

Presentación de Caso Clínico

Femenino de 70 años, ama de casa, residente de Guadalajara, Jalisco. Antecedentes de relevancia: Hipotiroidismo e Hipertensión Arterial en buen control. Menarca a los 14 años y menopausia a los 50 años. Gesta 3, Partos 3; niega macrosómicos así como uso de fórceps. Se realizó histerectomía vaginal en 2010 en medio particular con colocación de dispositivo PROLIFT anterior y posterior. Consulta por sensación de cuerpo extraño vaginal de tamaño de "una uva" de 3 meses de evolución.

Incontinencia urinaria de esfuerzo negada así como datos de urgencia e incontinencia asociada. Niega tenesmo vesical y pujo para miccionar. Niega estreñimiento o cambios en la defecación.

Resequedad vaginal negada. Sin vida sexual con última relación sexual hace 10 años. Ingesta de líquidos : 3 litros al día. Niega consumo de café, té, solamente soda ocasional. Nictamero 7/0.

A la exploración ginecológica: Atrofia vaginal ++ se palpa material tipo malla en pared posterior. Se realiza especuloscopia encontrando exposición de malla en pared posterior de aproximadamente 1 cm a 2 cm de horquilla vaginal, no despertando dolor a la palpación. Al tacto rectal se encuentra ampulla vacía, sin palpar cuerpo extraño ni datos de material protésico. Se mide orina residual de 3cc. Oxford para suelo pélvico: 2/5.

POP-Q :

-1 -1 0

4 3 7

-1 -1 x

IntegraMOS diagnóstico: POP IIC+exposición de malla PROLIFT/3AaT4S2 clasificación de la ICS (Figura B Y C);proponiendo a la paciente colectomía y retiro de material protésico expuesto. Realizando dicho procedimiento 6 semanas después con éxito (Figura D y E) . Durante el seguimiento de la paciente 5 meses posteriores sin complicaciones, con buen efecto quirúrgico y epitelización.

Discusión

Dentro de las disfunciones de piso pélvico, la tasa de prevalencia ponderada de uno o más trastornos del suelo pélvico es del 25,0 %, incluido el 17,1 % de mujeres con incontinencia urinaria de moderada a grave, el 9,4 % con incontinencia fecal. Mientras que El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un problema prevalente que afecta aproximadamente al 25% de las mujeres, y el 12,6% de estas mujeres eventualmente se someterán a tratamiento quirúrgico⁵

Dada la gran afección que causa el POP, en los últimos 30 años se ha producido un aumento significativo en el uso de una gama cada vez mayor de prótesis e injertos en la cirugía del suelo pélvico femenino, con la finalidad de mejorar la calidad de vida. Sin embargo algunos dispositivos como el sistema PROLIFT tuvieron una breve aparición en el manejo quirúrgico de las paciente con prolapso debido a la tasa de complicaciones que se llegaban a presentar; describiéndose lesiones vesicales en el 2.7%, alteraciones en la defecación hasta en 22%, prolapso de novo posterior a esta cirugía 11% y con recurrencias de 8%. Además de reportarse una alta tasa de dolor pélvico crónico sobre todo en concomitancia con diabetes mellitus e histerectomía; así como un 12.6% de exposición de la malla sobre todo si existió hematoma en la zona quirúrgica. Dado los riesgos beneficios del sistema PROLIFT ya ha pasado una década desde su desuso, sin embargo es importante conocer sobre su existencia, técnica quirúrgica para así poder en primera instancia ser capaces de identificar y tratar sus complicaciones en pacientes que aún lo porten, tales como la exposición de el material protésico.



SISTEMA PROLIFT A UNA DECADA DE SU DESUSO RETO PARA LOS NUEVOS GINECOLOGOS

Salgado Lozada Luis Daniel^{1,2}; Cardenas Ramos Angel Alfonso^{1,2};
Salas Valencia Virginia Isabel^{1,2}; Zaragoza Torres Rocio Margarita^{1,2}
1Universidad de Guadalajara; 2. Centro Médico Nacional de Occidente



Introducción

A lo largo del tiempo han existido múltiples procedimientos y técnicas para la corrección del prolapso de órganos pélvicos. Uno de estos procedimientos que usaban material protésico, específicamente malla con abordaje vaginal, era el sistema Prolift (Gynecare/Ethicon, Somerville, NJ)¹. Estaba compuesto por un injerto sintético preformado monohilo de prótesis de polipropileno de bajo peso (42,7 g/m²), fino (0,42 mm) y alta porosidad (64%) retroadaptado con brazos. Se utilizaba en lugar del tejido nativo para corregir el POP^{2,3} (Figura A).

No obstante, el uso de técnicas de malla transvaginal se asocia con complicaciones específicas, que incluyen infección, erosión de la malla, lesiones de órganos o vasos abdominales y cicatrices vaginales. La FDA planteo muchas preocupaciones ya que los pacientes reportan recurrencia en el POP, dolor pélvico crónico y dispareunia de novo posiblemente relacionada con la erosión o retracción de la malla^{3,4}.

Desde 2008, la FDA ordenó al fabricante que demostrara la seguridad y eficacia del producto y el fabricante finalmente optó por retirar Prolift y otros sistemas de malla del mercado en 2012⁴.

A una década del retiro de este tipo de materiales protésicos para prolapso de órganos pélvicos, varias generación de médicos especialistas en ginecología han egresado ya sin el conocimiento de que existían y se colocaban este tipo de dispositivos, por lo que presentamos el caso de una paciente que presenta exposición de malla PROLIFT en pared vaginal posterior; localización actualmente inusual para un ginecólogo egresado en los últimos años.

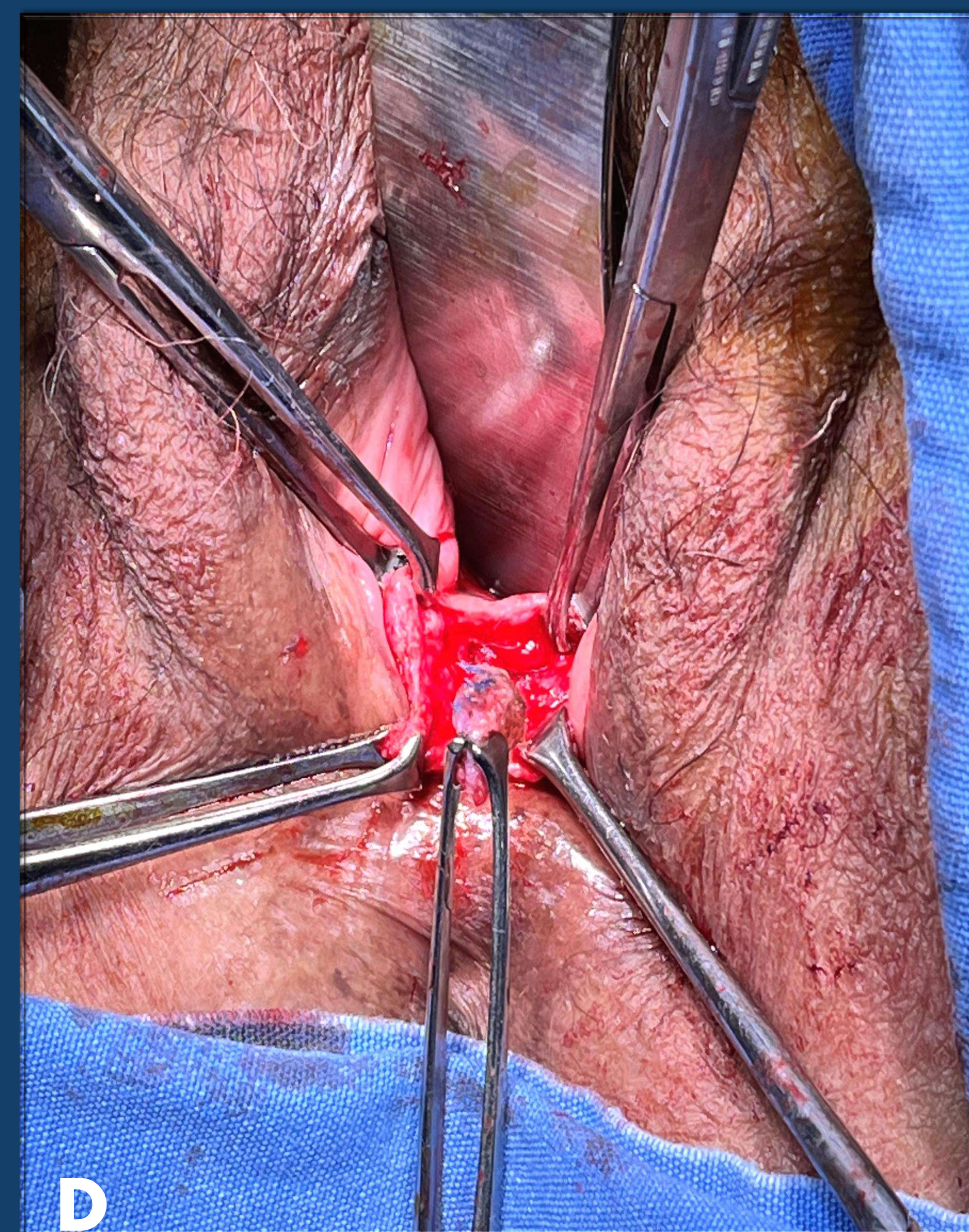


Figura C y D : Retiro de malla expuesta en pared vaginal posterior

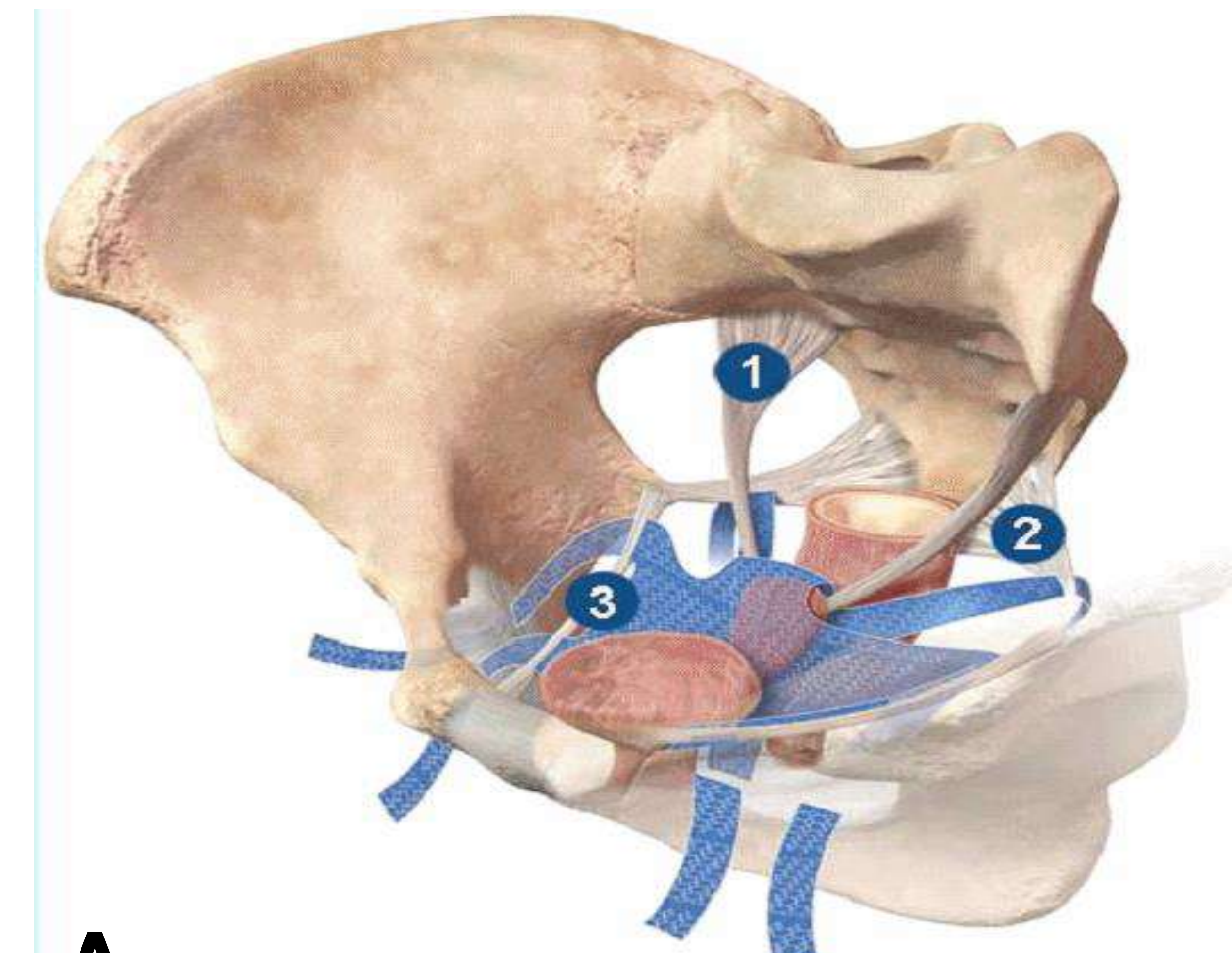


Figura A: Esquema del total de material protésico ya implantado: compartimiento anterior y posterior

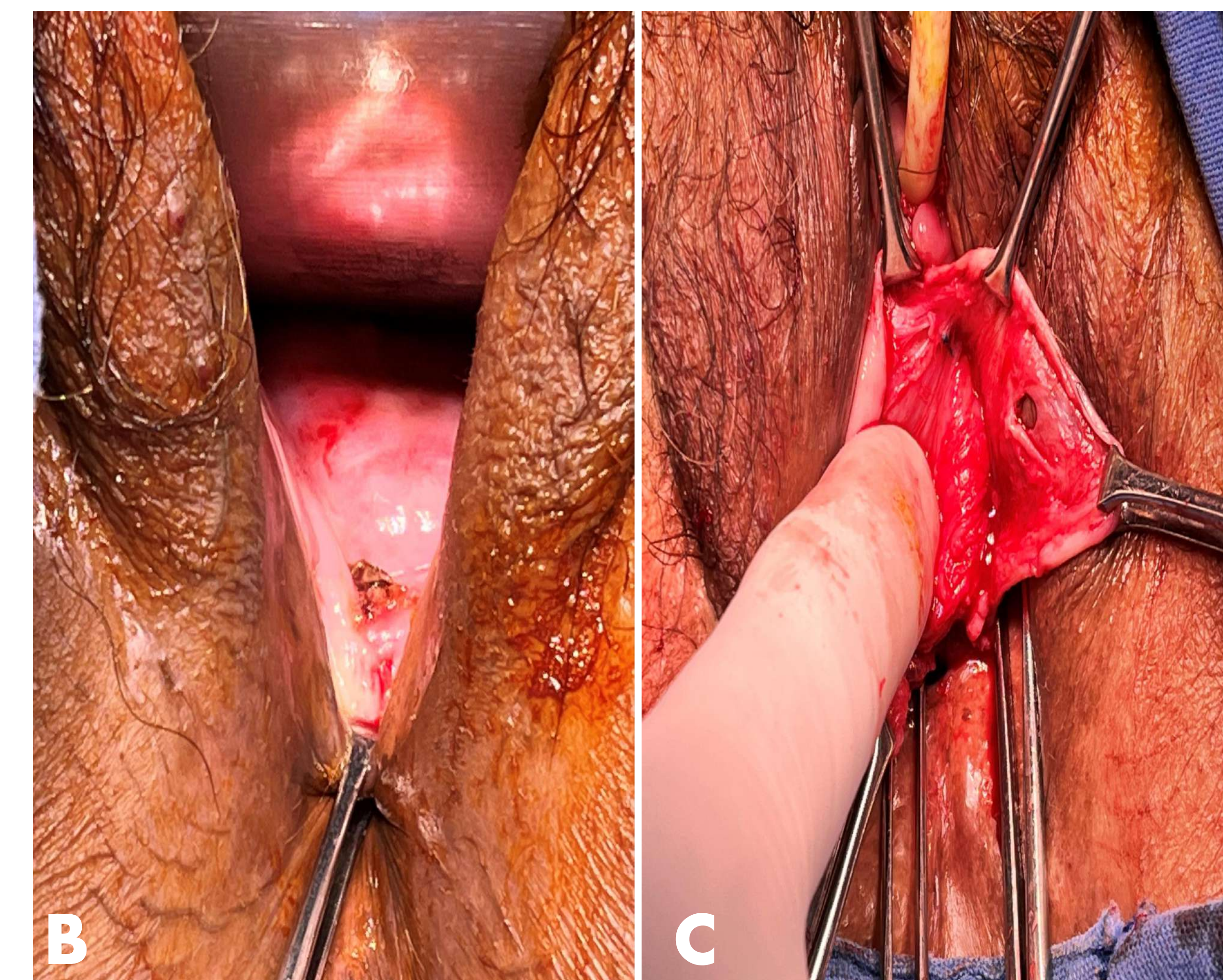


Figura B : Identificación de exposición de material protésico tipo malla en pared vaginal posterior

Figura C : Prolapso de órganos pélvicos de novo; POP-Q : II C

Referencias

1. Kahn MA, Stanton SL. Techniques of rectocele repair and their effects on bowel function. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1998;9:37-47.
2. Persu C, Chapple CR, Cauni V. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q): A new era in pelvic prolapse staging. J Med Life 2011;4:75-81.
3. Ibrahim A Yakasai; Outcome of repeat surgery for genital prolapse using prolift-mesh, Annals of Surgical Innovation and Research 2013, 7:3
4. Can Urol Assoc J 2014;8(9-10):e605-9. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2022> Published online September 9, 2014.
5. AN INTERNATIONAL UROGYNECOLOGICAL ASSOCIATION (IUGA)/ INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS) JOINT TERMINOLOGY AND CLASSIFICATION OF THE COMPLICATIONS RELATED DIRECTLY TO THE INSERTION OF PROSTHESES (MESHES, IMPLANTS, TAPES) & GRAFTS IN FEMALE PELVIC FLOOR SURGERY

<http://dx.doi.org/10.1007/BF01900540>

