

ARTÍCULO ORIGINAL

Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas: «lo primero es no hacer daño»

E. Luelmo Buitrón, A. Martín Martínez, M. Armas Roca, J.A. García Hernández

Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Insular de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La utilización de mallas es una alternativa quirúrgica aceptada en el tratamiento del prolapso; sin embargo, y aunque se consiguen buenos resultados en la restitución de la estática vaginal, en ocasiones puede presentar complicaciones superiores a los beneficios que se quieren conseguir. Presentamos una serie de 82 pacientes intervenidas mediante la técnica de mallas Prolift® (14 anterior, 19 posterior y 49 total) en nuestra unidad entre julio de 2005 y julio de 2011.

Las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias a corto plazo fueron del 18%, y las más frecuentes fueron el sangrado abundante (4,8%) y la infección local (4,8%). Las recurrencias anatómicas fueron del 17% y las funcionales del 12%. Durante los 6 años de seguimiento, el 30% de las pacientes refirió algún síntoma que afectaba a su calidad de vida, y el más habitual fue el dolor local en la zona de implante de la malla (14%). Hubo un 19% de exteriorización/extrusión de la malla, mucho más frecuente con el Prolift total.

El sistema de mallas en la reparación del prolapso de órganos pélvicos puede ser efectivo en casos muy concretos. No está exento de complicaciones potencialmente graves, por lo que sólo debería ser aplicado por expertos en la cirugía del suelo pélvico. La aplicación de estas nuevas técnicas y materiales debe ser examinada con rigor científico para demostrar su efecto beneficioso y su baja morbilidad antes de su plena adopción.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Prolapso de órganos pélvicos, cistocele, rectocele, prolapso de cúpula, tratamiento del prolapso con mallas, complicaciones de la utilización de mallas, Prolift.

Introducción

El prolapso genital es una patología que afecta de manera significativa a la calidad de vida de la mujer¹, y puede llegar a afectar a más del 50% de las multíparas². Forma parte de las llamadas disfunciones del suelo pélvico, y es la cau-

ABSTRACT

Treatment of pelvic organ prolapse with meshes: "the first thing is not to cause damage"

The use of meshes is an accepted surgical alternative in the treatment of prolapse, although good results even in the static restoration of vaginal, complications can sometimes outweigh the benefits which want to be achieved. We show a series of 82 patients undergoing meshes technique Prolift® (14 previous, 19 subsequent and 49 total) in our Unit between July 2005 and July 2011.

Intraoperative complications and postoperative short-term were 18%, being the most frequent bleeding (4.8%) and local infection (4.8%). Recurrences were 17% anatomical and functional 12%. During the 6 years of follow up 30% of the patients have referred any symptoms affecting their quality of life, the most common local pain at the implant site of the mesh (14%).

There was a 19% of externalization/extrusion of the mesh, being much more common with full Prolift.

The system of meshes in the repair of pelvic organs prolapse may be effective in very specific cases. It is not without potentially serious complications, so it should only be applied by surgeons experienced in pelvic floor surgery. The application of these new techniques and materials should be tested with scientific rigor to demonstrate a beneficial effect and low morbidity before full adoption.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Pelvic organ prolapse, cistocele, rectocele, vault prolapse, prolapse meshes treatment, complications of the use of meshes, Prolift.

sa más frecuente de intervenciones quirúrgicas por patología benigna a lo largo de la vida de la mujer. Entre los factores de riesgo del prolapso destacan los siguientes: paridad, partos instrumentales (fórceps), obesidad, neuropatías o deservación, Valsalva crónico, alteraciones del tejido conjuntivo, cirugías previas del suelo pélvico, daño de fibras musculares, bajos niveles estrogénicos y edad avanzada³⁻¹².

Dirección para correspondencia:

E. Luelmo. Correo electrónico: eduardoluelmobuitron@yahoo.es

Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas: «lo primero es no hacer daño»
 E. Luelmo Buitrón, A. Martín Martínez, M. Armas Roca, J.A. García Hernández

En el tratamiento del prolapso se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas con distintos resultados en cada una de ellas, pero lo cierto es que las técnicas clásicas implican un alto porcentaje de recurrencia, del 5 al 40% según las series consultadas¹³. Estas cifras han llevado a replantear la fisiopatología del prolapso y a desarrollar nuevas técnicas quirúrgicas, de modo que, considerándolo una «hernia» del suelo pélvico femenino, al igual que los cirujanos en la reparación de las hernias abdominales, se emplean mallas para su reconstrucción. Actualmente, la utilización de mallas es una alternativa quirúrgica aceptada en el tratamiento del prolapso; sin embargo, y aunque se consiguen buenos resultados en la restitución y mantenimiento de la estática vaginal, no está exenta de complicaciones, a veces superiores a los beneficios que se quieren conseguir.

Las mallas sintéticas se utilizaron por primera vez como refuerzo de hernias de la pared abdominal. Su función es aportar 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 y monofilamento. Ésta se ha utilizado como refuerzo de las fascias, con técnica libre de tensión, reduciendo la posibilidad de recidivas. Un sistema de malla para la corrección del prolapso es el sistema Prolift®¹⁴. Se trata de una malla extensa, con sistema de anclaje que permite dar un soporte más integral, y se aplica con una técnica poco invasiva.

Presentamos una serie de 82 pacientes intervenidas de prolapso genital mediante la técnica de mallas tipo Prolift (14 anterior, 19 posterior y 49 total) en nuestra unidad de suelo pélvico, entre julio de 2005 y julio de 2011. En esta revisión, además de presentar los resultados de la reparación del prolapso con malla, queremos hacer hincapié en las complicaciones, tanto intraoperatorias como a corto, medio y largo plazo, que han ido surgiendo en nuestras pacientes, algunas de ellas lo suficientemente importantes como para replantearnos la utilización de las mallas en determinados casos, así como, por qué no, reflexionar sobre si los cirujanos del suelo pélvico deberíamos o no hacer un alto en el camino del tratamiento del prolapso con mallas.

Descripción del sistema Prolift

Este sistema cuenta con implantes de malla y un set de instrumentos (guía, cánulas y dispositivos de tracción de la malla) para facilitar su introducción y localización (figura 1). Se trata de una malla de polipropileno, macroporo y monofilamento, no absorbible (Gynecare Gynemesh® PS), y puede ser anterior, posterior o total (figura 2). La malla anterior cuenta con cuatro prolongaciones o brazos, para

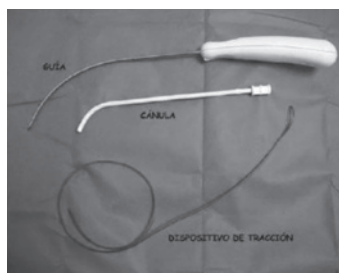


Figura 1. Set de instrumentos del sistema Prolift

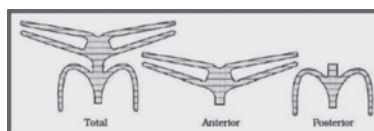


Figura 2. Tipos de malla Prolift: anterior, posterior o total

fijarse en el arco tendinoso de la fascia endopélvica (ATFE), utilizando el agujero obturador. La posterior posee dos brazos para fijarse en el ligamento sacroespinoso por vía transglútea. La malla total es la anterior unida a la posterior, formando una sola malla. La guía permite formar la vía, a través de los tejidos, donde se fijarán los brazos de la malla. Está formada por un mango y una aguja curva. Sobre ella va una cánula que se introduce para crear el canal por donde pasan los brazos de la malla. Un dispositivo de tracción facilita la colocación y la tracción de los brazos de la malla a través de las cánulas. El extremo distal posee un lazo que permite asegurar el brazo de la malla que se desea ajustar.

Los casos de corrección de cistocele se realizaron con Prolift anterior, los de rectocele con Prolift posterior y los de cúpula con Prolift total. En todas las pacientes se registraron las eventuales complicaciones durante los tiempos intraoperatorio y postoperatorio inmediato, así como en las primeras 6 semanas, 6 meses, 12 meses y anualmente. Además, se registró la presencia de recidiva del prolapso operado.

Material y métodos

Se realizó un seguimiento prospectivo de 82 pacientes ingresadas para corrección quirúrgica de prolapso genital anterior y/o posterior, o prolapso de cúpula, según la clasificación POP-Q, entre julio de 2005 y julio de 2011 en la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. De las 82 pacientes, 14 fueron intervenidas con el sistema de Prolift anterior (cistocele), 19 con Prolift posterior (rectoenterocele) y 49 con Prolift total (prolapso de cúpula). A todas las pacientes se les explicó la cirugía que se iba a realizar y todas firmaron un consentimiento informado.

En las pacientes menopáusicas se preparó la mucosa vaginal previamente a la cirugía con estrógenos locales, debido

Tabla 1. Antecedentes quirúrgicos

	Prolift anterior (n= 14)	Prolift posterior (n= 19)	Prolift total (n= 49)	Total (n= 82)
Histerectomía vaginal	6	9	34	49
Histerectomía abdominal	2	6	14	22
Doble plastia	1	3		4
Plastia anterior	4			4
Plastia posterior		1		1
Total	13	19	48	80 (97,5%)

a que presentaban atrofia. Se utilizó profilaxis antibiótica con cefazolina y metronidazol 1 hora antes de la intervención. La anestesia utilizada fue regional espinal.

Se les dio el alta hospitalaria a las 48 horas. Se realizó un control a las 6 semanas, los 6 meses y los 12 meses y, posteriormente, se llevó a cabo un control anual revisando los resultados de la corrección del prolapso (POP-Q), así como los síntomas referidos por las pacientes.

La media de edad de las pacientes fue de 60 años (rango: 45-82), con una media de 3 partos vaginales (rango: 1-8) y un índice de masa corporal de 28 (rango: 21-39).

El 97,5% (n= 80) de las pacientes presentaba alguna intervención quirúrgica previa genital: 49 histerectomía vaginal por prolapso, 22 histerectomía abdominal, 4 doble plastia vaginal, 4 plastia anterior y 1 plastia posterior.

De las 19 pacientes a las que se les colocó un Prolift posterior, a una se le realizó una histerectomía vaginal en el mismo acto quirúrgico por prolapso. De las 14 pacientes intervenidas con Prolift anterior, una no presentaba antecedentes quirúrgicos, pero se le reparó el cistocele con malla debido al alto riesgo de recidiva del prolapso (presentaba obesidad y broncopatía crónica). De las 49 pacientes intervenidas con Prolift total, 48 presentaban una histerectomía previa, la mayoría vaginal, por prolapso, y a la otra se le colocó un Prolift completo conservando el útero (tabla 1).

A 10 pacientes (12%) se les asoció otro tipo de cirugía: 6 TVT retropúbico por presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, 3 plastias vaginales posteriores y 1 histerectomía vaginal simultánea.

Resultados

El tiempo quirúrgico medio fue de 45 minutos para el Prolift anterior (rango: 35-55), de 40 minutos para el Prolift

posterior (rango: 30-50) y de 60 minutos para el Prolift total (rango: 50-70).

Las complicaciones intraoperatorias y en el postoperatorio a corto plazo (antes de las 6 semanas de la intervención) fueron del 18% (15 casos), agrupadas del siguiente modo (tabla 2): infección urinaria 2,4% (2 casos), sangrado moderado-abundante durante la intervención 4,8% (4 casos), hematoma inguinal con ciatalgia severa en las 6 semanas poscirugía 1,2% (1 caso), perforación rectal 2,4% (2 casos), infección de la cúpula vaginal o de la herida quirúrgica 4,8% (4 casos) y retención de orina durante el postoperatorio intrahospitalario 2,4% (2 casos). Estas mismas complicaciones, según el tipo de malla empleada, fueron las siguientes:

- Prolift anterior: 21% (1 caso de infección urinaria, 1 sangrado intraoperatorio moderado-abundante y 1 hematoma inguinal que se resolvió espontáneamente con el tiempo, acompañado de dolor ciático).
- Prolift posterior: 15,8% (1 caso de infección urinaria, 1 caso de sangrado moderado-abundante durante la cirugía y 1 perforación rectal intraoperatoria).
- Prolift total: 18% (2 casos de sangrado moderado-abundante durante la cirugía, 1 perforación rectal, 4 casos de infección de la herida quirúrgica, que requirieron tratamiento antibiótico local con evolución favorable, y 2 retenciones de orina durante las 48 h de ingreso poscirugía).

Registramos las recurrencias anatómicas (reaparición del prolapso independientemente de que las mujeres presenten o no sintomatología) y funcionales (cuando reaparece la sintomatología asociada al prolapso que inicialmente motivó la indicación de la cirugía) (tabla 3).

En cuanto a las recurrencias anatómicas, el 17% de las pacientes intervenidas durante el tiempo de estudio (6 años) mostraban en la exploración algún tipo de prolapso, sintomático o no, distribuido, según la técnica empleada, de la siguiente forma:

Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas: «lo primero es no hacer daño»
E. Luélmo Buitrón, A. Martín Martínez, M. Armas Roca, J.A. García Hernández

Tabla 2. Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias a corto plazo

	Prolift anterior (n= 14)	Prolift posterior (n= 19)	Prolift total (n= 49)	Total (n= 82)
Infección del tracto urinario	1	1		2 (2,4%)
Hemorragia	1	1	2	4 (4,8%)
Hematoma + ciatalgia	1			1 (1,2%)
Perforación rectal		1	1	2 (2,4%)
Infección			4	4 (4,8%)
Lesión vesical				
Celulitis perineal				
Absceso perineal				
Fístula rectovaginal				

Tabla 3. Recurrencias anatómicas y funcionales registradas

	Recurrencias anatómicas				Recurrencias funcionales			
	Prolift anterior (21,4%)	Prolift posterior (15%)	Prolift total (16%)	Total	Prolift anterior	Prolift posterior (21,4%)	Prolift total (15%)	Total (8,1%)
Rectocele	2	0*	1	3	2			2
Prolapso de cúpula	1	2	1	4	1	2	1	4
Cistocele	0*	1	6	7		1	3	4
Total	3	3	8	14 (17%)	3	3**	4	10 (12%)

- Prolift anterior: 21,4% (2 rectoceles, 1 prolapso de cúpula y ningún cistocele).
- Prolift posterior: 15% (ningún rectocele, 2 prolapsos de cúpula, 1 cistocele).
- Prolift total: 16% (1 rectocele, 1 prolapso de cúpula y 6 cistoceles).

Las recurrencias funcionales se presentaron en el 12% de las pacientes:

- Prolift anterior: 21,4% (2 rectoceles, 1 prolapso de cúpula y ningún cistocele).
- Prolift posterior: 15% (ningún rectocele, 2 prolapsos de cúpula y 1 cistocele).
- Prolift total: 8,1% (ningún rectocele, 1 prolapso de cúpula y 3 cistoceles).

En la tabla 4 se presentan los síntomas referidos por las pacientes durante todo el periodo de seguimiento (6 años). Tras la intervención, el 30% de las pacientes refirió algún síntoma que afectaba a su calidad de vida; el más frecuen-

te fue el dolor local en la zona de implante de la malla (14%), seguido de la incontinencia urinaria *de novo* (7,2%), la infección urinaria de repetición (4,8%), la dispareunia (2,4%), la ciatalgia (1,2%) y el estreñimiento pertinaz (1,2%). Con el paso del tiempo, estos síntomas van desapareciendo, de manera que al final del periodo de estudio sólo el 11% de las pacientes refería algún síntoma que afectaba a su calidad de vida: dolor local (3,6%), incontinencia urinaria *de novo* (3,6%), infecciones urinarias de repetición (2,4%) y dispareunia (1,2%).

Otra complicación habitual y temida por los cirujanos de suelo pélvico, que se presenta tras el uso de mallas en el tratamiento del prolapso, es la exteriorización/extrusión de la malla, que en nuestra serie es del 19% (16 casos), mucho más frecuente con el Prolift total (14,6%) que con el Prolift anterior (3,6%) y el posterior (1,2%). Si bien hay que decir que la mayoría de las erosiones fueron asintomáticas, inferiores a 2 cm, fue preciso recortarlas en 5 casos (3 ambulatoriamente, en consulta, y 2 en quirófano, con anestesia), al

Tabla 4. Síntomas referidos por las pacientes durante todo el periodo de seguimiento (6 años)

	Síntomas globales				Síntomas actuales			
	Prolift anterior	Prolift posterior	Prolift total	Total	Prolift anterior	Prolift posterior	Prolift total	Total
Infección del tracto urinario	2	1	1	4 (4,8%)	1	1	2 (2,4%)	
Incontinencia urinaria <i>de novo</i>	1	1	4	6 (7,2%)	1	2	3 (3,6%)	
Dolor	1	3	7	11 (14%)	1	2	3 (3,6%)	
Ciatalgia	1			1 (1,2%)				
Dispareunia			2	2 (2,4%)			1	1 (1,2%)
Estreñimiento			1	1 (1,2%)				
Total (%)	35,7	26,3	30	30	0	15	12	11

Tabla 5. Casos de exteriorización/extrusión de la malla

Erosiones/extrusiones			
Prolift anterior	Prolift posterior	Prolift total	Total
3	1	12	16
3,6%	1,2%	14,6%	19%

tratarse de extrusiones amplias y que producían dolor a las pacientes. Nos llama la atención que la mayoría de las extrusiones no han aparecido a corto plazo tras la intervención, sino a lo largo del tiempo, la mayoría después de los 6 meses del implante (entre 2 y 24 meses), a pesar de que a todas las pacientes se les mantiene indefinidamente el tratamiento local con estrógenos una vez a la semana (tabla 5).

Discusión

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema frecuente que afecta a la calidad de vida de la mujer. Supone la indicación más común de cirugía ginecológica de causa benigna y la causa más común de histerectomía en mujeres mayores de 55 años¹⁵. El riesgo estimado durante la vida de una mujer de ser intervenida por prolapso genital es del 11%¹⁶. La incidencia anual de cirugía por POP descrita varía entre 1,5 y 4,9 casos por 1.000 mujeres/año¹⁷. Esta incidencia aumenta con la edad y es mayor en los años de la menopausia. A lo largo del tiempo se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas para tratar el POP, pero ninguna de ellas ha demostrado ser definitiva. En los últimos años, y gracias al mejor conocimiento de la fisiopatología del POP, han aparecido las técnicas con mallas para tratar de reforzar o sustituir los ligamentos alterados que sustentan y soportan los órganos pélvicos prolapsados.

Una de las indicaciones más aceptadas para el uso de mallas en la cirugía del prolapso genital es el antecedente de intervención previa por prolapso, es decir, el prolapso recurrente. La mayoría de las pacientes incluidas en nuestra serie (97,5%) lo presentaba, y el más frecuente era la histerectomía vaginal (49 pacientes).

La tasa de complicaciones, tanto intraoperatorias como a medio y largo plazo, es muy variable según las series. Nosotros registramos una tasa de complicaciones intraoperatorias y dentro de las primeras 6 semanas poscirugía del 18%. Nos parece una cifra elevada, aunque es cierto que se trata principalmente de complicaciones leves. Destacamos los 2 casos de perforación rectal, que representan el 2,4% del total, y otros 2 casos de sangrado intraoperatorio severo, pero que no requirieron transfusión. No observamos ninguna otra complicación grave distinta de las descritas por otros autores (lesión vesical 0,58%, celulitis perineal 0,15%, absceso perineal 0,29%, fístula rectovaginal 0,15% o fístula vesicovaginal 0,15%)¹⁸.

En cuanto a las recurrencias anatómicas del prolapso (17%), la mayoría se produjeron en pacientes intervenidas con Prolift anterior (3 pacientes), pero hay que resaltar que ni con el Prolift anterior ni con el posterior se produjo ninguna recurrencia en el compartimento intervenido, sino en el contralateral. Esta circunstancia es un elemento que cabe tener en cuenta. De todos es conocido que al reparar un compartimento pélvico puede producirse un prolapso de los compartimentos contralaterales. Creemos que éste es un problema aún sin resolver, pues con frecuencia se nos plantea el interrogante de si durante la intervención de uno de los compartimentos se debe reparar un prolapso incipiente del contralateral. Creemos que sí, pero el problema se presenta cuando ese prolapso incipiente no existe. Igualmente, tampoco creemos que deban utilizarse las mallas en estos casos, es decir, de forma preventiva.

Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas: «lo primero es no hacer daño»
E. Luélmo Buitrón, A. Martín Martínez, M. Armas Roca, J.A. García Hernández

Muchos casos de recurrencias anatómicas son asintomáticos, de manera que si hablamos de recurrencias funcionales (cuando reaparece la sintomatología asociada al prolapso que inicialmente motivó la indicación de la cirugía), la tasa de nuestra serie se reduce al 12%. La tasa de satisfacción con la intervención practicada de las pacientes es del 90%. De las 82 pacientes de nuestra serie, se ha reintervenido por recurrencia del prolapso sintomático a 3 (3,6%). La intervención inicial había sido con Prolift posterior y la reintervención que se hizo fue dos Prolift totales por prolapso de cúpula y un Prolift anterior por cistocele.

El 30% de las pacientes intervenidas refirió algún síntoma que afectaba a su calidad de vida a lo largo de los 6 años de seguimiento. La mayoría de ellos aparecen durante las primeras semanas o meses tras la intervención y, afortunadamente, van desapareciendo o atenuándose con el tiempo. El dolor es el principal síntoma referido por las pacientes (17,6%); el más frecuente es el dolor local (14%), seguido de la dispareunia (2,4%) y el dolor tipo ciático (1,2%). Con el paso del tiempo la tasa de dolor se reduce al 4,8% (dolor local 3,6% y dispareunia 1,2%). Al final del periodo de estudio, el 62% de las pacientes mantienen relaciones sexuales, que son satisfactorias en el 95% de ellas.

La erosión de la malla es otra complicación no deseada, que en nuestra serie es del 19% (16 pacientes), sobre todo con el Prolift total (12 casos). Todas nuestras pacientes reciben tratamiento local con estrógenos semanas antes de la intervención y se les mantiene semanalmente de manera indefinida. Nos llama la atención que esta complicación aparezca después de los 2 meses de la intervención y en algunos casos hasta 2 años después. Como ya hemos comentado, la mayoría de las erosiones son asintomáticas, y sólo precisaron ser recortadas en el quirófano en 2 casos. En ambos, además de tratarse de extrusiones amplias, se produjo una retracción de la malla, con dolor local muy intenso y dispareunia aguda, que impedían prácticamente las relaciones sexuales. Ambas pacientes fueron reintervenidas de nuevo en el quirófano por una nueva extrusión de la malla; es decir, parecen dos claros casos de rechazo. Una de ellas ha sido tratada con rehabilitación de suelo pélvico, mejorando relativamente el dolor y la dispareunia. La segunda paciente presenta cicatrices retráctiles muy dolorosas, así como adherencias firmes entre la cara anterior y posterior de la vagina.

Considerando el POP como una hernia, al igual que las que aparecen en la pared abdominal, la utilización de mallas ha supuesto un gran avance, ya que con ellas se reduce la probabilidad de recidivas. Pero debemos tener en cuenta que la vagina presenta condiciones locales especiales y diferentes del resto del organismo, que permiten el crecimiento de bacterias potencialmente patógenas. A diferencia de las hernias abdominales, la malla queda bajo la mucosa vaginal, lo que teóricamente aumentaría los riesgos¹⁹.

En un principio, las técnicas con mallas se recibieron con gran expectativa por parte de los cirujanos ginecológicos, y también con la esperanza de que se convirtieran en la solución final para el tratamiento del POP. Por esta razón, en vista de los buenos resultados obtenidos con el uso de las bandas libres de tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y, por qué no decirlo, debido también a las presiones comerciales, es probable que nos hayamos excedido en la utilización de mallas en el tratamiento del prolapso sin haber realizado previamente serios estudios comparativos, multicéntricos y aleatorizados que nos ayuden a conocer cuáles son las indicaciones precisas de las mallas, sus potenciales complicaciones y hasta qué punto pueden mejorar (o empeorar) la calidad de vida de nuestras pacientes.

A este respecto, es muy reveladora una excelente revisión sobre la evidencia de la utilización de mallas en la cirugía del prolapso, publicada por Díez Itza²⁰, cuyas conclusiones compartimos: «En el compartimento anterior la utilización de mallas puede reducir el riesgo de recurrencia anatómica, pero aún no se han demostrado ventajas en el grado de satisfacción, la calidad de vida y la tasa de reoperación. En el compartimento posterior no existe ninguna evidencia para sugerir que la utilización de cualquier malla se traduzca en una mejora de los resultados. La utilización de kits en el compartimento apical conlleva una tasa global de reintervención (recidiva y complicaciones) superior a la de la cirugía convencional. En los prolapso recurrentes, las conclusiones de los estudios coinciden con las correspondientes a las primeras cirugías, y no son suficientes como para poder recomendar el uso sistemático de las mallas».

Sin embargo, no estamos de acuerdo con la afirmación de que la mayor parte de los autores utilizan criterios anatómicos como primer objetivo, e incluso como único objetivo, del tratamiento con mallas. Al contrario, estamos convencidos de que la indicación quirúrgica del prolapso ha de ser la presencia de síntomas, y el objetivo último, la desaparición de éstos a través de la reparación del prolapso. Aquí se hace valer la máxima del profesor Petros, «reparando la forma se repara la función», y el principio hipocrático *primun non nocere* («lo primero es no hacer daño»), pues es cierto que en muchas ocasiones los actos médicos realizados con las mejores intenciones pueden tener consecuencias indeseables.

Por su parte, la Food and Drug Administration (FDA) ha lanzado a la comunidad científica norteamericana, el pasado mes de julio de 2011, un serio aviso de seguridad sobre «las graves complicaciones asociadas a la colocación de una malla quirúrgica transvaginal para el POP». La colocación quirúrgica de la malla a través de la vagina para curar una afección como el POP podría implicar mayores riesgos que otros métodos quirúrgicos, y no proporciona ningún beneficio clínico adicional. Entre 2008 y 2010, la FDA recibió más

de 1.500 informes de «eventos adversos» sobre pacientes que se habían sometido al procedimiento de la malla, 5 veces más que los comunicados entre 2005 y 2007²¹.

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians & Gynecologists [ACOG]) ha manifestado que «comparte las preocupaciones de la FDA y anima a los pacientes y los médicos a revisar el documento de la FDA, que describe con detalle los riesgos de salud asociados con los productos quirúrgicos de malla cuando se usan para tratar el POP»²¹.

Los resultados de nuestra serie con malla tipo Prolift no nos parecen malos, pues en la mayoría de las pacientes se ha resuelto el problema anatómico, pero tampoco cumplen las expectativas que en su día despertó la utilización de las mallas en el POP. Las complicaciones no son graves, pero muchas pacientes refieren síntomas que no presentaban antes de la intervención y, en algunos casos, como ya hemos señalado, el dolor es incapacitante (hemos causado un problema que antes no existía), al menos para la función sexual.

En vista de todo lo expuesto anteriormente, creemos necesario hacer las siguientes reflexiones:

- Sería deseable la creación de unidades de suelo pélvico de referencia nacional, acreditadas tanto por las administraciones públicas como por las sociedades científicas y constituidas por cirujanos de reconocida experiencia, y que se efectuaran estudios multicéntricos que permitieran determinar las indicaciones precisas para la utilización de mallas en el tratamiento del prolapso y sus potenciales complicaciones. Igualmente, estas unidades serían las encargadas de la formación y el entrenamiento de nuevos cirujanos de suelo pélvico.
- Hasta ese momento, la utilización de mallas en el tratamiento del prolapso no debería generalizarse.
- Se precisa la creación de un registro nacional de complicaciones y efectos adversos producidos por el uso de las mallas en el tratamiento del prolapso.
- La aplicación de estas nuevas técnicas y materiales debe ser examinada con rigor científico para demostrar su efecto beneficioso y su baja morbilidad antes de su plena adopción. Las investigaciones deben incluir medidas de resultados cuantificables y estandarizadas²². ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Solà V, Pardo J, Ricci P, Guiloff E. Tension free monofilament macropore polypropilene mesh (Gynemesh PS) in female genital prolapse repair. *Int Braz J Urol*. 2006; 32(4): 410-415.
2. Carey MP, Dwyer PL. Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001; 13: 499-505.
3. Deval B, Rafii A, Poilpot S, Aflack N, Levardon M. Prolapse in the young woman: study of risk factors. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002; 30(9): 673-676.
4. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. 2000; 107(12): 1.460-1.470.
5. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST). The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(3): 795-806.
6. Smith AR, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989; 96(1): 24-28.
7. Marinkovic SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol*. 2004; 171(3): 1.021-1.028.
8. Wong MY, Harmanli OH, Agar M, Dandolu V, Grody MH. Collagen content of non support tissue in pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(6): 1.597-1.599 [discussion 1.599-1.600].
9. Goepel C, Hefler L, Methfessel HD, Koelbl H. Periurethral connective tissue status of postmenopausal women with genital prolapse with and without stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(7): 659-664.
10. Soderberg MW, Falconer C, Bystrom B, Malmstrom A, Ekman G. Young women with genital prolapse have low collagen concentration. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(12): 1.193-1.198.
11. Gilpin SA, Gosling JA, Smith AR, Warrell DW. The pathogenesis of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A histological and histochemical study. *Br J Obstet Gynecol*. 1989; 96(1): 15-23.
12. Smith P, Heimer G, Norgren A, Ulmstein U. Steroid hormone receptors in pelvic muscles and ligaments in women. *Gynecol Obstet Invest*. 1990; 30(1): 27-30.
13. Lucente V, Hale D, Miller D, Madigan J. A clinical assesment of gynemesh PS for the repair of pelvis organ prolapse (POP). *J Pelvic Med Surg*. 2004; 10 Supl 1: 35.
14. Baderr G, Fauconnier A, Guyot B, Ville Y. Use of prosthetic materials in reconstructive pelvic floor surgery. An evidence-based analysis. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006; 34(4): 292-297.
15. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190: 27-32.
16. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997; 89: 501-506.
17. III International Consultation on Incontinence (ICI), 2004. Disponible en: w.urotoday.com/287/conference_reports/ici_2004/ici_2004_conference__conference_highlights.html
18. Cosson M, Caquant F, Collinet P, Rosenthal C, Clave H, Debodinance P, et al. Prolift Mesh (Gynecare) for pelvic organ prolapse. Surgical treatment using the TVM Group technique: a retrospective study of 687 patients [abstract ICS2005; 121].
19. Solà Dalenz V, Pardo Schanz J, Ricci Arriola P, Guiloff Fische E. Sistema Prolift en la corrección del prolapso genital femenino. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(8): 850-857.
20. Díez Itza I. Mallas en la cirugía del prolapso. ¿Cuál es la evidencia? *Suelo Pélvico*. 2011; 7(2): 31-41.
21. Medline Plus. Artículo de Health Day, traducido por Hispanicare. US Food and Drug Administration, news release, July 13, 2011, and statement. American College of Obstetricians & Gynecologists.
22. McIntyre M, Goudelocke C, Rovner ES. Una actualización de la cirugía del prolapso de los órganos pélvicos. Departamento de Urología, Medical University of South Carolina, Charleston, Carolina del Sur. *Curr Opin Urol*. 2010; 20: 490-494.