

Corrección del prolapso genital con mallas - complicaciones en pacientes intervenidas en el servicio de Ginecología Hospital Carlos Andrade Marín. Período: enero 2011 a diciembre 2012.

Henry López Andrade (1), Rubén Bucheli Terán (2)

1. Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito – Médico Posgradista B3 de Ginecología y Obstetricia
2. Hospital Carlos Andrade Marín – Médico Tratante del Servicio de Ginecología

Correspondencia:

Henry López Andrade – henrrylopez_uce@hotmail.com

Recibido: 10/01/2014

Aceptado: 09/03/2014

RESUMEN

El origen del prolapso genital es multifactorial, actuando fundamentalmente en las estructuras del sostén pélvico. Las causas más frecuentes son la multiparidad, embarazos y partos con fetos macrosómicos, partos traumáticos, antecedente de cirugías previas del suelo pelviano y factores intrínsecos de la calidad de tejidos. Este daño tisular y en los ligamentos constituyen el origen en la fisiopatología de la incontinencia urinaria, cistocele, rectocele e histerocele. Existen varias técnicas quirúrgicas para su reparación, sin embargo, los porcentajes de recidiva. Esto explica el por qué se está permanentemente investigando y realizando nuevos avances de refuerzo, como es el caso de la utilización de mallas protésicas, en que las estadísticas muestran un significativo beneficio y eficacia, que superan largamente a las otras técnicas cuando las indicaciones de uso son las adecuadas. La recidiva del cistocele reparado con malla polipropileno macroporo monofilamento no supera el 3%, permitiendo asegurar que se trata de una técnica de mayor eficacia que las anteriores.(1, 2, 3).

De todas las pacientes incluidas en el estudio se escogieron las complicaciones producidas por la colocación de mallas anterior y posterior encontrando un total de 11 complicaciones con un número de 99 pacientes en las que se cita: Dispareunia, extrusión de malla anterior, extrusión de malla posterior, extrusión de malla TOT, extrusión de malla TVT-O, dolor pélvico y genital, fistula recto vaginal, recurrencia de incontinencia post colocación de TOT, retención urinaria post colocación de TOT, absceso vaginal, y uretrolisis de banda suburetral.

Palabras clave: mallas, prolapso, extrusión, complicaciones.

SUMMARY

The origin of genital prolapse is multifactorial, acting mainly in the pelvic support structures. The most common causes are multiparity, pregnancies and deliveries of macrosomic fetuses, traumatic births, previous surgery of the pelvic floor and tissue characteristics. The tissue and ligament damage are the origin in the pathophysiology of urinary incontinence, cystocele, rectocele and histerocele. There are several surgical options for repair, however, the recurrence rate explains why we are researching and making new advances such as the use of prosthetic mesh where statistics show a significant benefit and efficiency, which are much higher than the other techniques when the indications for use are appropriate. The recurrence of cystocele repaired with monofilament macropore polypropylene mesh does not exceed 3%, allowing ensure that it is a technique more effectively than before.(1, 2, 3).

Of all the patients included in the study 11 of 99 patients presented complications after posterior or anterior mesh placement; Dyspareunia, previous mesh extrusion, extrusion of mesh, TOT mesh extrusion, extrusion TVT-O mesh, pelvic and genital pain, vaginal rectal fistula, recurrence of incontinence after TOT placement, post placement urinary retention TOT, vaginal abscess, and suburethral urethrolisis band.

Keywords: fishnet, prolapse, extrusion, complications.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una entidad patológica frecuente dentro de la ginecología y su tratamiento ha ido evolucionando con técnicas menos invasivas y que presentan un menor número de complicaciones.

Se puede definir al prolapso genital como una relajación generalizada del piso pelviano que puede manifestarse ya sea a través de la pared vaginal anterior o posterior, así como también asociarse o no a incontinencia urinaria de esfuerzo.(4,5).

En la generación de esta patología participan un gran número de factores etiológicos que en muchos casos dificultan el diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado para su corrección: entre estos podemos mencionar factores mecánicos, neurológicos y trastornos del tejido conectivo. Existen otros factores de riesgo como la edad, paridad, obesidad, constipación, cirugía pélvica previa, tabaquismo, enfermedades pulmonares crónicas y factores raciales que podrían estar involucrados en el desarrollo de este. Dentro de estos últimos, es evidente que el embarazo y el parto implican un traumatismo directo al tabique recto-vaginal, a la musculatura y a las estructuras nerviosas y vasculares del piso pelviano.(6,7,8).

Las técnicas quirúrgicas clásicas poseen un alto porcentaje de recurrencia y complicaciones alrededor del 10% que se corrigen espontáneamente o con tratamiento médico en la mayoría de los casos. Estas cifras han llevado a replantearse la fisiopatología del prolapso y a desarrollar nuevas técnicas quirúrgicas. Actualmente las alternativas quirúrgicas aceptadas para la corrección del prolapso son: utilización de material protésico (mallas), reparación de defectos para vaginales, reparación de defectos para rectales y reparación del defecto sitio específico. La función de la malla es entregar un soporte adicional a los tejidos de mala calidad. La malla ideal debe ser biocompatible, inerte, estéril, no carcinogénica, no debe causar alergias ni rechazo y debe ser resistente. Actualmente se considera que la mejor malla para el uso en ginecología es la de polipropileno, macroporo, monofilamento. Esta ha sido utilizada como refuerzo de las fascias, con técnica libre de tensión, reduciendo la posibilidad de recidivas. Existen sistemas de mallas que se usan desde la década de los noventa para la corrección del prolapso. Se trata de unas mallas extensas, con sistema de anclaje que permite dar un soporte más integral y que se aplica con técnica de mínima invasión.(9,10).

Uso de mallas en el tratamiento quirúrgico del prolapso: la corrección quirúrgica del prolapso dependerá del tipo y severidad del mismo. Existen múltiples técnicas quirúrgicas para corregir el cistocele, el rectocele, el prolapso de uterino, el enterocele, etc. Los métodos en boga son estas mallas de polipropileno completa, anterior y posterior.(11,12,13).

En primer lugar, ante una paciente que presenta un prolapso, se debe valorar las posibles alteraciones funcionales que dicho prolapso condicionan (disfunción miccional con o sin incontinencia, disfunción fecal y disfunción sexual). Además se tendrá en cuenta la repercusión del prolapso para cada paciente en su calidad de vida. Solo cuando el prolapso condicione estas alteraciones funcionales importantes o la paciente refiera molestias apreciables, se indicará su corrección quirúrgica. Actualmente se recurre al empleo de las mallas para la mayor parte de los prolapsos.(14,15).

Complicaciones de la cirugía vaginal con malla: existen múltiples complicaciones de la colocación de mallas para el tratamiento del prolapso genital. Los porcentajes que se citan a continuación son datos obtenidos del XXXI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia del 17 al 20 de mayo de 2011.

Extrusión de malla o exposición por vía vaginal: es la complicación más frecuente que se ha notificado (11,4%) y por lo general se la considera como una complicación menor. La tecnología de la malla ha mejorado y estudios recientes que utilizan una malla más ligera ha

demostrado que la velocidad de extrusión se ha reducido en más del 50% de los casos. Esto también tiene que ver con la técnica quirúrgica mejorada y la experiencia del cirujano. Técnicas de disección más profunda en la colocación de la malla también han llevado a las tasas más bajas de extrusión. Las extrusiones que ocurren temprano pueden curarse con un tratamiento conservador tales como antibióticos o crema de estrógeno. Si no se cura o es una gran exposición, el procedimiento a seguir es el recorte o retiro de la malla.(16,17).

Erosión de la malla en la vejiga o el recto: esta es una complicación muy rara (0,5-1%) sin embargo si es que ocurre requerirá de tratamiento quirúrgico. Los síntomas pueden incluir dolor en la vejiga, hematuria, infecciones recurrentes del tracto urinario, disfunción Miccional (urgencia, frecuencia, disuria, etc.), formación de fistulas (vesicovaginal - rectovaginal), sangre en las heces, la formación de abscesos por vía vaginal, dolor en el recto u otros síntomas incluida la infección sistémica. Esta es una complicación grave y precisa de la intervención quirúrgica.(16,17).

Dolor inguinal, vaginal y glúteo: esta complicación se da en un 10% y puede ocurrir si la malla se coloca demasiado apretada o se tira de los músculos del suelo pélvico o los nervios. Los cirujanos han aprendido a poner la malla libre de tensión para ayudar a minimizar el riesgo de esta complicación, sin embargo a veces no importa cuán cuidadosamente colocados estén, puede causar dolor. (16,17).

Dispareunia: similar a lo anterior corresponde a un 2%, esta complicación suele ocurrir si los brazos de malla de la prótesis se colocan demasiado apretadas, también puede ocurrir si la malla está arrugada. Una vez más, las nuevas técnicas y mallas más ligeras que han eliminado los brazos de malla que van a través de los músculos han reducido este riesgo, pero por desgracia, el dolor durante el coito es un riesgo que se presenta con cualquier procedimiento vaginal si se ha usado malla o no.(16,17).

Formación de fistulas o abscesos: estas son las principales complicaciones corresponde al 6%, sin embargo, afortunadamente, son muy raros. Si la malla se coloca a través de la vejiga o el recto y no se reconoce en el momento de la cirugía, puede resultar en una conexión entre la vejiga o el recto y la vagina dando lugar a una fistula y / o infección. Los síntomas incluyen fiebre, infección, secreción purulenta por la vagina, salida de heces u orina a través de la vagina. (16,17).

Prevención de las complicaciones relacionadas con el uso de mallas protésicas: recomendaciones de acuerdo al nivel de evidencia

Como con toda cirugía, se recomienda dejar de fumar durante el periodo perioperatorio (opinión de expertos) y cumplir con la prevención de las infecciones nosocomiales (requisito reglamentario). No hay evidencia para recomendar de rutina la terapia de estrógeno local o sistémica antes o después de la cirugía del prolapso mediante malla, independientemente de la técnica quirúrgica (grado C). La profilaxis antibiótica se recomienda, independientemente del enfoque (la opinión de expertos). Se recomienda buscar una infección urinaria pre-operatorio de las vías y tratarla (opinión de expertos). Los primeros casos deberán hacerse bajo la supervisión de un cirujano experimentado en la técnica pertinente (grado C). Se recomienda no colocar una malla sintética no absorbible en el tabique rectovaginal cuando una lesión rectal se produce (la opinión de expertos). La colocación de una malla sintética no absorbible en el tabique vesicovaginal puede considerarse después de la sutura de una lesión de la vejiga si la sutura se considera satisfactorio (opinión de los expertos). Si una malla sintética se coloca por vía vaginal, se recomienda utilizar una malla de polipropileno monofilamento macroporosa (grado B). Se recomienda no utilizar malla de poliéster para la cirugía vaginal (grado B). Se permite realizar una histerectomía asociada con la colocación de una malla sintética no absorbible colocado por vía vaginal, pero esto no se recomienda de forma rutinaria (la opinión de expertos). Se recomienda reducir

al mínimo la extensión de la colpectomía (opinión de expertos). Si la histerectomía es necesaria, se recomienda realizar una histerectomía subtotal (grado C).(18).

DISEÑO METODOLÓGICO

Es un estudio estadístico lineal, retrospectivo en el cual se realizó la revisión de las historias clínicas de todas las pacientes sometidas a corrección de prolapso anterior y posterior con utilización de mallas anterior y posterior, completa, TOT y TVT-O desde enero a diciembre de 2012 en el Hospital Carlos Andrade Marín que en total fueron 520.

Se revisó las complicaciones producidas con dicha intervención como: extrusión de malla, dolor perineal y glúteo, dispareunia, absceso vaginal, perforación de vejiga o recto por la malla, formación de fistulas recto vaginales y vésico vaginales.

Las pacientes fueron escogidas independientemente de si presentan algún tipo de incontinencia o prolapso genital completo que requiera la utilización de una banda libre de tensión o Histerectomía abdominal total.

Un total de 520 pacientes intervenidas de las cuales 186 son de TOT que corresponde a 35,7%, 88 pacientes sometidas a TVT-O corresponde a 16,9%, 132 pacientes colocadas malla anterior corresponde a 25,3 % y 114 pacientes colocadas malla posterior corresponde a 21,9 % (Figura 1).

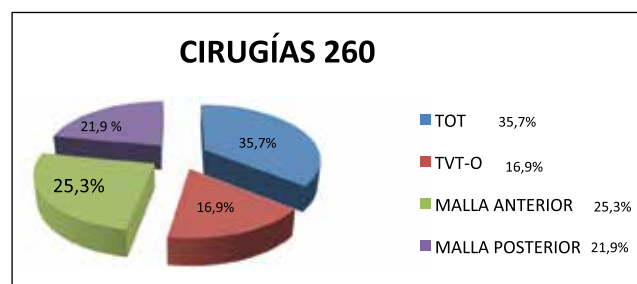


Gráfico 1. Datos de cirugías del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín
Elaborado: Dr. Henry López

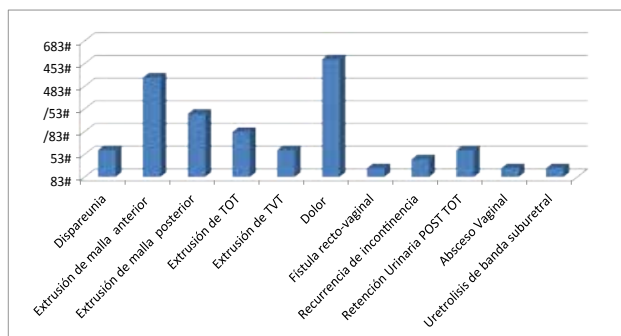
RESULTADOS

De todas las pacientes incluidas en el estudio se escogieron las complicaciones producidas por la colocación de mallas anterior y posterior encontrando un total de 11 complicaciones con un número de 99 pacientes en las que se cita: dispareunia 6 pacientes, extrusión de malla anterior 22 pacientes, extrusión de malla posterior 14 pacientes, extrusión de malla TOT 10 pacientes, extrusión de malla TVT-O 6 pacientes, dolor pélvico y genital 26 pacientes, fistula recto vaginal 2 paciente, recurrencia de incontinencia post colocación de TOT 4 pacientes, retención urinaria post colocación de TOT 6 pacientes, absceso vaginal 2 paciente, y uretrolisis de banda suburetral 1 paciente. (Tabla 1).

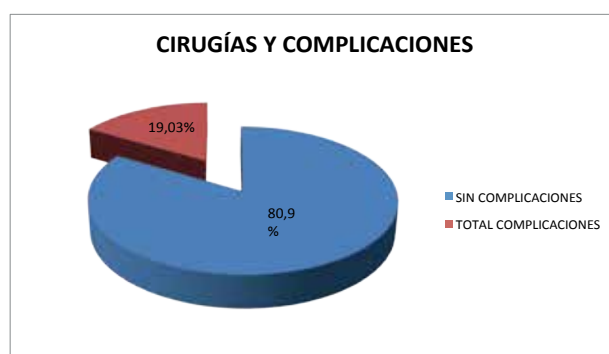
Tabla 1. Listado de complicaciones y sus porcentajes (n=99)

COMPLICACIÓN	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
1. Dispareunia	6	6.06 %
2. Extrusión de malla anterior	22	22.22 %
3. Extrusión de malla posterior	14	14.14 %
4. Extrusión de malla TOT	10	10.10 %
5. Extrusión de malla TVT-O	6	6.06 %
6. Dolor pélvico y genital	26	26.26 %
7. Fistula recto – vaginal	2	2.02 %
8. Recurrencia de incontinencia	4	4.04 %
9. Retención urinaria	6	6.06 %
10. Absceso vaginal	2	2.02 %
11. Uretrolisis de la banda suburetral	1	1.01 %

Fuente: Datos de cirugías del Servicio de Gineco-Obstetricia del HCAM.
Elaborado: Dr. Henry López



De las 520 pacientes intervenidas para la corrección de prolapso e incontinencia urinaria 99 presentaron complicaciones. (Figura 2).



DISCUSIÓN

La extrusión de malla se refiere a la malla que se expone a través de la piel vaginal y es la complicación más frecuente (22,2% para la malla anterior y 14,1% para la malla posterior). Esto puede ocurrir con la cirugía anti-incontinencia (es decir, TVT-O 6,06% y TOT 10,1%) o la cirugía de corrección del prolapso vaginal usando los kits disponibles (kits vaginales, con malla) o abdominal (malla colpocistopexia de Burch). La exposición de la malla vaginal se considera una complicación menor y por lo general se trata muy fácilmente con un procedimiento menor. La exposición puede ser secundaria a la falta de cicatrización de la incisión sobre la malla (un defecto de curación). La infección, normalmente no es la causa de la exposición de la malla vaginal y por lo tanto no se requiere de la extirpación de toda la malla sino solo recortar la pequeña extrusión.

Si la exposición se produce durante la curación, el tratamiento es inicialmente conservador con el uso de antibióticos vaginales y crema vaginal de estrógeno. Si la piel no se cura más de la exposición en 2-4 semanas, entonces tendrá que ser tratado con un procedimiento quirúrgico menor que implica la escisión y el recorte de la malla expuesta y luego cerrar la piel que cubre el defecto. Esto a veces se puede completar en la consulta y a veces en el quirófano sin embargo, se considera un procedimiento menor y por lo general se puede realizar con anestesia local o sedación suave. Las tasas de curación son excelentes y por lo general la exposición es muy pequeña y de fácil tratamiento.(18).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Harald Riesle. Malla quirúrgica. 21 CFR 878.3300 (a), 2010; 3:1-18
- Kane AR, Nager CW. Eslings Midurethral para la incontinencia urinaria de esfuerzo. CHN Obstet Ginecol, 2008; 51(1):1-25
- Samuelsson CE, et al. Los signos de prolapso genital en una población sueca de mujeres de 20 a 59 años de edad y los posibles factores relacionados. Am J Obstet Gynecol, 1999; 2(1):180-210
- Clark AL, et al. La evaluación epidemiológica de la reoperación de la pelvis tra tada quirúrgicamente prolapso de órganos y la incontinencia urinaria. Am J Obstet Gynecol, 2003; 5:189-205

5. PK Arena, y cols. Estudio prospectivo aleatorizado de poliglactina 910 de malla para evitar recurrencia de cistocele y rectoceles. *Am J Obstet Gynecol*, 2001; 7:184-198
6. Carey M, et al. Reparación dentro de la vagina con una malla contra colporrafia para el prolapso un estudio aleatorizado ensayo controlado. *BJOG*, 2009; 10:116-148
7. Iglesia CB, et al. De malla para el prolapso vaginal un ensayo controlado aleatorio. *Obstet Gynecol*, 2010; 2(1):116-150
8. Withagen MI, et al. Trocar guiada por malla en comparación con la reparación convencional vaginal en el prolapso recurrente un ensayo controlado aleatorio. *Obstet Gynecol*, 2011; 2(1):117-150
9. Nieminen K, et al. Los resultados después de la reparación de la pared anterior vaginal con malla un estudio aleatorizado ensayo controlado con una de 3 años de seguimiento. *Am J Obstet Gynecol*, 2010; 2:25-43
10. Vicente Solà D.1, Jack Pardo S.1, Marcelo Bianchi P.2, Paolo Ricci A.1, Enrique Guiloff I. Prolapso de Órganos Pélvicos. Unidad de Uroginecología y Cirugía Vaginal Clínica Las Condes, 2008; 9:367-420
11. Erasmo Bravo O.1, Bernardita Alamos L.a, Harald Riesle P.1, Aníbal Scarella Ch.1. Unidad de Ginecología Hospital Carlos Van Buren Cátedra de Obstetricia y Ginecología - Universidad de Valparaíso, 2005; 1:35-58
12. Solà Dalenz V, Pardo Schanz J, Ricci Arriola P, Guiloff Fische E. Sistema Prolift en la Corrección del Prolapso Genital Femenino. Unidad de Uroginecología y Cirugía Vaginal de Clínica Las Condes Santiago de Chile, 2007; 6:765-787
13. Cardozo L. New developments in the management of stress urinary incontinence. *BJU Int*, 2004; 94(1):1-3
14. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health care cost. *J Am Geriatr*, 1990; 11:301-319
15. Sabela López García, D. León Ramírez, Jorge Rey, Jacobo Freire Calvo, B. Rodríguez Iglesias, A. Ojea Calvo. Complicaciones de las mallas de polipropileno en el tratamiento de la patología de suelo pélvico femenino. *Arch Esp Urol*, 2011; 64:620-628
16. Díez Itza I. Valoración de los resultados de la cirugía del prolapso un problema pendiente de solución. *Suelo Pélvico*, 2007; 3 (2):49-66
17. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 1997; 89(4):501-506
18. Ridgeway B, Chen Ch, Paraiso MF. The use of synthetic mesh in pelvic reconstructive surgery (New technology gynecology). *Clin Obstetric Gynecol*, 2008; 51(1): 36-152