

EDITORIAL

## ¿Son las mallas vaginales la solución de la cirugía habitual del prolapso?

M. Fillol Crespo

Hospital de La Plana.  
Villarreal (Castellón).

La cirugía del Prolapso se ha tratado habitualmente mediante cirugía clásica con escasas complicaciones, pero con elevadas tasas de recidivas anatómicas, sobre todo del compartimento vaginal anterior<sup>1</sup>.

En la década pasada, se inició el tratamiento quirúrgico del prolapso mediante mallas vaginales, inicialmente colocadas sólo con puntos, posteriormente fijadas a través del agujero obturador y de la fosa isquiorrectal y, finalmente ancladas al músculo obturador y al ligamento sacrospinoso. La principal razón del uso de las mallas en el prolapso era evitar las altas tasas de recidivas. Con el paso de los años se ha demostrado que los resultados anatómicos vaginales anteriores han mejorado con el tratamiento quirúrgico con mallas, sin embargo han aparecido unas complicaciones que estaban ausentes en la cirugía clásica<sup>2</sup>.

Las complicaciones que con mayor frecuencia han generado las mallas han sido: la erosión, la infección y la dispareunia. La erosión vaginal, que es de todas ellas la más frecuente, puede cursar con mayor o menor sintomatología, como el sangrado y las molestias coitales. En 2010 se definió una nueva complicación de difícil solución, que es la «retracción» de la malla<sup>3</sup>, que suele cursar con un dolor, que se exacerba con los movimientos y con el coito. En algunas ocasiones, ese dolor puede persistir, incluso después de retirar la malla.

En 2008, la FDA emitió una notificación sanitaria pública<sup>4</sup> en la que recomendaba a los cirujanos que realizaran una valoración de los riesgos y beneficios de las mallas vaginales y que consideraran la posibilidad de emplear las alternativas existentes al tratamiento quirúrgico del prolapso con mallas. Maher<sup>5,6</sup> en 2008 realizó una revisión sistemática de la cirugía del prolapso para la Cochrane Library, en la que se considera que la colposacropexia abdominal sigue siendo la técnica con menos recidivas en los prolapsos apicales, y además, se hacía eco de la falta de estudios aleatorizados de otras técnicas, que se estaban empleando en esos momentos para el tratamiento del prolapso.

A principios de 2011, las dos principales sociedades de Uroginecología (IUGA e ICS) clasificaron las complicaciones de las mallas para mejorar la información y su registro<sup>7</sup>. En julio de 2011 La FDA actualizó la revisión de las complicaciones de las mallas<sup>8</sup>, llegando a la conclusión de que las mallas pueden condicionarle a la mujer mayores riesgos que los que están condicionando las otras opciones quirúrgicas, sin aportarle mejoría en su calidad de vida; que algunas complicaciones, como la retracción, pueden persistir, incluso tras la retirada de la malla; que las mallas no aportan ningún beneficio para el tratamiento de los defectos apicales y posteriores, aunque sí que aportan mejorías anatómicas, cuando se emplean en el compartimento vaginal anterior, sin que se acompañen de un incremento del bienestar subjetivo, al ser comparadas con la cirugía clásica. En agosto de 2011, Maher<sup>9</sup> actualizó la revisión de la Cochrane Library de 2008, aportando nuevos datos de la cirugía con mallas. Informa de que la reparación del defecto anterior con mallas de polipropileno condiciona mejores resultados anatómicos que la colpoplastia anterior (RR 2,11. IC del 95%: 1,23-3,74), siendo esta mejoría anatómica aún mejor con las mallas de polipropileno fijadas a través del

agujero obturador (RR 3,55. IC del 95%: 2,29-5,51). Sin embargo, este logro anatómico no se acompaña de un mayor bienestar subjetivo, ni de una mejor calidad de vida, ni disminuye la tasa de nueva cirugía para solucionar las recidivas.

En un reciente estudio de coste-efectividad de los defectos vaginales anteriores<sup>10</sup>, se confirma que el tratamiento con mallas añade un sobrecosto de 1.197 dólares por intervención, sin aportar beneficios sobre la cirugía clásica, lo que resulta preocupante en un momento de necesidad de prestar una asistencia sanitaria sostenible.

Además de ello existe una cuestión que aún no está bien definida: ¿cómo valoramos el éxito de la cirugía del prolapso? Esta pregunta también se la plantea Rebecca Rogers<sup>11</sup> en su editorial del último *Obstetrics & Gynecology* de octubre pasado. Hasta ahora el fallo y la recidiva la ha definido el médico valorando parámetros anatómicos, no teniendo en cuenta la opinión de la mujer. Nos debemos plantear que es lo que le aporta mayor beneficio a la mujer, si la cirugía con mallas, con mejores resultados anatómicos; o la cirugía clásica, con una mayor tasa de recidivas de 1.º y 2.º grado asintomáticas, un mejor índice costo-efectividad, una menor tasa de complicaciones e igual calidad de vida.

Desafortunadamente los estudios comparativos aleatorizados de la cirugía clásica y la cirugía con mallas son escasos y carentes de un alto nivel de evidencia. Estamos en un momento de necesidad de realizar dichos estudios comparativos y de optimizar la cirugía clásica. Debemos estandarizar las técnicas y evidenciar aquellas que aporten mayor efectividad.

Con todo ello, creo que las mallas no tienen indicación en la cirugía habitual del prolapso. Sin embargo, existen casos en que son un útil recurso, que nos da solución a casos difíciles, como las recidivas del compartimento vaginal anterior, en las que no tenemos fáciles soluciones. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapsed and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-6.
- Withagen M, Vierhout M, Hendriks J, Kluivers K, Milani A. Risk factors for exposure, pain, and Dyspareunia after Tension-Free Vaginal Mesh Procedure. *Obstet Gynecol* 2011; 118:629-36.
- Feiner B, Maher C. Vaginal Mesh Contraction. *Obstet Gynecol* 2010; 115:325-30.
- FDA. Public Health Notification: Serious Complications associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh in Repair of Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. October 2008. [Disponible en: <http://www.fda.gov/medicaldevices/safety/alertsandnotices/publichealthnotifications/ucm061976.htm>]
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic prolapsed in women. *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD004014.
- Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic prolapsed in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2008; 27:3-12.
- Haylen B, Freeman R, Swift S, Cosson M, Davila W, Deprest J, Dwyer P, Fatton B, Kocjancic E, Lee J, Maher C, Petri E, Rizk D, Sand P, Schaer G, Webb R. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) & grafts in female pelvic floor surgery. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 3-15.
- FDA Safety Communication: UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse. [Disponible en: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm262435.htm>]
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Glazener C. Surgical management of pelvic organ prolapsed in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J* 2011; 22:1445-7.
- Murray S, Haverkorn R, Lotan Y, Lemack G. Mesh kits for anterior vaginal prolapsed are not cost effective. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 447-52.
- Rogers R. To Mesh or Not to Mesh. *Current Debates in Prolapse Repair Fueled by U.S. Food and Drug Administration Safety Notification*. *Obstet Gynecol* 2011; 118:771-2