



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Delgado, David; Grande, José; Salvador, Jorge
Colpopexia anterior y uretrosuspensión con monoprótesis en el tratamiento quirúrgico del cistocele e
incontinencia urinaria de esfuerzo
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 56, núm. 1, 2010, pp. 33-39
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



TRABAJOS ORIGINALES ORIGINAL PAPERS

Colpopexia anterior y uretrosuspensión con monoprótesis en el tratamiento quirúrgico del cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo

Resumen

Objetivo: Describir nuestra experiencia en reparación quirúrgica del cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), usando una malla monoprótesis monofilamento. **Diseño:** Estudio retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos. **Institución:** Servicio de Ginecología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Participantes:** Mujeres intervenidas con la técnica en referencia. **Intervenciones:** Entre mayo 2007 y abril 2008, se intervino 44 pacientes de colpopexia anterior con uretrosuspensión con malla monoprótesis (Atrium, Prolene), similar a la malla NazcaTC, para corrección de cistocele e IUE. **Principales medidas de resultados:** Curación y complicaciones. **Resultados:** Según perfil Baden Walter y POP-Q, se obtuvo curación del cistocele a los tres meses en 28/31 (91%) pacientes, con satisfacción de 31/33 (94%), mientras en la IUE, se obtuvo cura en 27/33 (82%) y mejora en 5/33(15%). Las complicaciones más importantes fueron infecciones urinarias 10/44 (23%), retención urinaria 8/44(18%) e infección de cúpula 4/44 (9%). Recidivó el prolapso en una paciente y hubo persistencia de la IUE en otra. **Conclusiones:** El uso de monoprótesis puede ser seguro, eficaz y de poca morbilidad para la corrección del prolapso de pared anterior de vagina e IUE; sin embargo, se debe recomendar el seguimiento de estas pacientes, con respecto a los efectos colaterales o recidivas a largo plazo, para establecer su real beneficio.

Palabras clave: Distopia genital, cistocele, incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

David Delgado, José Grande, Jorge Salvador

Servicio de Ginecología, Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Trabajo recibido el 18 de agosto de 2009 y aceptado para publicación el 27 de febrero de 2010.

Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:32-38.

Colpopexy and urethral suspension with monoprosthesis for surgical treatment of cystocele and urinary stress incontinence

ABSTRACT

Objectives: To describe our experience in surgical repair of cystocele and urinary stress incontinence (SUI) using a synthetic monofilament monoprosthesis. **Design:** Retrospective, descriptive, series of cases study. **Setting:** Gynecology service, Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Participants:** Women who underwent the surgical technique. **Interventions:** We had 44 patients operated of anterior colpopexy and urethral suspension with monoprosthesis mesh (Atrium, Prolene), similar to the NazcaTC mesh, in order to repair cystocele and SUI, between May 2007 and April 2008. **Main outcome measures:** Cure and complications. **Results:** By Baden Walter and POP-Q scores, three months after cystocele surgery cure rate was 28/31 (91%) with patient satisfaction in 31/33 (94%). For SUI, cure was found in 27/33

(82%) and improvement in 5/33(15%). The most important complications were urinary tract infection 10/44 (23%), urinary retention 8/44(18%), and vaginal dome infection 4/44 (9%); cystocele recurred in one patient and SUI persisted in another patient. **Conclusions:** Use of monoprosthesis may be safe, effective and with low morbidity to repair both cystocele and SUI; nevertheless it is necessary to follow-up these patients for long term collateral effects or recurrence.

Key words: Pelvic organ prolapse, cystocele, stress urinary incontinence (SUI).

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es la protrusión de alguna estructura u órgano que

ocupa la cavidad pelviana a través de zonas de menor resistencia en el piso pelviano. Existe una alta incidencia de este tipo de distopia en el mundo y en nuestro medio, además de una incidencia alta de recidivas de defectos de la pared anterior por técnicas 'tradicionales'. Por definición, se concibe como prolapso de pared vaginal anterior (cistocele) a toda alteración que implique el descenso anormal de la pared anterior de la vagina, así como la base de la vejiga urinaria ⁽¹⁻³⁾. La aparición de los diferentes grados



de defectos del compartimiento anterior viene determinada por la combinación de defectos anatómicos de la fascia pubocervical. Así, existen diferentes grados de prolapso, numerados del I al IV, desde una hipermovilidad del cuello vesical hasta el prolapso que va más allá de los labios de la vulva en reposo, como en la maniobra de Valsalva ⁽¹⁻³⁾.

Por otra parte, el grado de cistocele no se relaciona de forma absoluta con el grado de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). De hecho, hay cistocelos de gran tamaño que no se acompañan de incontinencia, pero su total corrección puede asociarse con la segunda ^(3,4).

El tratamiento quirúrgico del cistocele e incontinencia urinaria en sus diferentes técnicas, como la técnica de Kelly asociada a la técnica de suspensión, tiene tasas de recidiva de 50% a 80%, a los 2 años. Las técnicas transabdominales, como las de Marshall – Marchetti o Burch, se asocian a índices de éxito similares a los de las técnicas transvaginales. La técnica de Raz refiere corrección del cistocele en 98% y de la IUE en 94%, a los dos años; su variación, la técnica de Solé-Rosello también corrige los cistocelos e IUE en la mayoría de casos ^(1-3,5).

Nicita, en 1998, introdujo en la cirugía reconstructiva del prolapso genitourinario el empleo de mallas de material sintético de polipropileno ^(1-3,5,6). Trata el cistocele, sea con defecto medio o lateral, mediante malla que ancla en ambos arcos tendíneos, hacia los lados; posteriormente, en el cuello uterino, si se le conserva, y anteriormente en el cuello vesical, a nivel del ángulo uretrovesical, sin encontrar recurrencia a los 14 meses de seguimiento ⁽⁷⁾.

Se describe como principal complicación la erosión de la pared vaginal con exposición de la malla (4 a 12%) ⁽⁸⁻¹⁰⁾, lo cual se relaciona a la experiencia del cirujano y la edad de la paciente ⁽¹¹⁾, así como la asociación a histerectomía y la extensión de la colpótomía ⁽¹²⁾.

De Tayrac refiere, en su técnica para corrección de prolapso anterior sometidas a reparación vaginal con mallas, una tasa de cura de 91% y recurrencia de 2,4%, sin episodios de infección postoperatoria y con incidencia de erosión de malla de 8,3% ⁽¹³⁾.

Otras complicaciones en la corrección del compartimiento anterior son la dificultad para el vaciamiento vesical, infecciones, absceso retropúbico y fístula vesicovaginal, dolor pelviano crónico ⁽¹⁴⁾.

La teoría integral de continencia forma la base de la utilización de las mallas en la cirugía pélvica reconstructiva, en base a un abordaje mínimamente invasivo, estudio de planos de clivaje anatómicos, traumatismo mínimo, respeto a la integridad de los tejidos, aporte de soluciones que estimulen y canalicen reacciones en el organismo donde ellas sean necesarias, ausencia de puntos de fijación y resultados anatómicos y funcionales inmediatos. Las mallas actúan generando una reacción de cicatrización en los tejidos para formar un neoligamento colágeno alrededor del material implantado ^(15,16).

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento del prolapso de la pared anterior de la vagina utilizando mallas pueden ser divididas en dos grupos: a) corrección del defecto específico asociado a la colocación de mallas sintéticas o biológicas (perigee y bio-

lógicas); y, b) la utilización de mallas que no necesiten la corrección previa de defectos específicos (Nazca, Pro-lift) ⁽²⁾.

Existen además técnicas con mallas para la reparación del cistocele, como el mismo perigee, y para la IUE, como la cinta obturatriz transvaginal (TOT), con tasas de cura de 90% (5,17), y la cinta vaginal libre de tensión (TVT), pero con tasas altas de riesgos y complicaciones ^(5,18).

Nosotros nos inspiramos en la malla de marca Nazca TC; es una malla monoprótesis monofilamento de polipropileno macroporosa, con macroporaciones de 6 mm en el centro de la malla, entre cuatro brazos del mismo material, desarrollada por el Profesor Paulo Palma ^(19,20). Actualmente, no hay estudios en hospitales de nuestro país sobre esta nueva técnica quirúrgica para la corrección de cistocele más incontinencia urinaria de esfuerzo, estando por definir por tanto las indicaciones, eventos intraoperatorios o los resultados postoperatorios, así como sus complicaciones.

El objetivo del presente trabajo es describir la técnica quirúrgica en nuestro hospital y la experiencia en la reparación quirúrgica del prolapso de pared anterior de vagina e incontinencia urinaria, usando monoprótesis monofilamento de polipropileno macroporosa, basado en la técnica del profesor Paulo Palma, para el uso de la malla Nazca TC ^(19,20), técnica que llamaremos colpopexia anterior con uretrosuspensión con monoprótesis.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de tipo serie de casos,



en base a la revisión de las historias clínicas de todas las pacientes operadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre mayo de 2007 y abril de 2008; la intervención consistió en colpopexia anterior con uretrosuspensión con monoprótesis, con malla tipo Nazca TC, por defectos del compartimiento anterior de vagina más incontinencia urinaria de esfuerzo.

Con la paciente en posición de dorsolitotomía, bajo anestesia epidural, previa asepsia y antisepsia, se coloca la valva de peso y se tracciona el cérvix para presentar la mucosa vaginal desde la base de la vejiga; se sostiene esta mucosa con pinzas Allis a 1 cm a cada lado de la línea media y a 1 centímetro por encima del cérvix, y otra pinza Allis a un centímetro por debajo del meato urinario. Se infiltra la mucosa vaginal con solución salina y epinefrina y se realiza una incisión con bisturí a nivel de la línea media de la mucosa vaginal en la pared anterior, disecando la mucosa de la fascia pubocervical hacia las ramas isquiopúbicas, parauretral y en la base de la vejiga, hasta la inserción de la fascia en el anillo cervical. Se realiza dos incisiones con bisturí, de 3 mm, a nivel del borde superior del pubis, a 1 cm a cada de la línea media, a través de las cuales se introduce una aguja prepúbica de recorrido subcutáneo parauretral, hacia la incisión vaginal, y se enhebra la malla en el extremo ojal de la aguja, tirando del mango de la aguja para que la malla recorra vía subcutánea el espacio parauretral, hasta el orificio en la piel. La misma maniobra se repite del otro lado. Luego, se realiza una incisión cutánea puntiforme en un sitio que corresponde a un punto situado a 3 cm hacia abajo y a 2 cm por fuera de la intersección de una línea imaginaria

que pasa horizontalmente por el clítoris con el surco formado por el borde externo del labio mayor. Se coloca las agujas helicoidales que atravesarán el extremo más inferior del agujero obturatriz en todo su espesor y guiados por el dedo del operador hasta que la aguja se exteriorice por la vagina, enhebrando la malla en su punta y transfiriendo la malla a través del túnel creado por la aguja. De esta manera, se coloca la malla por abordaje intravaginal anterior. Luego, se fija la base de la malla a la fascia pubocervical, a nivel del anillo del cérvix, con puntos vicryl 2/0, que equilibren las fuerzas de tracción, y se deja la malla libre de tensión a nivel del tercio medio de la uretra. Luego de revisar la hemostasia, se fija un colgajo de la mucosa vaginal a la fascia pubocervical del lado contralateral, con puntos de vicryl 2/0, sin recortar mucosa vaginal, y se procede a electrocauterizar la mucosa vaginal de este primer colgajo, hasta lograr una superficie cruenta, sobre la cual se colocará el colgajo del lado contrario; se fija los bordes con puntos de vicryl 2/0, método que llamamos colporrafia sobrepuesta. Finalmente, se procede a cortar la malla sobrante por fuera de las incisiones en piel.

En las situaciones en las que se realiza histerectomía previa a la colocación de la monoprótesis o de una histerectomía previa, el borde inferior de la malla es fijado con puntos de vicryl 2/0 a la fascia pubocervical, en su porción más interna en relación a lo que sería el anillo cervical. Los materiales usados fueron una monoprótesis de polipropileno monofilamento macroporo, con 4 ramas y

un cuerpo central, con macroperforaciones de 5 a 10 mm, dos agujas helicoidales y una aguja recta con punta roma y ojal.

RESULTADOS

Se encontró 44 pacientes a quienes se les había realizado colpopexia anterior con uretrosuspensión con monoprótesis con malla Nazca TC, en el periodo de estudio; 15 pacientes (34%) tenían 40 a 50 años, 29 pacientes (66%) eran mayor de 50 años. El total de pacientes posmenopáusicas fue 81%. En relación a la paridad, 11 pacientes (25%) habían tenido de 1 a 2 partos; 33 pacientes (75%), tres partos o más. No habían recibido terapia de reemplazo hormonal 43 pacientes (98%), 20 pacientes (45%) la recibieron en forma tópica antes de la cirugía.

Siete pacientes (16%) presentaron cirugía uroginecológica anterior: histerectomía abdominal total por miomatosis, histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior más TOT con distopia genital más incontinencia urinaria recurrente (cirugía previa en el año 2005), cirugía de Manchester Fotherhill más ligadura tubárica bilateral, cono por cáncer de cérvix; ligadura tubárica bilateral (dos pacientes), histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral más uretropexia vaginal por miomatosis más incontinencia urinaria.

Tabla 1. Perfil vaginal Baden-Walter.

Prolapso	0	1	2	3	4
Uretrocele	0	3 (7%)	12 (27%)	23 (52%)	6 (14%)
Cistocel	0	0	8 (18%)	19 (43%)	17 (37%)
Uterocel	2 (5%)	7 (16%)	13 (26%)	10 (23%)	12 (27%)
Enterocel	26 (59%)	8 (18%)	8 (18%)	2 (5%)	0
Rectocel	4 (9%)	16 (16%)	22 (50%)	2 (5%)	0
Periné	3 (7%)	26 (59%)	14 (32%)	1 (2%)	0



Tabla 2. Características intraoperatorias.

Característica	Resultado
Tiempo operatorio	
Rango (Nazca solo)	20 a 45 minutos
Promedio (con otro procedimiento)	2 horas 30 minutos
Máximo	4 horas 30 minutos
Sangrado intraoperatorio	
Promedio	300 mL
Máximo	800 mL
Mínimo	50 mL
Estadía hospitalaria poscirugía: día de alta	
1er día post cirugía	2 (5%)
2° día post cirugía	17 (39%)
3er día post cirugía	19 (42%)
Después del 3er día	6 (14%)

En relación a la enfermedad actual, la principal indicación quirúrgica fue distopia genital más incontinencia urinaria de esfuerzo, siendo 36 pacientes (82%) del total, mientras que 8 pacientes (18%) tuvieron solo distopia genital sin incontinencia urinaria. Respecto al tipo de incontinencia urinaria, 22 pacientes (61%) presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo -ninguna paciente presentó urgencia miccional como síntoma único- y 14 pacientes (29%) presentaron tanto incontinencia urinaria de esfuerzo como urgencia miccional.

En el examen físico, según el perfil vaginal de Baden Walter, 12 pacientes (27%) presentaron uretrocele de II grado, 23 pacientes (52%) de III grado y 6 pacientes (14%) uretrocele de IV grado. Con respecto al cistocele, 8 (18%) presentaron de II grado, 19 (43%) de III grado y 17 (37%) de IV grado; y respecto al uterocele 13 (26%) presentaron de II grado, 10 (23%) de III grado y 12 (27%) de IV grado (tabla 1). Según la clasificación de distopia POP- Q, 6 (14%) pacientes presentaron distopia de II grado, 19 (43%) de III grado y 3 (7%) pacientes de IV grado.

El rango de tiempo operatorio fue 20 a 45 minutos en la colocación de la monoprótesis Nazca como único procedimiento, y de 2 horas 30 minutos como promedio asociado a otra cirugía, siendo el mayor tiempo promedio de 4 horas 3 minutos, correspondiente a una histerectomía vaginal más colocación de monoprótesis anterior más plastia intravaginal con aplicación de cinta (IVSP) y corrección de rectocele y periné. El promedio de sangrado intraoperatorio registrado fue 300 mL, siendo el mayor de 800 mL, correspondiente a una histerectomía vaginal con colocación de monoprótesis anterior más IVSP, y el menor de 50 mL, correspondiendo a la cirugía de colocación de monoprótesis anterior como procedimiento único (tabla 2).

Acerca de los procedimientos quirúrgicos asociados, en 7 pacientes (16%) se realizó además histerectomía vaginal, en 13 (27%) se hizo IVSP, en 19 (43%) histerectomía vaginal más IVSP (tabla 3).

En 15 pacientes, la cirugía se realizó con preservación del útero independientemente del grado de uretrocele. El cierre de la colpomotomía anterior se hizo mediante colporrafia sobrepuesta en 18 pacientes (64%); y en 16 pacientes (36%) mediante la rafia a nivel de la línea media. En todas las pacientes se utilizó sonda Foley durante y luego de la cirugía; de

igual manera, en todas se usó tapón vaginal.

Entre las complicaciones quirúrgicas durante la hospitalización, se encontró que 8 pacientes (18%) presentaron fiebre, de las cuales 5 fueron en el día PO1 y 3 en PO2; 7 de estas 8 pacientes (16%) tuvieron como causa infección del tracto urinario y una (2%) infección de cúpula vaginal. Refirieron dolor pélvico 15 pacientes (34%), una de ellas dolor específico a nivel de la colporrafia anterior; mientras que otra paciente (2%) presentó hematoma vulvar (tabla 4).

En total 8 pacientes (18%) presentaron residuo vesical mayor de 100 mL, siendo el máximo residuo de 1 250 mL. De ellas, 2 presentaron en su control residuo vesical menor de 100 mL en la siguiente micción, no necesitando sonda Foley; 5 tuvieron resolución con uso de sonda Foley, la cual fue retirada entre el quinto y sétimo día poscirugía; en la paciente restante, fue necesario colocar una guía uretral y tracción de la malla, con la paciente en posición de dorsolitotomía, más retiro de dos puntos de la colporrafia anterior, para disminuir la tensión de la malla; luego, no presentó dificultad para miccionar.

De las 37 pacientes que presentaron controles por consultorio, las princi-

Tabla 3. Procedimientos quirúrgicos asociados.

Procedimiento asociado	N: 44 (100%)
Nazca (sin otro procedimiento)	5 (11%)
HV	7 (16%)
IVSP	13 (27%)
HV+ IVSP	19 (43%)
Otros procedimientos asociados a los anteriores:	
Reparación de rectocele	6
Reparación de periné	6
Ligadura tubárica bilateral	1

HV = histerectomía vaginal

IVSP = plastia intravaginal con aplicación de cinta



Tabla 4. Complicaciones quirúrgicas durante la hospitalización

Complicación	N: 44 (100%)
Residuo vesical > 100 mL	8 (18%)
Uso de sonda Foley	
Sí	6
No	2
Dolor pélvico	15 (34%)
Fiebre: día poscirugía	
Primero	5
Segundo	3
Tercero	0
Total	8 (18%)
Infecciones	8 (18%)
a. Vaginal	0
b. de cúpula	1 (2%)
c. Infección urinaria	7 (16%)
d. Absceso de cúpula	0
Hematoma (vulva)	1 (2%)

pales complicaciones son mostradas en la tabla 5. Otras complicaciones fueron dehiscencia de la superposición en una paciente, disuria en una paciente, y sangrado vaginal en dos pacientes.

Respecto al resultado del manejo quirúrgico del cistocele, evidenciado en los controles por consultorio y según el perfil de Baden Walter, en 13 pacientes (30%) no se registró en la historia clínica la presencia, ausencia o algún grado de cistocele poscirugía. De las 31 pacientes con registro, 28 pacientes (91%) no tuvieron cistocele, 1 paciente (3%) grado I, 1 paciente grado II (3%) y 1 paciente grado IV (3%). Además, en una paciente se evidenció prolapso de cúpula grado II y en otra, prolapso de cúpula hasta grado IV.

En relación al grado de satisfacción de la paciente con respecto al cistocele, en 11 pacientes (25%) no se registró el grado de satisfacción. De las 33 pacientes con registro, 31 pa-

cientes (94%) se refirieron curadas y 2 (6%) no curadas. Una de las pacientes postoperadas de histerectomía vaginal más colocación de malla Nazca TC y R, referida como no curada, fue la misma que presentó el cistocele grado IV y en la que se evidenció el único caso de erosión vaginal con exposición de malla; fue reintervenida seis meses luego de la primera cirugía, recolocándose nuevamente una malla Nazca TC.

Sobre la eficacia subjetiva de cura de incontinencia urinaria de esfuerzo, de las 36 pacientes con incontinencia previa, en 3 pacientes (8%) no se registró este dato. De las 33 pacientes con registro, 27 (82%) se refirieron curadas, 5 (15%) aliviadas o mejoradas y solo 1 (3%) se refirió no curada, quien aún no había sido reintervenida.

DISCUSIÓN

La colpografía anterior presenta 30% de recidivas en un plazo de dos años, según lo encontrado en la literatura, dependiendo además de la calidad del tejido comprometido y del grado previo del cistocele. La literatura describe diferentes técnicas para la corrección quirúrgica del cistocele asociada a la incontinencia urinaria de esfuerzo, usando nuevos biomateriales para disminuir la agresión quirúrgica y mejorar los resultados a largo plazo, como la corrección sitio-específica del cistocele, asociada a técnicas descritas como el TOT o TVT-O; sin

embargo, en algunas situaciones se ha hallado dificultades técnicas con respecto a la corrección del defecto específico ⁽²⁾. El principal objetivo de la corrección quirúrgica es la restauración de la anatomía del piso pélvico, logrando resultados satisfactorios con la mínima mortalidad ⁽³⁾.

El porcentaje de erosión vaginal con exposición de malla varía en diferentes series, de 3,8%, 7,5% a 9%. Además, Achdari concluye que la experiencia del cirujano y la edad de la paciente son los dos principales factores de riesgo para desarrollo de erosión vaginal ⁽¹²⁾. De Tayrac comunica, en su estudio de 87 pacientes sometidas a reparación vaginal de compartimento anterior con malla, una tasa de cura de 91% y recurrencia en solo 2%, con una incidencia de erosión vaginal y exposición de malla de 8,3% ⁽¹³⁾. Collinet encuentra una incidencia de extrusión de malla de 12% y relaciona este evento a la extensión de la colpotomía y la asociación con histerectomía ⁽¹⁴⁾. Sánchez y colaboradores comunican complicaciones en 20% de sus pa-

Tabla 5. Complicaciones identificadas de inicio durante control en consultorio

Complicación	N: 37 (100%)
Erosión vaginal con exposición de malla	1 (3%)
Infecciones	
Vaginal	4 (11%)
de cúpula	3 (7%)
Urinaria	3 (7%)
Absceso pélvico (de vulva y cúpula)	1 (3%)
Hematoma	0
Polaquiuria	1 (3%)
Urgencia miccional	1 (3%)
Estreñimiento	2 (6%)
Fístula vesicovaginal	0
Retención urinaria	0
Incontinentes de novo	1 (3%)
Dolor pélvico: hipogastrio, vagina, pubis o perineal	11 (30%)



cientes, siendo la dispareunia la más frecuente (8%), extrusión de la malla en vagina y constipación en 2% de pacientes; además, hematoma, poliquiuria, urgencia y dolor perineal, en 1,5% de pacientes. Aún así, describen la reparación transvaginal con mallas como una técnica sencilla, efectiva y con un tiempo de hospitalización breve. Ninguna de sus pacientes presentó recurrencias ⁽¹⁹⁾.

La serie más grande publicada en la literatura con el uso de este tipo de monoprótesis para la corrección quirúrgica del prolapso de pared anterior de vagina e incontinencia urinaria de esfuerzo es de Vitor Campos Pagotto y Paulo Palma ⁽²⁰⁾. Usan una técnica quirúrgica similar para la colocación de la misma malla monoprótesis monofilamento macroporo usada en nuestro trabajo, con la diferencia de que insertan las agujas prepúbicas desde la incisión a nivel de la colpotomía anterior parauretralmente hacia la región prepública, y cierran también la colpotomía anterior en colpografía sobrepuesta, mas no usan infiltración previa con epinefrina a nivel de la mucosa vaginal. En su serie de 100 casos, señalan como curadas de prolapso a 73% de pacientes, una recurrencia, extrusión de malla en 3%, dispareunia en 2%, incontinencia urinaria de esfuerzo persistente en 3%. Ellos refieren sus resultados preliminares como alentadores, demostrando seguridad y efectividad del procedimiento, con un porcentaje bajo de extrusiones; finalizan que 78% de pacientes fue curada de incontinencia urinaria de esfuerzo.

En nuestro estudio, evidenciamos que la mayoría de nuestras pacientes tenía una edad promedio de 51 a 60 años, siendo 81% posmenopáusica, con paridad de 3 a 5, siendo nuestra prin-

cipal indicación quirúrgica la distopia genital más incontinencia urinaria de esfuerzo, evidenciando que 80% presentó cistocele de grado III o IV, según el perfil de Baden-Walter.

En relación a nuestra técnica quirúrgica, el tiempo operatorio y el sangrado intraoperatorio fueron similares a lo encontrado en la literatura, aunque en 90% de nuestros pacientes se asoció a otro tipo de cirugía.

Si bien 18% de pacientes presentó un residuo vesical alto poscirugía, la mayoría tuvo solución simple con el uso de sonda Foley; solo una tuvo un manejo con tracción de la malla a través de una guía uretral y el retiro de puntos a nivel de la colpografía anterior.

Nosotros registramos infecciones durante el control por consultorio, en 36% de pacientes, siendo la más frecuente la infección del tracto urinario, además de infección vaginal y de cúpula. Solo dos pacientes presentaron constipación y en una se evidenció absceso de vulva y de cúpula. Sin embargo, el principal efecto colateral de la cirugía continuó siendo la presencia de dolor pélvico, hasta en 25% de pacientes, siendo referido al hipogastrio, vaginal, en pubis o perineal. En una paciente (3%) se presentó extrusión de prótesis, siendo este evento bastante menor en porcentaje con respecto a lo encontrado en la literatura, sea para el uso de mallas o inclusive para la misma técnica operatoria.

Con respecto al resultado del manejo quirúrgico del cistocele, de las pacientes que contaban con registro del perfil vaginal poscirugía, poco más de 90% de las pacientes presentó un cistocele con perfil de grado cero, demostrando, como en la literatura, la

efectividad del procedimiento, acotando que solo en tres casos persistió el cistocele en diferentes grados, aunque en 30% de las pacientes no se registró este dato en las historias clínicas.

En relación a la eficacia subjetiva de cura del cistocele, de las pacientes incontinentes previas que contaban con este registro en la historia clínica, 94% refirió estar curada, en comparación con 73% hallado en la serie de Pagotto y Palma; y, en cuanto a la incontinencia urinaria de esfuerzo, 82% de las pacientes refirió estar curada y 15% mejorada, en comparación con 78% curadas en la publicación de Pagotto y Palma ^(19,20).

En conclusión, se demuestra que el uso de monoprótesis puede ser seguro, eficaz, para la corrección del prolapso de pared anterior de vagina e incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, se debe recomendar el seguimiento de estas pacientes, con respecto a la presencia de efectos colaterales o recidivas. Será importante un estudio multicéntrico, que incluya más pacientes con un seguimiento a largo plazo, para establecer el real beneficio de esta técnica quirúrgica en el manejo de la distopia genital e incontinencia urinaria de esfuerzo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bocardo G, Moreno J, Redondo E. Manejo de la incontinencia en pacientes con cistocele moderado y severo. Clin Uro Complutense Madrid. 2000;8:459-72.
2. Giordano FG. Prolapso de pared vaginal anterior y técnicas actuales de reparación. Rev Ven Urol. 2006;52(2):8-19.
3. Petros PE. The female pelvic floor. Function, dysfunction and management according to the integral theory. 2da ed. 2007:110-20.



4. Mc Guire E. Tratamiento de la incontinencia con prolapso pélvico. *Casos Prácticos Urol.* 2000;11:57-62.
5. Walters MD, Firouz D. Surgical management of stress urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(1):93-103.
6. Richardson F. Total pelvic mesh repair: a ten-year experience. *Dis Colon Rectum.* 1998;44(6):857-63.
7. Nicita E, Shreik P. Anterior pelvic organ prolapse: assessment of repair using mesh interposition. *BJOG.* 1998;97(11):1371-5.
8. Lucente V, Hale D, Miller D. A clinical assessment of Gynemesh PS for the repair of pelvic organ prolapse (POP). *J Pelv Med Surg.* 2004;10(1):35.
9. Birch C, Fynes MM. The role of synthetic and biological prothesis in reconstructive pelvic floor surgery. *Curr Opin Gynecol.* 2002;14:527-35.
10. Dwyer PL, O'Reilly BA. Transvaginal repair of anterior and posterior compartment prolapse with Atrium polypropylene mesh. *BJOG.* 2004;111(8):831-6.
11. Ahtari C, Hiscock R, O'Reilly BA. Risk factors for mesh erosion after transvaginal surgery using polypropylene (Atrium) or composite polypropylene/polyglatin 910 (Vypro II) mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(5):389-94.
12. Collinet P, Belot F, Debodinance P, Haduc E. Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(4):315-20.
13. De Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud A, Fernandez H. Tension free polypropylene mesh for vaginal reparation of anterior vaginal wall prolapse. *J Reprod Med.* 2005;50(2):75-80.
14. Baessler K, Hewson AD, Tunn R. Severe mesh complications following intravaginal slingplasty. *Obstetric Gynecol.* 2005;106(4):713-6.
15. Petros PE. Tissue reaction to implanted foreign materials for cure of stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171(4):1-159.
16. Petros PE, Ulmste U, Papadimitriu J. The autogenic neoligament procedure: a technique for planned formation of an artificial neo-ligament. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1990;69 (Supl 153):43-51.
17. Reategui R. Sling transobturatriz vaginal (TOT). Nueva alternativa mínimamente invasiva en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Per Urol.* 2004;14:120-3.
18. Jimenez CJ, Hualde AA. TVT: Three years of experience. *Acta Urol Esp.* 2004;28(1):13-20.
19. Sánchez P, García J. Reparación transvaginal de prolapso de órgano pelviano (POP) con malla de monofilamento de polipropileno. *Rev Ven Uro.* 2006;52(2):35-42.
20. Pagotto V, Palma P, Ricetto C, Fraga R. NAZCA: monoprotese para incontinência e prolapso. 31 Congreso Brasileiro de Urologia. Bahia. Brazil. 30 octubre. 2007.