

Experiencia en la corrección quirúrgica del prolapso del compartimiento anterior usando malla multianclaje

Experience in the surgical correction of anterior compartment prolapse using mesh multianchorage



LUIS GUILLERMO ECHAVARRÍA-RESTREPO¹, MAURICIO GÓMEZ-LONDOÑO², JUAN CARLOS GUARNIZO³, LINA PAOLA MEJÍA³, LILIANA PATRICIA MONTOYA-VÉLEZ³, CARLOS MARIO HURTADO-A³

Forma de citar: Echavarría-Restrepo LG, Gómez-Londoño M, Guarnizo JC, Mejía LP, Montoya-Vélez LP, Hurtado-A CM
Experiencia en la corrección quirúrgica del prolapso del compartimiento anterior usando malla multianclaje.

Rev CES Med 2014; 28(2): 185-192

RESUMEN

O **bjetivo:** describir la frecuencia de éxito, recidivas y complicaciones, en mujeres con prolapso genital del compartimiento anterior a quienes se les realizó intervención quirúrgica usando malla multianclaje macroporosa monofilamento.

Metodología: estudio observacional de una cohorte de 71 mujeres con prolapso del compartimiento anterior e intervenidas en la Clínica Universitaria Bolivariana y a quienes se les realizó corrección quirúrgica con malla multianclaje durante el periodo de 2008-2011. Se realizaron dos evaluaciones postquirúrgicas cuantificando el prolapso por medio de la clasificación internacional POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) a los seis meses y al año de la cirugía.

¹ Unidad Uroginecología y Piso Pélvico Femenino, Clínica Universitaria Bolivariana. Universidad Pontificia Bolivariana. echavarrialuisguillermo@gmail.com

² Coordinadora de Salud Pública, Docente Epidemiología Universidad CES, Magíster en Epidemiología.

Recibido en: febrero 3 de 2014. **Revisado en:** julio 14 de 2014. **Aceptado en:** julio 15 de 2014.



Resultados: se encontró mejoría del prolapso genital pasando del grado POP-Q III y IV prequirúrgico al grado I postquirúrgico en 90,5 % de las pacientes; se encontró 2,9 % de recaída del prolapso grado IV. Nueve pacientes presentaron complicaciones tempranas. Se observó un porcentaje de recidiva de prolapso del compartimiento anterior a los seis meses del 4,2 % y de 9,9% al año de evaluación.

Conclusión: Encontramos disminución en el porcentaje de recidivas del prolapso de compartimiento anterior en las pacientes a quienes se les corrigió con malla multianclaje. Se requieren estudios posteriores con diseños más exigentes. Por ahora podemos sugerir que hay una tendencia a un mejor resultado con el uso de la malla multianclaje para la corrección del prolapso del compartimiento anterior.

PALABRAS CLAVE

Cistocele

Mallas quirúrgicas

Recurrencia

Prolapso de órganos pélvicos

ABSTRACT

Objective: To describe the success rate, complications and recurrences in women with genital prolapse of the anterior compartment who underwent surgery using macroporous monofilament mesh multianchorage.

Methods: observational study of a cohort of 71 women with anterior compartment prolapse who were seized in the Clinica Universitaria Bolivariana and who underwent surgical repair with mesh multianchorage during the period 2008-2011. Two postoperative assessments were performed by quantifying prolapse by the POP-Q International Classification (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) at six months and one year after surgery.

Results: An improvement was found genital prolapse POP-Q passing grade III and grade IV preoperative to grade I postoperative in 90.5% of patients; 2.9% of grade IV prolapse relapse was found. Nine patients had early complications. A recurrence rate of prolapse prior to six months of 4.2% and 9.9% to year evaluation was observed.

Conclusion: We found decrease in the recurrence rate of anterior compartment prolapse in patients who were corrected mesh multianchorage. Subsequent studies are needed with better designs. Nowadays we can suggest that there is a trend to a better outcome with the use of mesh multianchorage correction of anterior compartment prolapse.

KEY WORDS

Cystocele

Surgical mesh

Recurrence

Pelvic organ prolapse

INTRODUCCIÓN

Las fallas de piso pélvico presentan una prevalencia del 40 % en mujeres mayores de 50 años (1,2,3) el 11 % de las mujeres podrán ser intervenidas durante su vida por alguna alteración del piso pélvico y 30 al 50 % de ellas presentarán recaídas, especialmente del compartimiento anterior, luego del tratamiento quirúrgico convencional, lo que impacta negativamente su calidad de vida (4,5). Por este motivo se ha incluido el uso de material sintético (mallas de polipropileno) en la corrección quirúrgica del prolapso para disminuir las recaídas quirúrgicas (6-11).

El mayor reto para el cirujano del piso pélvico es el control del compartimiento anterior, y es en éste donde debe concentrar el máximo esfuerzo de la reparación (12-14).

Se han descrito diferentes técnicas mediante el uso de mallas, para la corrección del prolapso de compartimiento anterior. El sistema multianclaje utilizado en nuestra institución (Clínica Universitaria Bolivariana) es un kit que contiene una malla de polipropileno macroporo de 5x10 cm con cuatro brazos del mismo material, los cuales ayudan a su anclaje, diseñadas para el paso anatómico y poco invasivo de la malla a través del agujero transobturador (15).

El objetivo de este trabajo fue medir y describir los porcentajes de éxito, recidivas y complicaciones en una cohorte de pacientes que presentaban defecto del compartimiento anterior y que fueron intervenidas quirúrgicamente usando malla multianclaje macroporosa monofilamento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 77 mujeres con prolapso del compartimiento anterior a quienes se les realizó corrección quirúrgica con malla. Fueron incluidas todas las pacientes que cumplieran con las siguientes condiciones: mayores de 19 años con diagnóstico de prolapso genital del compartimiento anterior sintomáticas, clasificación grado II o mayores, captadas en el servicio de consulta externa de la Clínica Universitaria Bolivariana en Medellín – Colombia, en el período comprendido entre 2008-2011. El prolapso de las pacientes se evaluó objetivamente por medio de la clasificación internacional POP-Q a los seis meses y al año de la cirugía, esto con el fin de disminuir los sesgos. Los cirujanos recibieron entrenamiento previo para estandarizar la técnica quirúrgica.

La cirugía consistió en corrección con malla multianclaje, macroporosa, monofilamento. La técnica es la descrita en la investigación original del fabricante y consiste en incisión vaginal en la línea media de forma vertical. Luego disección de la fascia prevesical. Se realizan cuatro inci-

siones pequeñas en la ingle, dos a cada lado, las superiores se hacen por debajo del tendón del abductor largo a nivel del capuchón del clítoris y las inferiores se realizan 3 cm por debajo y 2 cm lateral a las incisiones superiores. Las agujas se pasan desde la piel a través del espacio obturador y se guían para evitar daño de órganos internos, pasando a nivel del cuello vesical y aproximadamente a 1,5 cm anteriores a la espina ciática a nivel del arco tendíneo para lograr una reparación anatómica del nivel II de Delancey. El extremo apical de la malla se fija al anillo pericervical, creando un efecto de hama-ca debajo de la vejiga, elevándola y llevándola a su posición anatómica normal. Finalmente, la pared vaginal se sutura resecaando solo los bordes, previniendo así el riesgo de acortamientos excesivos de la vagina, dispareunia o exposición de la malla (16 - 18).

Se realizó seguimiento postoperatorio en los seis y 12 meses después de la intervención.

Para la recolección de datos se utilizó un formulario que contenía información básica de las pacientes con variables que medían aspectos sociodemográficos, antecedentes médicos y obstétricos, técnica quirúrgica realizada, presencia de complicaciones intraoperatorias tempranas y tardías. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas. Se creó una base de datos en Microsoft Excel para la tabulación de la información.

Se realizó el diagnóstico preoperatorio de acuerdo a la clasificación internacional POP-Q y se compararon los resultados obtenidos luego de la cirugía a los seis meses y un año de la intervención. Para medir la recidiva o recaída y las complicaciones tempranas y tardías del procedimiento quirúrgico se utilizó el análisis de proporciones por tratarse de variables cualitativas. En nuestro estudio consideramos recidiva a la presencia de prolapso del compartimiento anterior grado II o mayor.

Esta investigación se considera sin riesgo y fue avalada por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Bolivariana.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio del 2008 al 2011 se intervinieron en total 77 pacientes con falla del compartimiento anterior, de las cuales 71 cumplieron los criterios de inclusión. Esto corresponde a una pérdida del 7,2 % del seguimiento de todas las pacientes intervenidas en el periodo. La causa de la pérdida de estas seis pacientes del estudio fue que no cumplieron con las dos evaluaciones postquirúrgicas exigidas. El motivo más común fue la no autorización de su aseguradora de salud para las valoraciones.

De acuerdo a las variables sociodemográficas se hizo una descripción de la cohorte de malla multianclaje intervenida entre 2008 y 2011 (cuadro 1).

Cuadro 1. Variables demográficas de las pacientes intervenidas con malla multianclaje

Variable	Medida ± DS
Edad	64 ± 2,5
Peso	64,8 ± 5
Talla	1,57 ± 0,07
IMC	29,5 ± 4
Partos vaginales previos	3,45 ± 1,3
Fumadora	8 %

En la figura 1 se presentan los antecedentes quirúrgicos de estas pacientes.

Se encontró que 91,3 % de las pacientes estudiadas presentaban, al momento de la valoración prequirúrgica, defectos del compartimiento anterior grado III o IV y en menor frecuencia (8,7 %), grado II sintomático.

En cuanto a las complicaciones se encontró lo siguiente: 12,6 % de las pacientes presentaron complicaciones tempranas: 1,4 % sangrado intraperitoneo que se resolvió en el mismo acto quirúrgico, 4,2 % presentaron cuadro de infección del sitio operatorio superficial y fueron tratadas con antibióticos, con total recuperación; 4,2 % presentaron infección del tracto urinario y 2,8 % tuvieron cuadro de retención urinaria que cedió al uso de sonda vesical por cinco días. Sólo una paciente (1,4 %) presentó una complicación tardía, consistente en exposición de la malla, la cual requirió manejo quirúrgico ambulatorio, resección del área de malla expuesta y uso de estrógeno local, con adecuada evolución clínica y sin complicaciones luego del procedimiento.

Con la utilización de malla multianclaje se observó un porcentaje de recidiva de prolapso del compartimiento anterior a los seis meses del 4,2 % y al año cuantificada con el POP-Q del 9,9 % (cuadro 2).

Cuadro 2. Recidiva de prolapso del compartimiento anterior al año con malla multianclaje (n=71)

Clasificación postquirúrgica - POP-Q	%
Corrección anatómica adecuada por el POP-Q	90,1
Recaída grado II	7,1
Recaída grado III	2,8

Como resultado final, al año de la cirugía, encontramos que de las 71 pacientes intervenidas, 90,1 % estaban clasificadas con un POP-Q grado I del compartimiento anterior, 7,1 % con diagnóstico de prolapso grado II y 2,8 % presentaron recaída severa.

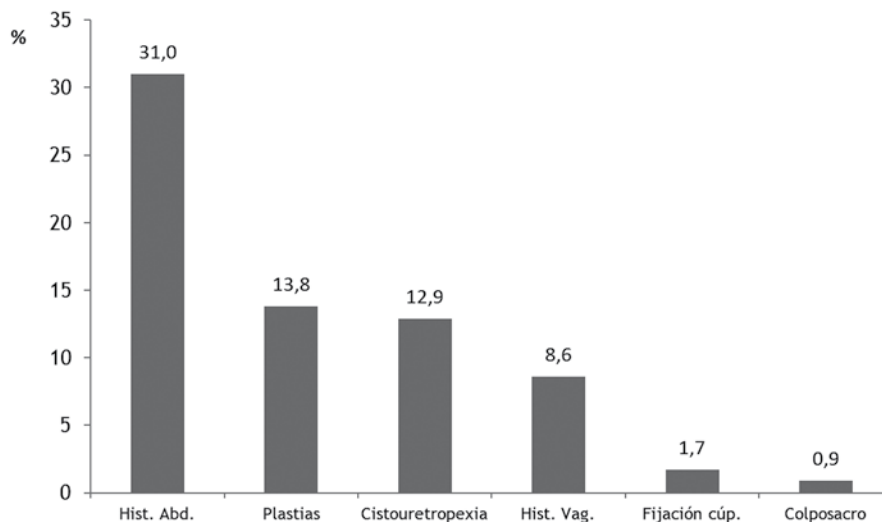


Figura 1. Antecedentes quirúrgicos de las pacientes intervenidas con falla del compartimento anterior

DISCUSIÓN

Para la evaluación del resultado anatómico post quirúrgico, se realizó la clasificación POPQ (6-7) lo cual estandariza los hallazgos entre los evaluadores, al ser medidas objetivas.

Aunque existe mejoría en las tasas de curación cuando se utiliza material sintético en los prolapso grados III y IV del compartimento anterior, en comparación con técnicas convencionales, como reportan Ashok y Petri (14), las técnicas quirúrgicas que utiliza introductores o agujas requieren conocimientos especiales en cirugía de piso pélvico y disecciones precisas, lo que puede llevar a una mayor morbilidad para las pacientes (15-17).

En los resultados de este estudio se encontró una disminución en el porcentaje de recaídas del compartimento anterior cuando se compara con los resultados de otras cohortes históricas reportadas en 19,1 % (8); y en comparación con la recaída de las pacientes llevadas a reparo quirúrgico del prolapso sin material sintético que

llega a ser del 60% en el compartimento anterior (8).

La última revisión sistemática realizada en Cochrane en 2013 sobre el manejo quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres, está a favor del uso de malla para la corrección de las fallas del compartimento anterior (17).

En cuanto a las complicaciones reportadas nuestro trabajo 12,6 % se comportó similar a otras cohortes descritas, aunque el porcentaje de erosiones en la cohorte de estudio fue menor a lo reportado en la literatura que oscila entre el 5 y el 10 % (3,8). En estudios recientes como el de López Garcia *et al.* encuentran complicaciones con el uso de mallas de polipropileno, también alrededor del 10 % y sólo un tercio de las pacientes estudiadas requirieron manejo quirúrgico e incluso con remoción de mallas completas (18). El porcentaje de exposición de malla que encontramos fue inferior a algunos reportes de literatura, donde ocurre hasta en un 16,9 % o incluso hasta el 19 %, como en los estudios de Withagen y Nieminen, respectivamente (19-20).

CONCLUSIÓN

La corrección del prolapso del compartimiento anterior con el uso de malla multianclaje parece ser más eficaz en pacientes con prolapsos grados III y IV que la corrección con técnica tradicional o con el uso de mallas con anclaje simple (21-23). Adicionalmente puede considerarse un procedimiento menos invasivo que las técnicas tradicionales de reparación de la falla del compartimiento anterior (24-25)

Este estudio se encuentra limitado por el seguimiento a mediano plazo, en nuestro trabajo el seguimiento fue de un año.

Por ahora podemos sugerir que hay un mejor resultado con el uso de la malla multianclaje; sin embargo es necesaria la realización de estudios prospectivos, con adecuado número de pacientes y seguimientos a mediano y largo plazo en nuestras poblaciones con el fin de tener conclusiones propias aplicables a nuestro medio.

Conflicto de intereses

Ninguno para todos los autores

BIBLIOGRAFÍA

1. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2002;288(3):321-33.
2. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1496-1501; discussion 1501-1503.
3. Goh JTW. Biomechanical and biochemical assessments for pelvic organ prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15(5):391-4.
4. Shull BL. Pelvic organ prolapse: anterior, superior, and posterior vaginal segment defects. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(1):6-11.
5. Griffis K, Hale DS. Grafts in pelvic reconstructive surgery. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48(3):713-23.
6. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14(5):503-7.
7. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-7.
8. Echavarría-Restrepo LG, Londoño-Montoya JA, Trujillo-Gallego LF, Montoya-Vélez LP. Comparación entre la corrección con mallas sintéticas vía vaginal del prolapso genital versus técnicas vaginales tradicionales: Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia 2006-2007. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2008;59(2):111-7.
9. Lee Y-S, Han D-H, Lim S-H, Kim T-H, Choo M-S, Seo J-T, et al. Efficacy and safety of «tension-free» placement of gynemesh PS for the treatment of anterior vaginal wall prolapse. *Int Neurourol J.* 2010;14(1):34-42.
10. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, Winkler HA, Tomezsko J, Culligan PJ, et al. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1357-1362; discussion 1362-1364.

11. Palma P, Rane A, Riccetto C, Herrmann V, Dambros M, Tarazona A. Corrección transobturatoria de los cistoceles. *Actas Urol Esp.* 2005;29(1):89-92.
12. de Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud A. *et al.* Tension-free polypropylene mesh for vaginal repair of anterior vaginal wall prolapse. *J Reprod Med.* 2005; 50:75-78.
13. Shull BL, Benn SJ, Kuehl TJ. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment: an analysis of support defects, operative morbidity, and anatomic outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171(6):1429-1436; discussion 1436-1439.
14. Ashok K, Petri E. Failures and complications in pelvic floor surgery. *World J Urol* (2012) 30: 487-494)
15. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* diciembre de 1996;175(6):1418-1421; discussion 1421-1422.
16. Young SB, Daman JJ, Bony LG. Vaginal paravaginal repair: one-year outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(6):1360-1366; discussion 1366-1367.
17. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;4:CD004014.
18. García SL, Ramírez DL, Rey JR, Calvo JF, Iglesias BR, Calvo AO. Complications of polypropylene mesh for the treatment of female pelvic floor disorders. *Arch Esp Urol.* 2011 Sep;64(7):620-8.
19. Withagen MI, Milani AL, den Boon J, Vervest HA, Vierhout ME (2011) Trocar-guided mesh compared with conventional vaginal repair in recurrent prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 117(2 Pt 1): 242-250
20. Nieminen K, Hiltunen R, Takala T, Heiskanen E, Merikari M, Niemi K, Heinonen PK (2010) Outcomes after anterior vaginal wall repair with mesh: a randomized, controlled trial with a 3 year follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 203(3):235.e1-8
21. Nicita G. A new operation for genitourinary prolapse. *J Urol.* 1998;160(3 Pt 1):741-5.
22. Migliari R, Usai E. Treatment results using a mixed fiber mesh in patients with grade IV cystocele. *J Urol.* 1999;161(4): 1255-8.
23. Cervigni M, Natale F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol.* 2001;11(4):429-35. 27
24. Moore RD, Miklos JR. Vaginal mesh kits for pelvic organ prolapse, friend or foe: A Comprehensive Review. *Sci World J.* 2009; 9:163-89
25. Condrea A, Netzer I, Ginath S, Eldor-Itskovitz J, Golan A, Lowenstein L. Is mesh becoming more popular? Dilemmas in urogynecology: a national survey. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:672356.



