



P-340 - MIGRACIÓN A LUZ RECTAL DE MALLA DE POLIPROPILENO TRAS REPARACIÓN DE RECTOCELE POR VÍA PERINEAL

J. Piñán Díez, J. Cintas Catena, J.A. López Ruiz, L. Sánchez Moreno, J.A. Díaz Milanés, J. López Pérez, F. Oliva Mompeán y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: El uso de materiales sintéticos como son las prótesis, es cada vez más común a la hora de tratar el prolapso de los órganos pélvicos. Presentamos el caso de una paciente que requiere intervención quirúrgica por migración intraluminal a recto de malla tras reparación de rectocele por vía perineal.

Caso clínico: Paciente mujer de 53 años que acude a revisión tras reparación de rectocele con colocación de malla de polipropileno por vía perineal. Refiere tenesmo rectal y expulsión de material purulento a través de ano y vagina. Como antecedentes personales destacan histerectomía vaginal y reparación de cistocele con colocación de malla. A la exploración (tacto bimanual) se identifica cuerpo extraño de consistencia dura y alargada a unos 4 cm del margen anal, compatible con migración a la luz rectal de la malla colocada en el tabique rectovaginal. Se realiza colonoscopia que objetiva cuerpo extraño (malla) a unos 3-4 cm del esfínter anal protruyendo hacia el recto. Se comprueba movilidad de la misma a excepción de un extremo, donde se identifica orificio en la mucosa rectal de aproximadamente 1 cm de diámetro. La paciente es sometida a intervención quirúrgica mediante abordaje perineal. Se identifica malla a las 5 horas en posición de litotomía, tras extracción de la misma se identifica trayecto fistuloso rectovaginal que se reseca. Se realiza cierre de orificios vaginal y rectal, y plicatura del tabique rectovaginal. La pieza extraída se manda a Anatomía Patológica que identifica la misma como material inorgánico de 6 x 2 cm.

Discusión: La colocación de prótesis en el tabique rectovaginal para reparación de rectoceles es cada vez más común, tanto por abordaje perineal como por abordaje laparoscópico. También son usadas ampliamente en la reparación de los prolapsos vaginales y vesicales. La erosión de la pared del recto o colon por la prótesis es una complicación no poco frecuente, tanto de las cirugías del prolapso y suelo pélvico, como de las cirugías de las hernias de la pared abdominal por vía laparoscópica. La incidencia de migración de mallas es muy variable a rigor de las series publicadas. La retirada de la prótesis por vía intraluminal o incluso abdominal es la norma, aunque existen casos descritos en la bibliografía de expulsión espontánea de la prótesis a través del ano sin complicaciones posteriores.