

*Nota clínica***Desarrollo de cálculo vesical tras procedimiento de colocación de malla TVT: A propósito de un caso**

Egoitz Tolosa Eizaguirre, Aníbal Rincón Mayans, Jorge Rioja Zuazu, Juan J. Zudaire Bergera, Javier Barba Abad, José M<sup>a</sup> Berián Polo

*Departamento de Urología. Clínica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, España.*

**Resumen**

La formación de un cálculo vesical como consecuencia de la erosión de la mucosa vesical secundaria a la colocación de una malla TVT es una complicación poco frecuente. El caso que presentamos es el de una mujer de 73 años intervenida en dos ocasiones mediante la colocación de una malla TVT con el objeto de tratar su incontinencia urinaria de origen mixto. La clínica de la paciente se caracterizaba por una intensa disuria, urgencia miccional, dolor perineal, diarrea y síndrome constitucional de un año de evolución. Se llegó al diagnóstico mediante una placa de abdomen y una RM. El tratamiento se realizó mediante una intervención de cistolitotomía y la sección de la malla protésica sobre la cual se había desarrollado el cálculo. La integridad de la vejiga y la ausencia de lesiones secundarias se constató mediante una cistoscopia realizada a los 6 meses de la intervención.

Palabras clave: Cálculo vesical. Malla libre de tensión. Incontinencia urinaria

**Development of bladder stone following a Tension-free Vaginal Tape procedure: Acase report****Abstract**

The bladder stone formation due to intravesical mesh erosion of tension-free vaginal tape (TVT) is an infrequent complication. We report a case of 73 years old woman, treated in two occasions by means of the positioning of a TVT with the intention of treating its urinary incontinence. The symptoms, of a year of evolution, was characterized by disuria, pelvic pain, diarrhea and constitutional syndrome. RM showed bladder stone fixed to bladder wall. The extraction of the bladder stone was made by the section of the polypropilene mesh on which the calculi had been developed. 6 months later, control cystoscopy revealed complete healing of bladder mucosa.

Keywords: Bladder stone. Tension-free vaginal tape. Urinary incontinence.

Cada vez es más frecuente el uso de mallas TVT o TOT como tratamiento quirúrgico de la Incontinencia urinaria de esfuerzo. A pesar de que la tasa de complicaciones es baja, éstas existen y siempre deben ser tenidas en cuenta. Una de las más frecuentes es la erosión de la mucosa vesical por la malla. Este caso que aportamos es ilustrativo de las complicaciones derivadas de una intervención quirúrgica de este tipo.

**CASO CLÍNICO**

Paciente de 73 años con antecedentes de carcinoma uterino tratado mediante histerectomía con doble anexectomía y radioterapia externa en el 2000. En el año 2002 es diagnosticada de incontinencia urinaria de origen mixto y tratada mediante la colocación de una malla TVT. A los 6 meses y ante la persistencia de la incontinencia se realiza una nueva intervención colocando una nueva malla TVT.

La paciente es remitida a nuestro servicio el 9 de agosto del 2006 con una intensa clínica de disuria, dolor perineal, urgencia miccional, urgeincontinencia, incontinencia urinaria que requiere el uso de 3 pañales diarios, diarrea, hematuria y síndrome constitucional de más de un año de evolución. Se practicó una ecografía vesical observando la presencia de una imagen hiperecogénica adherida a la pared vesical. Dada la existencia de la sintomatología digestiva que presentaba la paciente solicitamos una RM para valoración de posible lesión infiltrante, que mostró la existencia de un defecto de repleción intravesical de aproximadamente 3 cm compatible con un cálculo vesical (Fig. 1) y malla suburetral (Fig. 2). Posteriormente se realizó una Radiografía simple de abdomen para control, incluyendo el pubis, donde se observó la presencia de una litiasis en pared lateral - cuello vesical (Fig. 3). Se decidió la realización de una cistolitotomía suprapúbica.

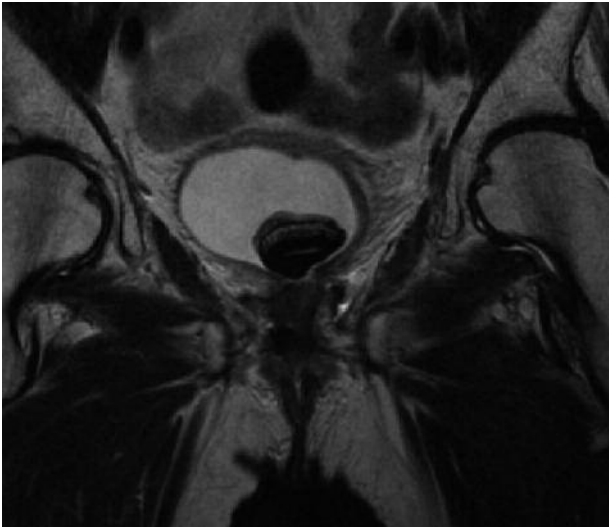


FIGURA 1



FIGURA 3

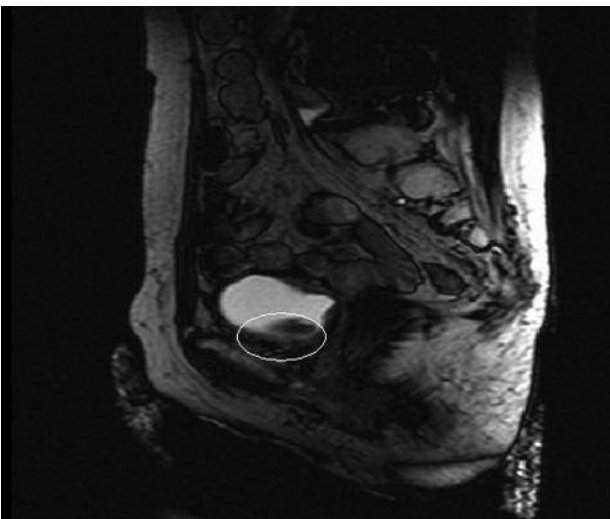


FIGURA 2



FIGURA 4

Bajo anestesia general se realizó una incisión media infraumbilical. Tras la liberación de múltiples adherencias perivesicales se procedió a la apertura de la cúpula vesical, hallando el cálculo adherido a la pared mediante un segmento de malla visible en el espacio intravesical. Tras la sección del segmento intravesical de la malla se procede a la extracción del cálculo (Fig. 4) y el cierre de la cistostomía. Al 5º día postoperatorio se retiró el drenaje y la paciente fue dada de alta siendo portadora de sonda vesical, siendo retirada al cabo de 15 días.

En las posteriores revisiones las molestias, la disuria y el dolor perineal han desaparecido por completo. La incontinencia urinaria persiste pero mejora respecto a la situación previa ya que sólo precisa del uso de una o dos compresas al día.

## DISCUSIÓN

Desde que en 1995 Ulmsten y Petros la describieran<sup>1</sup>, la malla TVT no tardó en formar parte de los procedimientos más practicados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (En 2003 se realizaron alrededor de 700.000 intervenciones de este tipo en el mundo). Los diferentes estudios sobre su eficacia y complicaciones no tardaron en ver la luz. Entre estas últimas figuran, como las complicaciones intra y post-operatorias más frecuentes, la perforación vesical, la retención urinaria post-operatoria, los autosondajes a largo plazo, los hematomas, la urgencia miccional de novo, la cicatrización vaginal defectuosa y el dolor suprapúbico incoercible<sup>2</sup>.

En una revisión publicada por Brophy y sus colaboradores la complicación más frecuente en el postoperatorio inmediato y las siguientes semanas

es la retención urinaria que aparece entre un 3% y un 17% de las diferentes series estudiadas. Pero son las erosiones vaginales y uretrales, con un 50% y 20% de incidencias en las mismas series, las complicaciones más frecuentes a largo plazo<sup>3</sup>. La erosión de la mucosa vesical y la posterior formación de un cálculo sobre la malla es una complicación raramente descrita de la que, revisando la literatura, no hemos hallado publicados más de 6 casos<sup>4-8</sup>. En los dos primeros el tratamiento quirúrgico se llevó a cabo mediante cirugía abierta para la resección de la malla. Bora y su equipo describen una técnica endoscópica basada en la litotricia endovesical y la posterior resección de la malla<sup>6</sup>. Mustafa y sus colaboradores aportan una pequeña variación en cuanto a la resección de la malla ya que hacen uso de un resector transuretral convencional<sup>7</sup>. En nuestro caso, dado el estado general de la paciente, las dimensiones del cálculo y que no se podía valorar realmente la accesibilidad de la malla a reseccionar mediante técnicas endoscópicas, recurrimos a la cirugía abierta por vía suprapúbica.

### CONCLUSIONES

Ha quedado ampliamente demostrado que la técnica de la colocación de la malla TVT no es un procedimiento exento de riesgos y de complicaciones. Casos como el que se aportan aquí no son más que el reflejo de la alta incidencia de erosiones vaginales y de la mucosa vesical. Dichas complicaciones, al margen de su viabilidad desde el punto de vista

asistencial, justifican la inclusión de la cistoscopia en el seguimiento de las pacientes, máxime en aquellas que presentan sintomatología miccional y dolor suprapúbico o perineal.

### REFERENCIAS

1. Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1995;29(1):75-82.
2. Jimenez Calvo J, Hualde Alfaro A, Santiago Gonzalez de Garibay A, Pinos Paul M, Jimenez Aristu J, Montesino Semper M, et al. TVT: Three years of experience. *Actas Urol Esp*. 2004;28(1):13-20.
3. Brophy M M, Klutke J J, Klutke C G. A review of the Tension-free Vaginal Tape procedure: outcomes, complications and theories. *Curr Urol Rep*. 2001;2(5):364-369.
4. Peyromoure M, Dayma T, Zerbib M. Development of bladder stone following a Tension-free Vaginal Tape intervention. *J Urol*. 2004; 171(1):337.
5. Tsvivan A, Kessler O, Mogutin B, Rosenthal J, Korczak D, Levin A, et al. Tape related complications of the Tension-free Vaginal Tape procedure. *J Urol*. 2004;171(2 Pt 1):762-764.
6. Irer B, Aslan G, Cimen S, Bozkurt O, Celebi I. Development of vesical calculi following Tension-free Vaginal Tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(3):245-246.
7. Mustafa M, Wadie BS. Bladder erosion on Tension-free Vaginal Tape presented as vesical stone; management and review of literature. *Int Urol Nephrol*. 2007;39(2):453-455.
8. Tzortzis V, Mitsugiannis IC, Moutzouris G, Aravantinos E, Anagnostou T, Gravas S, et al. Bladder stone formation after tension-free vaginal tape procedure: report on two cases. *Urol Int*. 2007;79(2):181-182; discussion 183.

---

Correspondencia autor: Dr. Egoitz Tolosa Eizaguirre  
 Departamento de Urología. Clínica Universitaria de Navarra  
 Avda. Pío XII, 36 - 31008 Pamplona, Navarra. Tel.: 948 255 400  
 E-mail autor: etolosaei@unav.es  
 Información artículo: Nota clínica  
 Trabajo recibido: octubre 2007  
 Trabajo aceptado: noviembre 2007