

CASO CLÍNICO

## Hematoma grave tras la inserción de una malla TVT Secur®

M.Á. Pancorbo Alonso, E. Moratalla Bartolomé, A. Gómez Manrique, M.J. Cid Reguengo, J. Lázaro de la Fuente, C. Hernández Iglesias, M. González Bernal, M. Repollés Escarda

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

### RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente a la que se insertó una malla TVT Secur® de Gynecare y desarrolló complicaciones. Aunque durante la cirugía no se produjeron incidencias, una hora después de la intervención la paciente refirió intenso dolor suprapúbico, y la ecografía mostró un hematoma en el espacio de Retzius. Intentamos controlarlo con embolización arteriográfica selectiva de una rama de la arteria iliaca externa. Varias horas más tarde, ante el empeoramiento clínico, fue necesario realizar una transfusión sanguínea y una segunda intervención para drenar el hematoma y hacer hemostasia selectiva sobre un vaso venoso. La evolución posterior cursó con fiebre. La paciente fue dada de alta a los 12 días de la intervención. En los controles efectuados al mes y a los 6 meses se mantenía continente. A raíz de este caso, concluimos que hay que contemplar la posibilidad de que surjan complicaciones graves con estos procedimientos, que deben practicarse en un medio hospitalario. Además, es necesario fomentar el conocimiento profundo de estas complicaciones en los ámbitos científicos.

**Palabras clave:** incontinencia urinaria, TVT Secur®, complicaciones, hematoma.

### ABSTRACT

#### Serious hematoma after insertion of TVT Secur™ mesh

We present a case of a patient to whom a TVT Secur™ mesh from Gynecare was inserted, having no incidents during surgery. One hour after surgery, the patient alleged intense suprapubic pain. Ultrasounds reveal an hematoma in the Retzius space. We attempted to control the lesion with selective arteriographic embolization of an external iliac artery branch. Several hours later, the patient showed progressive clinical aggravation. She needed blood transfusion and a second surgery in order to drain the hematoma and restore the haemostasis on a bleeding venous vessel. Afterwards progression of the patient included fever. She leaved the hospital 12 days after surgery. Monthly and 6 months controls of the patient showed good continence. We conclude that it is imperative to remark the possibility of serious complications with these procedures, which have to be performed in a hospital. Moreover, we should encourage the thorough knowledge of these complications throughout the scientific community.

**Keywords:** urinary incontinence, TVT Secur™, complications, hematoma.

### Introducción

El tratamiento corrector de la incontinencia urinaria de esfuerzo requiere una intervención quirúrgica. Ésta conlleva incomodidades, riesgos y posibles secuelas; en el mejor de los casos la única secuela será una cicatriz, pero en casos extremos la intervención puede tener consecuencias incluso mortales. Por ello, como en la práctica totalidad de los campos de la cirugía, también en éste, continuamente se intentan desarrollar técnicas que, manteniendo o mejorando la eficacia, resulten menos cruentas, más cómodas, con menores riesgos y con unas mínimas secuelas. Con este propósito, en las últimas décadas se han desarrollado téc-

nicas quirúrgicas para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante el uso de mallas suburetrales que se insertan por tres pequeñas incisiones, una en la vagina y dos en la piel, lo que las hace mucho menos cruentas que las técnicas clásicas<sup>1</sup>. El último avance en esta línea son las minibandas, que sólo necesitan una incisión en la vagina y que constituyen una técnica mínimamente invasiva con una eficacia similar a la de las técnicas clásicas<sup>2</sup>. El sistema TVT Secur® de Gynecare es uno de los sistemas con minibandas hoy disponibles en el mercado, y cuenta con una gran experiencia de uso, reflejada en diversas publicaciones<sup>3-7</sup>. De todos modos, no podemos olvidar que el empleo de minibandas puede dar lugar a complicaciones importantes<sup>8-10</sup>. A continuación presentamos el caso de una paciente que sufrió una complicación grave.

#### Dirección para correspondencia:

Miguel Ángel Pancorbo Alonso. Correo electrónico: mpancorbo.hrc@salud.madrid.org

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 38 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de interés y con antecedente de un parto vaginal, que nos fue remitida por un cuadro clínico de incontinencia urinaria. Mediante la historia clínica, la exploración, el test de esfuerzo y el estudio urodinámico, se confirmó el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, con un índice en el cuestionario ICIQ-SF de 16 puntos. Se ofrece a la paciente la posibilidad de corregirla mediante la inserción de una malla TVT-Secur®. El estudio preoperatorio mostró unos valores hematológicos, bioquímicos y de coagulación dentro de los límites normales.

La intervención se realizó en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria siguiendo la técnica habitual que empleamos para la inserción de minibandas, que detallamos a continuación.

Antes de entrar en quirófano, se inicia la infusión de 2 g de amoxicilina/ácido clavulánico como profilaxis antibiótica. Una vez en el quirófano, el anestésico se encarga de monitorizar y sedar a la paciente, que es colocada en posición ginecológica en máxima flexión muslo-abdomen. En primer lugar sondamos la vejiga con una sonda de Foley de 18 french, dejando la sonda pinzada tras el vaciado vesical. A continuación mezclamos 1 ampolla de mepivacaína y 1 ampolla de bupivacaína e inyectamos la mezcla en la línea media de la vagina, sobre la zona en que se va a practicar la incisión. Infiltramos, en ambos lados, siguiendo el camino que recorrerá la malla, desde el punto de incisión hacia el músculo obturador interno, a fin de anestesiar la zona y crear una hidrodissección del tejido. Acto seguido, realizamos la incisión longitudinal en la vagina de unos 15 mm en la línea media a 1 cm por debajo del meato uretral. Disecamos el espacio parauretral con tijera de Metzembraum hasta tocar con la punta de la tijera la rama isquiopubiana. Insertamos la cinta en forma de hamaca, anclando el extremo en el músculo obturador interno. Una vez hecho esto, llenamos la vejiga con 200 cc de suero salino y retiramos la sonda vesical. Pedimos a la paciente que tosa y ajustamos la tensión de la cinta hasta que no existe escape. Vaciamos la vejiga con una sonda desechable y cerramos la incisión con sutura continua de Monocryl 2/0. Hasta este punto, todo el procedimiento transcurrió sin dificultades ni incidencias.

La paciente fue trasladada a la sala de recuperación postanestésica, donde, al cabo de 60 minutos, refirió sensación de dolor suprapúbico, que no cedía con la analgesia habitual. El tacto vaginal no evidenció puntos sangrantes ni induraciones y en la ecografía no se visualizó nada anormal en ese momento. Se solicitó un hemograma urgente, que reveló unas cifras de 9,9 g/dL de hemoglobina y de 30,7% de hematocrito. Tras recibir la analítica, se repitió la ecografía y se obtuvo una imagen de colección líquida en el espacio de Retzius sugerente de hematoma.

Con la idea de intentar afrontar la situación de la forma menos cruenta posible, se contactó con el radiólogo intervencionista para la realización de una arteriografía. En ella se evidenció que una pequeña rama de la arteria iliaca externa presentaba fuga de contraste. Se realizó la embolización selectiva del vaso y se comprobó la oclusión de la fuga.

A continuación, la paciente pasó a una unidad de vigilancia intensiva. En las horas siguientes el dolor suprapúbico se mantuvo y las cifras tensionales fueron bajando. Se realizó un nuevo control hematológico que mostró unas cifras de 7,9 g/dL de hemoglobina y de 22,0% de hematocrito. En la ecografía se observó que la imagen del hematoma había aumentado de tamaño.

Decidimos practicarle una segunda intervención. A través de una incisión suprapúbica y disección hasta el espacio de Retzius, se encontró un hematoma de unos 800 cc. Tras vaciar el hematoma, se observó un vaso venoso tributario de la iliaca externa que sangraba activamente; se controló el sangrado mediante clips vasculares. Además, se requirió la transfusión de 8 unidades de concentrado de hematíes y 6 unidades de plasma fresco congelado.

El postoperatorio cursó con fiebre sin foco aparente. Tras obtener muestras para hemocultivo, urocultivo y cultivo de esputo, se pautó antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam, con respuesta favorable. Los resultados de los cultivos fueron todos negativos. La sonda de Foley se retiró al tercer día de la operación, comprobándose la ausencia de residuo posmiccional. Después de cuatro días afebril, la paciente fue dada de alta, en el día doce postoperatorio.

En las dos primeras revisiones, al mes y a los 6 meses de la cirugía, la paciente se mantenía continente y no presentaba ningún otro síntoma.

### Conclusiones

A pesar de que el procedimiento es mínimamente cruento y puede realizarse en régimen ambulatorio, el empleo de minibandas, particularmente de TVT-Secur®, puede dar lugar a complicaciones graves, que requieran intervenciones más drásticas e ingresos hospitalarios prolongados. Por este motivo, consideramos que las intervenciones con minibandas deben llevarse a cabo por profesionales cualificados y experimentados dentro de un marco hospitalario dotado de los medios técnicos y humanos necesarios para poder hacer frente a todas las posibles complicaciones.

Creemos que hay que fomentar, dentro del ámbito científico, el conocimiento detallado sobre las complicaciones graves del procedimiento, el manejo para su resolución y

los resultados a largo plazo en cuanto a secuelas y corrección de la incontinencia. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. Ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996; 7: 81-85.
2. Ogah J, Cody JD, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 7: CD006375.
3. Jiménez Calvo J, Hualde Alfaro A, Raigoso Ortega O, Cebrián Lostal JL, Álvarez Bandrés S, Jiménez Parra J, et al. Nuestra experiencia con minicintas (TVT Secur y MiniArc) en la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp.* 2008; 32: 1.013-1.018.
4. Neuman M. Perioperative complications and early follow-up with 100 TVT-Secur procedures. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008; 15:480-484.
5. Meschia M, Barbacini P, Ambrogi V, Pifarotti P, Ricci L, Spreafico L. TVT-SECUR: a minimally invasive procedure for the treatment of primary stress urinary incontinence. One year data from a multicentre prospective trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20: 313-317.
6. Khandwala S, Jayachandran C, Sengstock D. Experience with TVT-SECUR sling for stress urinary incontinence: a 141-case analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010; 21: 767-72.
7. Lim JL, De Cuyper EM, Cornish A, Frazer M. Short-term clinical and quality-of-life outcomes in women treated by the TVT-Secur procedure. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2010; 50: 168-172.
8. Masata J, Martan A, Svábik K. Severe bleeding from internal obturator muscle following tension-free vaginal tape Secur hammock approach procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19: 1.581-1.583.
9. Larsson PG, Teleman P, Persson J. A serious bleeding complication with injury of the corona mortis with the TVT-Secur procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010; 21: 1.175-1.177.
10. Gobrecht U, Kuhn A, Fellman B. Injury of the corona mortis during vaginal tape insertion (TVT-Secur™ using the U-Approach). *Int Urogynecol.* 2011; 22: 443-445.