

REPARACIÓN DEL PROLAPSO ANTERIOR POR VÍA VAGINAL CON MALLA SUBVESICAL SIN TENSIÓN: TÉCNICA QUIRÚRGICA

ANTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE REPAIR WITH SUBVESICAL TENSION FREE MESH: SURGICAL TECHNIQUE

MARIO A. NAVARRO G.

Servicio de Urología, Hospital Regional de Copiapó

RESUMEN

El prolapso de la pared anterior de la vagina es una patología muy frecuente que ocasiona gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. Es sabido que la reparación quirúrgica tradicional del cistocele presenta altas tasas de recidiva. Por esta razón y gracias a los conceptos de la biocirugía, se han desarrollado variadas técnicas quirúrgicas utilizando mallas de polipropileno para disminuir su recurrencia. Se presenta a continuación la descripción de la técnica quirúrgica utilizando una malla de polipropileno y ácido poliglactínico, colocada sin tensión ni fijación para la reparación del prolapso anterior grado II y III.

ABSTRACT

Anterior vaginal wall prolapse is a very frequent entity has a very impact on quality of life. Classic cistocele repair has a very high relapse rate. For this reason, and to avoid repair failure, many surgical techniques have evolved using polypropylene meshes. We report our surgical technique using a tension free polypropylene and polylactin acid mesh for grade II and III anterior wall prolapse.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de la pared anterior de la vagina es una patología muy frecuente en todo el mundo, estimándose que afecta la calidad de vida del 11% de las mujeres en USA. Además, es la patología del piso pelviano más frecuente asociado a incontinencia urinaria¹. Al evaluar las técnicas de reparación tradicionales del cistocele, éstas presentan altas tasas de recurrencia que alcanzan hasta el 30% de los casos; esto se debe principalmente a que la

colporrafia y plicatura de fascia peri vesical clásica se realizan utilizando los tejidos nativos de soporte ya alterados inicialmente por diversas causas².

Recientemente el concepto de biocirugía acuñado por Manhes y cols. en Francia³, provocó un gran avance en el desarrollo de los procedimientos mínimamente invasivos en cirugía laparoscópica y vaginal, enfocando su atención a la fusión de los fenómenos dinámicos de cicatrización de los tejidos vivos y el refuerzo dado por los biomateriales de sustitución. Por esta razón y con la intención de dis-

Correspondencia a: Dr. Mario Navarro. Servicio de Urología, Hospital Regional de Copiapó, Chile.

Recibido: 14 de agosto de 2009. Aceptado: 31 de agosto de 2009.

minuir la recurrencia, distintos autores comenzaron a utilizar progresivamente diferentes materiales protésicos para la reparación quirúrgica del cistocele, estimulados inicialmente por los buenos resultados obtenidos con las técnicas de TVT y transobturator utilizadas en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE)⁴⁻⁷. Existe consenso que la restitución anatómica de la pared vaginal anterior recupera el eje fisiológico vaginal, mejorando la vida sexual de las pacientes y su calidad de vida en general⁶.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Mediante anestesia peridural, la paciente se coloca en posición de litotomía, para luego efectuar aseo y entallamiento clásico de zona operatoria, aislando el orificio anal con polietileno adhesivo; se efectúa aseo vaginal con povidona yodada o solución de clorhexidina. Colocación de valva de peso vaginal y separador perineal de Scott, fijando sus elásticos de tracción a los labios mayores en forma simétrica (Figura 1). Se infiltra con solución de epinefrina al 0,01% en región de la pared vaginal anterior para luego traccionar y exteriorizar la pared vaginal anterior exponiendo así, el defecto anterior del cistocele en toda su extensión. Se incide pared vaginal anterior en forma sagital con bisturí frío conservando como límite distal el cuello vesical, respetando siempre la mucosa vaginal que reviste el trayecto uretral (Figura 2). Con tijera Metzemaum se disecciona el plano paravesical anterior hasta liberar completamente toda la pared vesical antero-lateral prolapsada (Figura 3), continuando la disección roma con tórula hasta abordar el espacio de Retzius, labrando un túnel hacia la fascie endopélvica la que se perfora hacia ambos costados mediante tijera Metzemaum para luego ampliarla en forma digital. Posteriormente se colocan 3 ó 4 puntos de vicryl 3/0 separados en la fascie paravesical anterior para reducir el cistocele (plicatura de Kelly).

En este momento se confecciona la malla de polipropileno (Gynemesh®) de forma circular y con dos brazos laterales de 5 cm de largo (Figuras 4 y 5), plisando sus extremos distales para facilitar la introducción de cada brazo mediante un disector curvo que ingresa al espacio de Retzius, posicionándolos libremente y sin tensión por ambos túneles laterales (Figura 6). De esta manera, queda posicionada la parte



Figura 1. Prolapso tipo III.

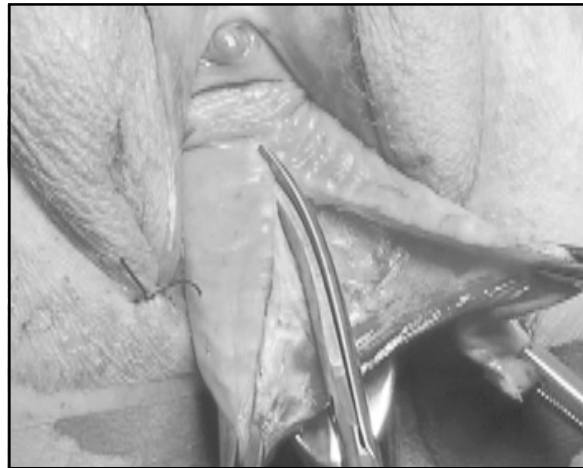


Figura 2. Disección del plano paravesical.

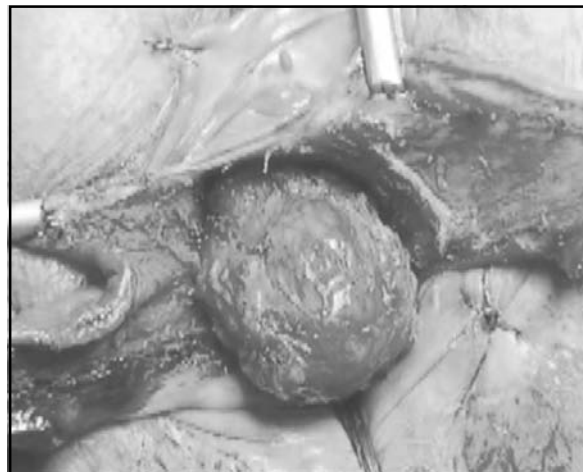


Figura 3. Disección completa del cistocele.

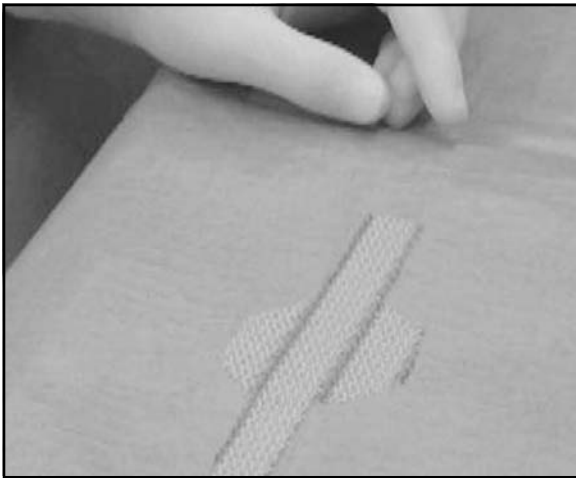


Figura 4. Confección y tallado de la malla.

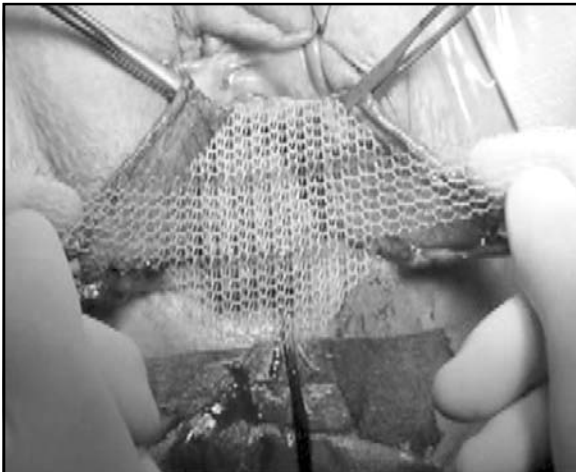


Figura 5. Presentación previa de la malla.

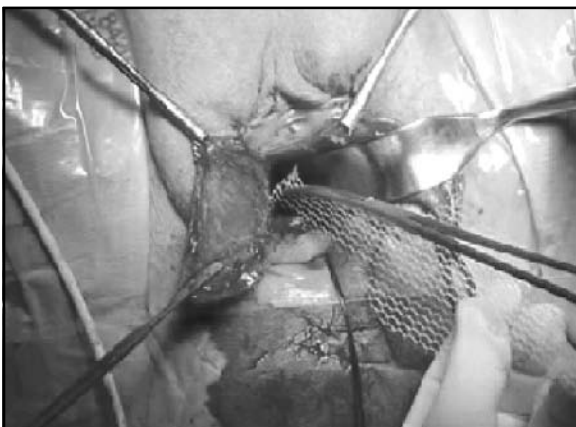


Figura 6. Colocación del primer brazo de la malla.

central de la malla la cual actuará reforzando sin tensión ni fijación lateral, la fascia pubo cervical. Finalmente, se efectúa la colpoplastia de reducción y se realiza la colporrafia utilizando Vicryl® 2/0 corrido en forma sagital.

Finalizado este tiempo quirúrgico se realiza el llenado vesical con 300 ml de suero fisiológico para evidenciar escape urinario con maniobras de Valsalva realizadas por la paciente. En los casos que existe concomitantemente una IOE, se efectúa una segunda incisión clásica suburetral bajo el meato uretral, disecando con tijera de disección por ambos lados de la uretra media hacia el espacio parauretral hasta la membrana obturatriz, realizando la colocación de una cinta suburetral de igual material con nuestra técnica ajustable de TOT ya descrita⁸, o bien con la de TVT-O clásica (*inside-outside*). La tensión adecuada de la malla suburetral se logra introduciendo 300 ml de suero fisiológico en la vejiga pidiéndole a la paciente que tosa y efectúe maniobras de Valsalva, lo que permite realizar una última tracción de la cinta hasta evidenciar ausencia de escape uretral por stress.

No se realiza cistoscopia intraoperatoria como tampoco fijación de la cinta, ni colocación de gasa intra vaginal al culminar la cirugía.

La sonda uretrovesical se retira al día siguiente de la intervención y se les indica el alta médica con indicación estricta de reposo relativo y abstinencia sexual por un mes.

DISCUSIÓN

El objetivo primordial del tratamiento quirúrgico del prolapso anterior es mejorar la sintomatología de la paciente, mediante una correcta restauración anatómica del piso pelviano y con una mínima morbilidad asociada. Por otra parte, teniendo en cuenta la alta tasa de recurrencia de la cirugía tradicional del cistocele, que alcanza sobre un 30% al año de seguimiento, es razonable proponer la utilización rutinaria de materiales biocompatibles, los cuales poseen una tasa de curación muy superior, alcanzando a más del 90% de los casos en reportes internacionales^{7,9-11} y nacionales^{12,13}.

La elección del tipo de biomaterial o malla que debe utilizarse para la corrección es el aspecto primordial para asegurar un óptimo y sustentable resultado quirúrgico. Existen varios factores que siempre

deben ser considerados cuando se utilizan y combinan mallas protésicas con tejidos vivos: 1) la flexibilidad; 2) la densidad y peso de la malla; 3) el tamaño (ya que la inflamación de los tejidos subyacentes es proporcional a la cantidad de implante colocado) y 4) la resistencia y durabilidad (para evitar recidivas)¹⁴.

Un aspecto de extrema relevancia es que la malla esté compuesta sólo por hebras de monofilamento y con un tamaño del poro mayor a 75 micras; esto provoca menor reacción inflamatoria de los tejidos vecinos permitiendo además, el crecimiento de neovascularización, migración de fibroblastos, macrófagos, leucocitos polimorfo nucleares y la adhesión de fibras colágenas a su estructura, lo que reduce la infección por cuerpo extraño, rigidez y su retracción cicatrizal¹⁵. Estas características descritas son la condición *gold standard* cuando se utilizan este tipo de biomateriales como refuerzo en la reparación de defectos del piso pélvico.

Además de la seguridad demostrada, el carácter mínimamente invasivo de estas técnicas de plastia reduciría significativamente las complicaciones de las

intervenciones tradicionales, como son la dispareunia y la estrechez secundaria del canal vaginal.

CONCLUSIÓN

La interposición de una malla de polipropileno monofilamento macroporo colocada sin tensión ni fijación por vía vaginal bajo la vejiga, es un efectivo, seguro y fácil procedimiento para el tratamiento quirúrgico del prolapso anterior de la vagina grado II y III. El hecho de no realizar fijación de los extremos de la malla y considerar que ésta sea más un soporte que una suspensión de la vejiga, pueden ser los elementos que expliquen la baja tasa de complicaciones de este procedimiento. El seguimiento a más largo plazo, la selección adecuada de las pacientes y el empleo racional de esta nueva técnica quirúrgica, contribuirán a mejorar sustancialmente los resultados y a consolidarla como una alternativa quirúrgica fácil y mínimamente invasiva en el tratamiento quirúrgico del prolapso anterior del piso pelviano.

BIBLIOGRAFÍA

1. MOORE R. Incidence and prevalence pelvic organ prolapse. En *New Techniques in Pelvic Floor Reconstruction*. Minneapolis Mn, 2004. American Medical Systems.
2. CERVIGNI M, NATALE F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol* 2001; 11: 429-35.
3. MANHES H. Laparoscopic Retzvio-plasty. A new surgical approach to stress incontinence. *Int Surg* 1996; Oct-Dec; 81 (4): 371-3.
4. SALAZAR A, MIRANDA A, OYANEDEL P Y COLS. Reparación de cistocele con malla de polipropileno sin tensión. *Rev Chil Urol* 2006; 71(3): 209-12.
5. MIGLIARI R, DE ANGELIS M, MADEDDU G, VERDACCHI T. Tension-free vaginal mesh repair for anterior vaginal wall prolapse. *Eur Urol* 2000; 38: 151-5.
6. DE TAYRAC R, GERVAISE A, CHAUVEAUD A, FERNÁNDEZ H. Tension-free polypropylene mesh for vaginal repair of anterior vaginal wall prolapse. *J Reprod Med* 2005; 50: 75-80.
7. PALMA P, RANE A, RICCETTO C, HERRMAN V, DAMBROS M, TARAZONA A. Corrección transobturatoria de los cistocelos. *Actas Urol Esp* 2005; 29(1): 89-92.
8. NAVARRO M, TAGLE R, CHIANG S, ZEGPI R. Resultados de la técnica TOT con anestesia peridural en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Chil Urol* 2005; 70(4): 214-21.
9. BADER G, FAUCONNIER A, ROGER N, HEITZ D, VILLE Y. Cystocele repair by vaginal approach with a tension-free transversal polypropylene mesh. Technique and results. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32: 280-4.
10. PIGNE A. Treatment of cistocele by vaginal approach with soft Gynemesh. Video 2004.
11. ADHOUTE F, SOYEUR L, PARIENTE JL, LE GUILLOU M, FERRIER JM. Use of transvaginal polypropylene mesh (Gynemesh) for the treatment of pelvic floor disorders in women. Prospective study in 52 patients. *Prog Urol* 2004 Apr; 14(2): 192-6.
12. SOLÁ V, PARDO J, RICCI P, GUILOFF E. Malla de polipropileno monofilamento libre de tensión en la reparación concomitante de cistocele y rectocele. *Actas Urol Esp* 2005; 29(10): 977-80.
13. SALAZAR A, ESTRUGO A, MONTIGLIO C, ORELLANA N, MIRANDA A, VERDUGO F, SANDOVAL J. Anterior colporrhaphy reinforced with tension free polypropylene mesh and simultaneous TVT for urinary incontinence. *Br J Urol International* 2007; 99 (S2): 15-16.
14. KAYTAN V, AMRUTE AND GOPAL H. BADLANI. Female incontinence: a review of biomaterials and minimally invasive techniques. *Curr Opin Urol* 2006; 16: 54-9.
15. BIRCH C, FYNES MM. The role of synthetic and biological prothesis in reconstructive pelvic floor surgery. *Curr Opin Gynecol* 2002; 14: 527-35.