que han migrado a planos más profundos y que no se palpan, pudiendo realizar en acto único o en consulta programada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Arribas L, Del Cura I. Anticoncepción. AMF. 2010;6:567-74.
2. AEMPS. Ficha técnica Implanon NXT [internet; consultado 20 Mar 2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/pdfs/>

- es/ft/62628/62628_ft.pdf. Video demostrativo: <http://www.implanonnextvideos.eu/>.
3. Voedisch A, Hugin M. Difficult implant removals. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2017 Dec;29:449–57, <http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000416>.
 4. Rowlands S, Mansour D, Walling M. Intravascular migration of contraceptive implants: two more cases. *Contraception.* 2017;95:211–4.
 5. Odom E, Eisenberg D, Fox I. Difficult removal of subdermal contraceptive implants: a multidisciplinary approach involving a peripheral nerve expert. *Contraception.* 2017;96:89–95.
 6. Kim S, Choi YS, Kim JS, Kim S, Cho S. Experiences of localization and removal of non-palpable subdermal contraceptive implants with ultrasound. *Obstet Gynecol Sci.* 2019 May;62:166–72, <http://dx.doi.org/10.5468/ogs.2019.62.3.166>.