

CASO CLÍNICO

# Paciente con complicaciones del tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos con malla vaginal

M. Muñoz Muñiz, Á. Leal García, S. Serrano Velayos, M. Cabrero Gañán, R. Usandizaga Elio

Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

## Introducción

El tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos (POP) busca mejorar la función vesical, intestinal y sexual restaurando la anatomía cuando ha fracasado el tratamiento conservador, y se puede realizar tanto por vía vaginal como abdominal. Cuando se realiza por vía vaginal, puede hacerse con tejidos nativos o bien interponiendo materiales protésicos con el objetivo de reforzar los tejidos y así minimizar las recurrencias posteriores<sup>1</sup>.

En la primera década del siglo XXI se inició un incremento en el número de intervenciones con materiales sintéticos implantados por vía vaginal para la corrección del POP. Sin embargo, en los últimos años estamos asistiendo a una disminución progresiva de estos implantes, ya que se han ido publicando casos de complicaciones específicamente asociadas a estos dispositivos, que no sufren las mujeres intervenidas mediante cirugía sin malla<sup>2</sup>.

## Caso clínico

Mujer de 45 años que consulta tras presentar episodios de leucorrea vaginal de aspecto purulento y sangrados esporádicos intermitentes asociados a la actividad sexual desde hace 6 meses. Por indicación de su médico de atención primaria, recibió tratamiento con metronidazol, con buena respuesta, si bien al cabo de unas semanas reapareció la sintomatología, motivo por el que fue derivada a la Consulta de Ginecología para su valoración.

Entre sus antecedentes destaca una cirugía por prolapso genital de grado III sintomático realizada a los

38 años de edad, en la que se llevó a cabo una reparación por vía vaginal mediante la colocación de una malla vaginal tipo Elevate®, tanto en el compartimento anterior como en el posterior. La cirugía se desarrolló sin complicaciones, con un postoperatorio de curso normal. La paciente refiere que realizó revisiones periódicas tras la cirugía durante 2 años sin que percibiera ningún síntoma relevante, encontrándose asintomática desde el punto de vista del prolapso.

No presenta incontinencia de orina ni fecal, aunque tiene tendencia al estreñimiento, que maneja con medidas dietéticas y, ocasionalmente, con el uso de supositorios para conseguir la deposición.

En la exploración ginecológica se observa un ligero descenso del compartimento apical a expensas de un cérvix hipertrófico que no llega al introito vaginal con la maniobra de Valsalva. No presenta ningún descenso de la pared vaginal anterior ni de la posterior (cistocele ni rectocele). La pared vaginal se palpa fibrosa, tanto en la cara anterior como en la posterior, observándose una exposición de malla de aproximadamente 1 cm en la cara posterior. En el tacto rectal no se palpa malla, pero sí una zona indurada en la fosa pararectal derecha, dolorosa a la exploración, cuya presión directa sobre esta parte de la pared vaginal provoca la salida de secreción de características similares a las descritas por la paciente, a través de la erosión de la vagina.

Ante la sospecha clínica de un absceso, se inicia tratamiento con metronidazol por vía oral durante 10 días y se realiza una reevaluación posterior en la consulta, solicitándose una resonancia magnética (RM) complementaria. La paciente acude a la consulta una vez finalizado el tratamiento antibiótico refiriendo que, aunque ha desaparecido la secreción vaginal, presenta mayor dolor, sobre

### Correspondencia:

Mar Muñoz Muñiz

Correo electrónico: marmuno\_iz@yahoo.es

todo al sentarse y con la deposición. En la exploración vaginal se observa una mayor cantidad de material protésico que asoma a través de la mucosa vaginal y se recorta.

En la RM realizada se observan ambas mallas normoposicionadas, aunque en el implante del compartimento posterior se aprecia un marcado realce tras la administración de contraste en relación con la infección/absceso de la misma. También se constata la unión de la malla con la pared posterior de la vagina, que se encuentra erosionada en la línea media, en la zona inferior, a unos 6 mm (figura 1).

Se propone la realización de cirugía para la extracción de la malla infectada y un drenaje de las posibles colecciones mediante un acceso laparoscópico y vaginal combinado. Se debe informar a la paciente sobre las potenciales complicaciones de la cirugía, así como del riesgo de recurrencia del prolapso posterior por la retirada del material protésico.

La cirugía se realizó 1 mes más tarde. Durante el tiempo de espera, la paciente presentó un nuevo episodio de secreción vaginal purulenta y maloliente, para el que se pautó un nuevo ciclo de tratamiento antibiótico por vía oral. La exploración en el quirófano tras la anestesia de la paciente confirmó los hallazgos de la consulta, ya que se observaba la exposición del material protésico infectado en el tercio inferior de la cara posterior de la vagina. No había exposición de material protésico en el tacto rectal, y en la cavidad abdominal –una vez realizado el neumoperitoneo– se visualizaba el aparato genital interno sin anomalías, encontrándose una mínima exposición de malla en el peritoneo retrocervical.

Se procede a la abertura del peritoneo y del espacio rectovaginal hasta la identificación de la malla. Tras una disección dificultosa, se consigue la extracción en varios fragmentos del cuerpo de la malla, así como de los brazos laterales casi en su totalidad. Durante el procedimiento se aprecia el drenaje de material purulento alrededor del brazo derecho en la fosa pararectal. Se complementa la cirugía por vía vaginal con resección de la mucosa vaginal alrededor de la erosión y su cierre posterior. Se comprueba la integridad rectal y se interpone el epiplón entre la vagina y el recto, dejando un drenaje abdominal a través del puerto laparoscópico de la fosa iliaca derecha al finalizar la intervención.

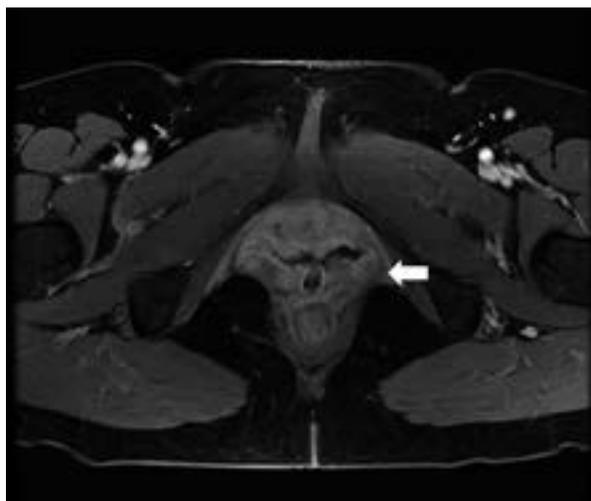


Figura 1. Absceso perirrectal y erosión de la malla

El postoperatorio evolucionó sin complicaciones. La paciente permaneció ingresada durante 1 semana para la administración de tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro. A las 72 horas se procedió a la retirada del drenaje por el escaso débito a través del mismo.

En la primera revisión en la consulta tras la cirugía la paciente se encontraba bien, sin presentar secreciones anómalas por vía vaginal. El dolor había mejorado de forma significativa y tampoco refería dolor con la defecación. En la exploración se confirmó una adecuada cicatrización de la mucosa vaginal; había induración y fibrosis, pero no dolor a la palpación de la misma.

Tras una nueva valoración en la consulta a los 3 meses de la cirugía, la paciente refiere encontrarse bien y hacer vida normal. No ha vuelto a presentar episodios de secreción vaginal; tampoco muestra síntomas urinarios y ha notado mejoría respecto al estreñimiento. En la exploración no se aprecia exposición de material protésico, la mucosa vaginal es normal, sin dolor a la palpación de la misma, y el prolapso es similar al que presentaba antes de la cirugía.

## Discusión

El uso de mallas en la cirugía vaginal del POP presenta buenos resultados anatómicos, con una tasa de recurrencia y de reintervención por prolapso menor que la de la cirugía vaginal con tejidos nativos. En la revisión Cochrane que compara la malla transvaginal con la

cirugía vaginal con tejidos de la propia paciente se concluye lo siguiente: «Si bien la malla permanente transvaginal se asocia con tasas más bajas de síntomas de prolapso y signos de prolapso en la exploración pélvica que la reparación con tejido nativo, también se asocia con tasas más altas de reoperación por otra causa distinta a la recurrencia, siendo la exposición a la malla la más frecuente, y también presenta tasas más altas de lesión vesical y de incontinencia urinaria de esfuerzo *de novo*. El perfil de riesgo-beneficio muestra que la malla transvaginal tiene una utilidad limitada en la cirugía primaria. Si bien es posible que en las mujeres con mayor riesgo de recurrencia los beneficios superen los riesgos, actualmente no hay evidencia que respalde esta posición»<sup>3</sup>.

Existen muchos factores que influyen en la idoneidad de una malla para su uso en la cirugía del suelo pélvico, entre los que encontramos el grado de reacción inflamatoria que provoca, la flexibilidad y la fuerza que presenta, el tamaño del poro y el trenzado del tejido. El polipropileno es el material más utilizado actualmente en la cirugía vaginal, ya que es el que más se acerca a las características ideales<sup>4</sup>, pero con ciertos aspectos significativos claramente mejorables<sup>5</sup>.

Es por todos conocido que el tratamiento quirúrgico del prolapso no está exento de complicaciones, entre las que podemos encontrar la infección de orina, la retención urinaria, la infección de la herida quirúrgica, el sangrado y la formación de hematomas, así como la lesión de la vía urinaria o del intestino. En los casos en que se emplean mallas también encontramos complicaciones específicas del material protésico, como la erosión, la infección o la retracción<sup>2</sup>.

La erosión o exposición de la malla es la complicación específica más frecuente y sobre la que se han publicado más estudios. Su incidencia media es del 10 %, si bien en algunos estudios prospectivos se describen tasas de hasta el 19 %<sup>6</sup>. Se han descrito diferentes factores de riesgo al respecto. Entre los relacionados con las características de la paciente encontramos la edad avanzada, el déficit estrogénico y la atrofia severa, el uso de corticoides, el tabaco, la diabetes mellitus y la radioterapia previa. El tipo y el tamaño de la malla utilizada guardan una estrecha relación con el riesgo y la tasa de erosión; las mallas de polipropileno, macroporo y monofilamento son las que

presentan las menores tasas. Por último, los aspectos relacionados con la técnica quirúrgica también incrementan el riesgo de erosión, como la histerectomía concomitante, la colpotomía y disección vaginal amplias, la tensión excesiva o la infección<sup>7</sup>.

Los síntomas asociados son el sangrado, o secreción anómala vaginal, y el dolor vaginal, o dispareunia. El manejo deberá ser individualizado y dependerá de su localización y tamaño. Optaremos por un manejo conservador, especialmente en los casos en que la erosión sea de pequeño tamaño, asociando estrógenos tópicos que permitan a la mucosa vaginal circundante crecer y cubrir el defecto, si bien las tasas de éxito son muy variables. En los casos en que fracase el tratamiento conservador o si el defecto es de mayor tamaño, optaremos por la resección parcial de la malla, conservando el resto si no existen signos de infección, y cubriendo el defecto con mucosa vaginal que habremos liberado previamente para que la sutura quede sin tensión<sup>8</sup>.

La infección de la malla es otra de las complicaciones específicas que podemos encontrar; puede aparecer asociada o no a la exposición de la misma y se manifestará como un dolor pélvico inespecífico, un flujo vaginal persistente o un sangrado asociado a dolor en las relaciones sexuales. En la exploración se apreciará una induración en la mucosa vaginal, que puede poner de manifiesto el drenaje de secreciones anómalas a través de la misma y una erosión o rechazo de la malla. En ocasiones puede presentarse como absceso pélvico, celulitis pélvica, miositis o infección necrotizante. La infección puede presentarse de forma tardía, incluso 5 años después de la cirugía inicial, como en el presente caso clínico<sup>9</sup>.

En los casos de infección, es necesaria la escisión completa de la malla, ya sea por vía vaginal o abdominal, junto con el drenaje de los abscesos si los hubiere y la administración de antibioterapia por vía oral y/o intravenosa, tal como se realizó en el caso aquí presentado. La cirugía no es sencilla ni está exenta de complicaciones, por lo que debe realizarse en centros con experiencia y disponibilidad de equipos multidisciplinarios. En una serie de 277 pacientes, Rac et al.<sup>10</sup> encontraron un total de 155 complicaciones en 131 pacientes sometidas a resección quirúrgica (un 9 % perioperatorias), entre las que destacan 3 lesiones intestinales, 1 lesión urete-

Paciente con complicaciones del tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos con malla vaginal  
M. Muñoz Muñiz, et al.

ral y 1 lesión de la vena iliaca. Aunque en la mayoría de los casos las complicaciones descritas son leves y se pueden manejar de forma conservadora, no podemos obviar el hecho de que pueden producir síntomas *de novo* que afectan negativamente a la calidad de vida de la paciente.

Por lo general, se ha descrito cierto grado de resolución de los síntomas tras la escisión parcial o completa de la malla, si bien la respuesta es variable según el síntoma analizado, y cabe mencionar que el dolor es el síntoma que resulta más difícil de aliviar con la cirugía. Rogo-Gupta et al.<sup>11</sup> publicaron una serie de 306 pacientes sometidas a cirugía para la escisión de una malla de prolapso o un *sling* suburetral, en la que describen una tasa de mejoría global del 80 %, aunque únicamente un 41 % de las pacientes refería una mejoría superior al 90 %.

### Conclusiones

La utilización de las mallas por vía vaginal para la corrección del prolapso genital es una cirugía no exenta de complicaciones, en ocasiones de difícil manejo. Por ello, aunque se asocian con un mayor éxito anatómico, deben considerarse únicamente en casos de especial complejidad, en pacientes en las que haya fallado un procedimiento primario o cuando se prevea que falle debido a ciertos factores de riesgo o condiciones específicas pre-disponentes de la paciente.

Esta cirugía debe ser realizada únicamente por especialistas con una adecuada formación en la colocación de cada tipo de malla, así como en la resolución de sus eventuales complicaciones. Además, es preciso realizar un seguimiento a largo plazo, ya que en algunos casos las complicaciones pueden manifestarse de forma tardía.

La paciente debe recibir información clara y concisa acerca de las opciones de tratamiento disponibles para su prolapso y, en caso de utilización de mallas por vía vaginal, de las complicaciones asociadas a las mismas y de cómo estas pueden afectar a su calidad de vida y requerir intervenciones adicionales para solventarlas, aunque no siempre de forma óptima.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Developed by the Joint Writing Group of the American Urogynecologic Society and the International Urogynecological Association. Joint report on terminology for surgical procedures to treat pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2020; 31(3): 429-463 [DOI: 10.1007/s00192-020-04236-1] [Fe de erratas en: *Int Urogynecol J.* 2020; 31(6): 1283] [PMID: 32040671].
2. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 4: CD004014.
3. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 2(2): CD012079.
4. Kelly M, Macdougall K, Olabisi O, McGuire N. In vivo response to polypropylene following implantation in animal models: a review of biocompatibility. *Int Urogynecol J.* 2017; 28(2): 171-180 [DOI: 10.1007/s00192-016-3029-1] [Epub 2016 May 23; PMID: 27216918; PMCID: PMC5306078].
5. Hympanová L, Rynkevic R, Román S, Mori da Cunha MGMC, Mazza E, Zündel M, et al. Assessment of electrospun and ultra-lightweight polypropylene meshes in the sheep model for vaginal surgery. *Eur Urol Focus.* 2020; 6(1): 190-198 [DOI: 10.1016/j.euf.2018.07.024].
6. Abed H, Rahn DD, Lowenstein L, Balk EM, Clemons JL, Rogers RG, et al. Incidence and management of graft erosion, wound granulation and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2011; 22(7): 789-798.
7. Mistrangelo E, Mancuso S, Nadalini C, Lijoi D, Costantini S. Rising use of synthetic mesh in transvaginal pelvic reconstructive surgery: a review of the risk of vaginal erosion. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007; 14(5): 564-569.
8. Bergersen A, Hinkel C, Funk J, Twiss CO. Management of vaginal mesh exposure: a systematic review. *Arab J Urol.* 2019; 17(1): 40-48.
9. Falagas ME, Velakoulis S, Iavazzo C, Athanasiou S. Mesh-related infections after pelvic organ prolapse repair surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 134(2): 147-156.
10. Rac G, Greiman A, Rabley A, Tipton TJ, Chiles LR, Freilich DA, et al. Analysis of complications of pelvic mesh excision surgery using the Clavien-Dindo classification system. *J Urol.* 2017; 198(3): 638-643.
11. Rogo-Gupta L, Grisales T, Huynh L, Rodríguez LV, Raz S. Symptom improvement after prolapse and incontinence graft removal in a case series of 306 patients. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2015; 21(6): 319-324.