



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
RECURRENCIA DE PROLAPSO GENITAL EN
PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA TRADICIONAL”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
SUBESPECIALISTA EN
UROLOGIA GINECOLOGICA**

Presenta:

DRA. VERONICA CALALPA LIRA

Asesores:

**DRA. EDNA CORTES FUENTES
DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CHEQUER**

GENERACION 2012-2014

MEXICO. D.F. FEBRERO 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez
Director general
Unidad Médica de Alta Especialidad
“Luis Castelazo Ayala”

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
“Luis Castelazo Ayala”

Dra. Edna Cortes Fuentes
Asesor de Tesis
Unidad Médica de Alta Especialidad
“Luis Castelazo Ayala”

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Calalpa
Apellido materno	Lira
Nombre	Verónica
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad	Facultad de Medicina
Carrera	Urología Ginecológica
Número de cuenta	512229733

Datos del asesor

Apellido paterno	Cortes
Apellido materno	Fuentes
Nombre	Edna

Datos de la tesis

Título	Factores de riesgo asociados a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional
Año	2014
Número de paginas	28



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **07/08/2013**

DRA. EDNA CORTÉS FUENTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**FACTORES ASOCIADOS A LA RECURRENCIA DE PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES
SOMETIDAS A CIRUGIA TRADICIONAL**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3606-37

ATENTAMENTE

DR. OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

RESUMEN.....	7
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACION.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS.....	12
OBJETIVOS.....	13
METODOLOGIA.....	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSIONES.....	23
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26
ANEXOS.....	28

AGRADECIMIENTO

A MI MADRE.

Por ser fuente de inspiración en mí camino, por estar conmigo todos y cada uno de los días de estudio, desvelos y buenos momentos, por ayudarme a lograr mi sueño de ser médico y alentarme a subir un peldaño más y concluir una sub especialidad.

A MIS HERMANOS

Gracias por su apoyo, consejos y palabras de aliento los días que me vieron flaquear, e intentar dejar este camino. La familia en la vida lo es todo.

A MIS COMPAÑEROS

Por habernos conocido en esta etapa, y permitirme aprender de ustedes nuevos conocimientos.

A MIS ASESORES

Al Dr. Juan Carlos Martínez Chequer, que sin su asesoramiento no hubiera podido realizar este trabajo. A la Dra. Edna Cortes Fuentes, Dra. Amparo Dubeth Caisapanta, Maldonado, Dr. Raúl Herrera Guerrero, Dr. José Luis García Bárcenas, Dra. Carmen Janet Marín Méndez por haber compartido sus conocimientos y experiencias, así como brindarme su apoyo para cumplir una meta más en mi vida.

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.

Metodología. En la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”, se realizó un estudio observacional, ambispectivo, transversal y analítico. Se revisó una base de datos de las pacientes sometidas a cirugía tradicional, con 10 años de seguimiento. Utilizando un cuestionario por vía telefónica para recabar los datos de las variables de estudio. Posteriormente se codificaron los datos en Excel 2007 para su análisis descriptivo, usando Chi Cuadrada con corrección de Yates o Test de Fischer, con OR e IC al 95% y una $p < 0.05$ estadísticamente significativa.

Resultados. Se revisaron 164 pacientes que contestaron un cuestionario por vía telefónica. El 29.8% (49) reportaron recurrencia del prolapso de órganos pélvicos, y el 70.2% (115) negaron prolapso genital. La media de edad para el grupo con prolapso fue 65 ± 10 , y para el grupo sin prolapso 69 ± 10 , con una $p < 0.05$. Los factores de riesgo asociados a la recidiva del prolapso genital fueron: el antecedente de histerectomía abdominal en el 14% (7), con un OR de 6.2 (IC 95% 1.15-25), $p < 0.012$; y el antecedente de cirugía previa para la corrección del prolapso (sin el precedente de histerectomía abdominal) en el 18% (9) con un OR de 3 (IC 95% 1-8), $p < 0.028$.

Conclusión. El antecedente de histerectomía y cirugía previa no asociada a histerectomía para la corrección del prolapso fueron los factores de riesgo asociados al prolapso de órganos pélvicos recurrente a 10 años de seguimiento.

Palabras claves: Prolapso de Órganos pélvicos, factores de riesgo, cirugía con tejidos nativos.

ANTECEDENTES

La reparación de prolapso de órganos pélvicos (POP) es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en las pacientes postmenopáusicas. El éxito del tratamiento varía enormemente dependiendo de la definición utilizada (19.2 %- 97.2%). Hasta el momento no existe una definición estandarizada para la curación del prolapso genital recidivante. Matt Barber define al prolapso de órganos pélvicos recurrente tomando en cuenta dos condiciones: la recurrencia anatómica (descenso un 1cm por debajo del himen) y recurrencia sintomática o funcional (sensación de cuerpo extraño en vagina)- En su artículo destaca que el tratamiento de la anatomía no es el factor más importante para la percepción de éxito de las pacientes, más bien la ausencia o presencia de los síntomas. (1).

El prolapso de órganos pélvicos afecta hasta el 50% de las mujeres, ameritando cirugía en el 11% de los casos de los cuales el 29% necesitarán re intervención (2). La pared vaginal anterior es el segmento que más comúnmente se prolapsa y es más susceptible al fracaso a largo plazo después de la cirugía. La colporrafia anterior se ha utilizado desde el siglo pasado como una técnica quirúrgica para corregir el POP de la pared vaginal anterior, sin embargo, pocos ensayos aleatorizados han evaluado el éxito relativo de esta técnica. Weber y cols compararon 3 diferentes técnicas para la corrección quirúrgica de prolapso vaginal anterior, ellos encontraron que a los 23 meses de seguimiento las pacientes que se habían sometido a la técnica tradicional recurrieron a un estadio II (1 cm por debajo del himen) en el 70% de los casos (3). Chen y cols encontraron que las mujeres que se habían sometido a cirugía tradicional para la corrección del compartimento anterior presentaron una recurrencia del prolapso de 3 % a 70% en diferentes intervalos de seguimiento. (4) .Denman y cols en el seguimiento a 10 años después de la corrección de prolapso genital encontraron una recurrencia global del 17% y una recidiva del 4.6% para la reparación de la pared vaginal anterior. (5).

Los defectos del compartimento anterior y posterior involucran defectos de tejido conjuntivo apical en la mayoría de los casos. Cada vez hay más estudios que apoyan la idea de realizar un adecuado refuerzo apical concomitante para mejorar la tasa de éxito de la reparación anterior y posterior. (6). La literatura reporta una tasa de éxito para la reparación del compartimento posterior del 75% al 86% con distintos intervalos de seguimiento.

Las hipótesis que se han probado sobre los múltiples mecanismos que pueden contribuir al desarrollo del prolapso no explican por completo el origen y la evolución natural de este proceso. Los estudios epidemiológicos indican que el parto vaginal y el envejecimiento son dos factores de riesgo importantes para el desarrollo de POP. Otros factores son el aumento de la presión abdominal, el aumento del índice de masa corporal y los trastornos del tejido conectivo. Así pues, hay pocas dudas de que el POP tenga causas multifactoriales y puedan verse involucradas varias enfermedades para mostrar la pérdida completa del soporte anatómico. Más aún, la pérdida de soporte que evoluciona décadas

después del parto vaginal puede implicar una lesión inicial compuesta por la pérdida de soporte asociada al envejecimiento. Actualmente, se cree que existe un complejo de trastornos implicados en el fracaso del soporte de los órganos pélvicos. Entre estos trastornos se encuentran los relacionados con la genética, la pérdida del soporte de músculo estriado del suelo pélvico y la pérdida de los anclajes conectivos de la pared vaginal a los músculos estriados y a las estructuras de la pelvis.

El suelo pélvico comprende varios tipos de tejido que actúan en conjunto para proporcionar el soporte y mantener la función fisiológica normal del recto, la vagina, la uretra y la vejiga. Todos los tipos de tejidos del suelo pélvico son importantes para el soporte normal de los órganos pélvicos, y el fracaso de uno o más de estos sistemas de soporte tisular puede estar implicado en la fisiopatología del POP.

Las pruebas experimentales no apoyan que la lesión inducida por la denervación tenga un papel en la fisiopatología del POP. Sin embargo, se da una pérdida de volumen y función del músculo esquelético en prácticamente todos los músculos estriados con el envejecimiento. A medida que el músculo estriado pierde tono, el soporte de tejido ligamentoso y conectivo de los órganos pélvicos debe soportar más fuerzas provenientes de la presión abdominal. Como los tejidos conectivos soportan estas cargas durante períodos prolongados de tiempo, se estiran y acaban fracasando, dando lugar al prolapso reconocido clínicamente. (7)

Podemos suponer que los factores que juegan un papel en el origen del prolapso también están presentes en la recurrencia. Sin embargo existen pocos estudios en la literatura que analizan los factores de riesgo que influyen en la recurrencia del prolapso genital a largo plazo, y los estudios que hablan de estos factores no distinguen entre la recurrencia anatómica y la recurrencia sintomática (8).

En un estudio multicéntrico encontraron que la presencia de POP preoperatoria de por lo menos un estadio III se relaciona con recurrencia (OR 2.5 con IC 95% 1.1-5.1, y $p = 0.02$), y que la histerectomía previa es un hallazgo frecuente en la historia clínica de las mujeres sometidas a cirugía pélvica reconstructiva, por lo que ambos se consideran como factores predisponentes para el desarrollo de prolapso genital recurrente. Otros factores asociados son: historia de POP en el momento de la histerectomía, enfermedad pulmonar crónica y la obesidad. Hasta la fecha el papel de la edad como factor de riesgo sigue siendo controvertido. (9). En otro estudio las personas con alto peso corporal ($> 65\text{kg}$), y las mujeres más jóvenes (<60 años) se asociaron con un riesgo mayor de recurrencia. El prolapso genital en estadio III- IV de cualquier compartimento se asoció con recurrencia anatómica, pero no con recurrencia sintomática. (10)

JUSTIFICACION

La cirugía tradicional se ha utilizado desde el siglo pasado para corregir el prolapso de órganos pélvicos, sin embargo, hasta el momento no tenemos suficientes ensayos aleatorizados que evalúen el éxito relativo de la técnica a largo plazo. Existen pocos estudios en la literatura que analizan los factores de riesgo asociados a la recurrencia de POP con un seguimiento a 10 años, por lo que parece crucial identificarlos y así lograr un mejor tratamiento y sobretodo prevención de las mujeres que padecen esta condición. En base a los registros de este Hospital de los últimos 10 años, la información de aquellas pacientes sometidas a cirugía tradicional puede ser útil en la búsqueda de estos factores, permitiéndonos conocer las causas de la recurrencia, así como su prevalencia, y con ello ayudarnos a elevar la calidad de la atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la recurrencia de prolapso genital en las pacientes sometidas a cirugía tradicional de esta UMAE con un seguimiento a 10 años?

HIPOTESIS

ALTERNA

Los factores de riesgo asociados influyen sobre la recurrencia de prolapso genital en las pacientes sometidas a cirugía tradicional.

NULA

Los factores de riesgo asociados no influyen sobre la recurrencia de prolapso genital en las pacientes sometidas a cirugía tradicional.

OBJETIVOS

Objetivo general. Determinar los factores de riesgo asociados a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.

Objetivos específicos.

1. Identificar la presencia de obesidad, como factor de riesgo asociado a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.
2. Evaluar la presencia de la edad cronológica, como factor de riesgo asociado a la recurrencia genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.
3. Determinar la tos crónica, como factor asociado a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.
4. Identificar el antecedente de histerectomía abdominal como factor de riesgo asociado a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.
5. Determinar la multiparidad, como factor de riesgo asociado a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.
6. Evaluar la cirugía previa para la corrección de prolapso de órganos pélvicos sin antecedente de histerectomía abdominal, como factor de riesgo asociado a la recurrencia de prolapso genital en pacientes sometidas a cirugía tradicional.

METODOLOGÍA

Descripción de las variables

Variable independiente: Factores asociados.
Cirugía tradicional.

Variable dependiente: Recurrencia de prolapso genital.

Factores asociados:

Edad cronológica: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.

Tos crónica: Presencia de tos que se prolonga por más de 6 semanas.

Multiparidad: Mujer que ha tenido más de dos embarazos con duración de 20 semanas o más.

Obesidad: índice de masa corporal mayor o igual a 30

Cirugía previa para la corrección de prolapso genital: Antecedente de cirugía para la corrección de prolapso genital por vía vaginal (colporrafia anterior, colporrafia posterior e histerectomía vaginal reconstructiva), con más de 10 años de evolución.

Antecedente de histerectomía abdominal: Procedimiento quirúrgico por vía abdominal para extirpar el útero en su totalidad, con más de 10 años de evolución.

Cirugía tradicional:

Procedimiento quirúrgico para la corrección de prolapso genital realizada solo con tejidos nativos. (colporrafia anterior, colporrafia posterior e histerectomía vaginal reconstructiva).

Recurrencia de prolapso genital:

Sensación de cuerpo extraño en vagina después de someterse a cirugía tradicional para la corrección de prolapso de órganos pélvicos.

En la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, durante los meses de Abril a Octubre del 2013, se realizó un estudio observacional, ambispectivo, transversal y analítico, que fue sometido a evaluación del Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud del Hospital el cual lo autorizó y otorgó R-2013-3606-37. Se revisó una base de datos de pacientes sometidas a cirugía tradicional, con 10 años de seguimiento, iniciando por la más reciente hasta completar el tamaño de muestra. Se realizó un cuestionario por vía telefónica (Anexo 1) a todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección y que aceptaron proporcionar la información, a través de este medio. Se incluyeron pacientes que fueron sometidas a cirugía tradicional para la corrección de prolapso genital, con diez años de evolución y vigencia actual como derechohabientes del IMSS y que fueran localizables por vía telefónica. Se excluyeron a quienes tuvieron partos posteriores a la corrección quirúrgica de POP y se eliminaron quienes habían fallecido o no desearon participar en la encuesta. La muestra fue aleatorizada, probabilística, con porciones y poder del 80% calculándose un número de 160 pacientes distribuidas como 1 caso para 3 controles.

Posteriormente se codificaron los datos en Excel 2007 para su análisis descriptivo en base a medias y desviación estándar para variables cuantitativas y para variables categóricas frecuencias absolutas y relativas, mediante cuadros y Gráficas de barras.

El análisis inferencial se hizo en base a búsqueda de comparaciones a través de proporciones con Chi Cuadrada de Yates o Test de Fisher, con OR e IC al 95% y una prueba de comparación para dos grupos independientes estableciéndose una significancia para rechazar la hipótesis nula menor o igual a 0.05.

RESULTADOS

Para la realización de este estudio se incluyeron 553 pacientes, las cuales fueron sometidas a cirugía para la corrección de prolapso de órganos pélvicos durante el periodo 2003 al 2004. De estas, 11 (1.9%) de las participantes fallecieron, 378 (68.3%) no fueron localizadas y 164 (29.8%) contestaron un cuestionario por vía telefónica. De las 164 mujeres el 29.8% (49) se reportaron con recurrencia del prolapso, y el 70.2% (115) negaron prolapso genital.

La media de edad para el grupo con prolapso fue 65 ± 10 , y para el grupo sin prolapso 69 ± 10 , con una $p < 0.05$. (Grafica 1). En el grupo de pacientes con recurrencia del prolapso 47% fueron previamente sometidas a histerectomía vaginal reconstructiva, 49% a colporrafia anterior y 4% a colporrafia posterior. En aquellas que no refirieron recidiva del prolapso el 69% habían sido sometidas a una histerectomía vaginal reconstructiva, el 31% a una colporrafia anterior y ninguna tenía el antecedente de colporrafia posterior. (Grafica 2). No se encontró diferencia significativa en la comorbilidad de los dos grupos ($p < 0.449$) (Tabla I).

Los factores de riesgo asociados a la recidiva del prolapso genital (Tabla II) de acuerdo con nuestros resultados fueron: el antecedente de histerectomía abdominal en el 14% (7), con un OR de 6.2 (IC 95% 1.15-25), $p < 0.012$; y el antecedente de cirugía previa para la corrección del prolapso (sin el precedente de histerectomía abdominal) en el 18% (9), con un OR de 3 (IC 95% 1-8), $p < 0.028$ (Grafica 3 y 4).

TABLA I

**CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON RECURRENCIA DE PROLAPSO
GENITAL POSTERIOR A CIRUGIA TRADICIONAL**

<u>CARACTERISTICAS</u>	CON PROLAPSO n= 49	SIN PROLAPSO n= 115	p
Edad en años	65 ± 10	69 ± 10	<0.005*
Diagnóstico posoperatorio			<0.007**
Histerectomía vaginal reconstructiva	47% (23)	69% (79)	
Colporrafia anterior	49% (24)	31% (36)	
Colporrafia posterior	4% (2)	0%	
COMORBILIDAD			<0.449**
Ninguna	47% (23)	35% (40)	
Hipertensión arterial sistémica	27% (13)	28% (32)	
Diabetes mellitus	16% (8)	25% (29)	
EPOC	4% (2)	2% (2)	
Artritis reumatoide	0%	3% (3)	
Otros	6% (3)	7% (9)	

*t de Student

**X²

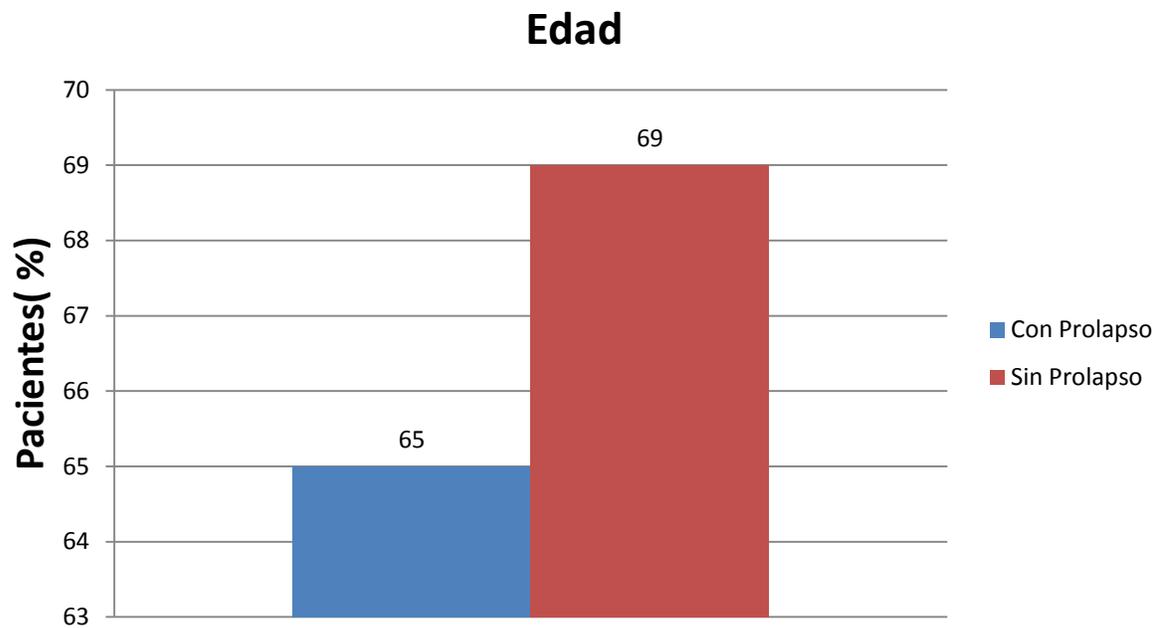
TABLA II

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RECURRENCIA DE PROLAPSO
GENITAL POSTERIOR A CIRUGIA TRADICIONAL**

<u>RIESGOS</u>	CON PROLAPSO n= 49	SIN PROLAPSO n= 115	OR (IC 95%)	p**
Tos crónica	6% (3)	5% (6)	1.1 (0.28-4.9)	<1.000
Obesidad	22% (11)	16% (18)	1.5 (0.82-3.4)	<0.296
Multiparidad	84% (41)	82% (94)	1.1 (0.46-2.7)	<0.766
Antecedente de histerectomía abdominal	14% (7)	3% (3)	6.2 (1.5-25)	<0.012**
Cirugía previa para la corrección de prolapso genital sin histerectomía.	18% (9)	7% (8)	3 (1-8)	<0.028**
Comorbilidad	27% (24)	73% (65)	0.7 (0.37-1.4)	<0.375

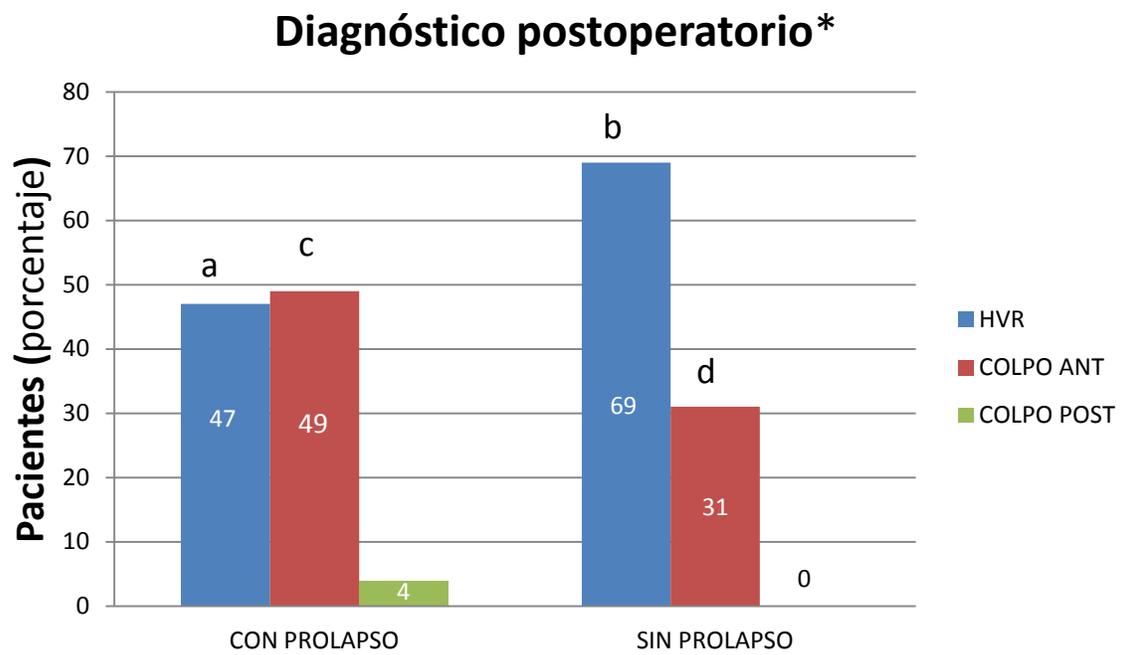
** χ^2

Gráfica 1



$p < 0.005$

Gráfica 2

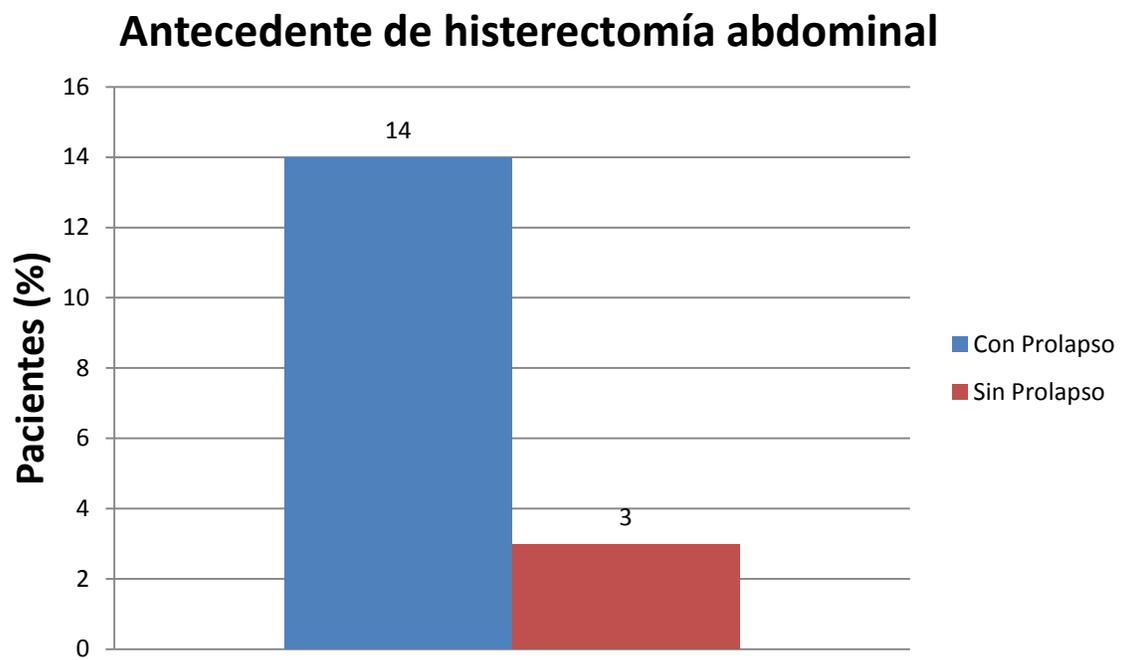


* $p < 0.007$

a-b; $p < 0.001$

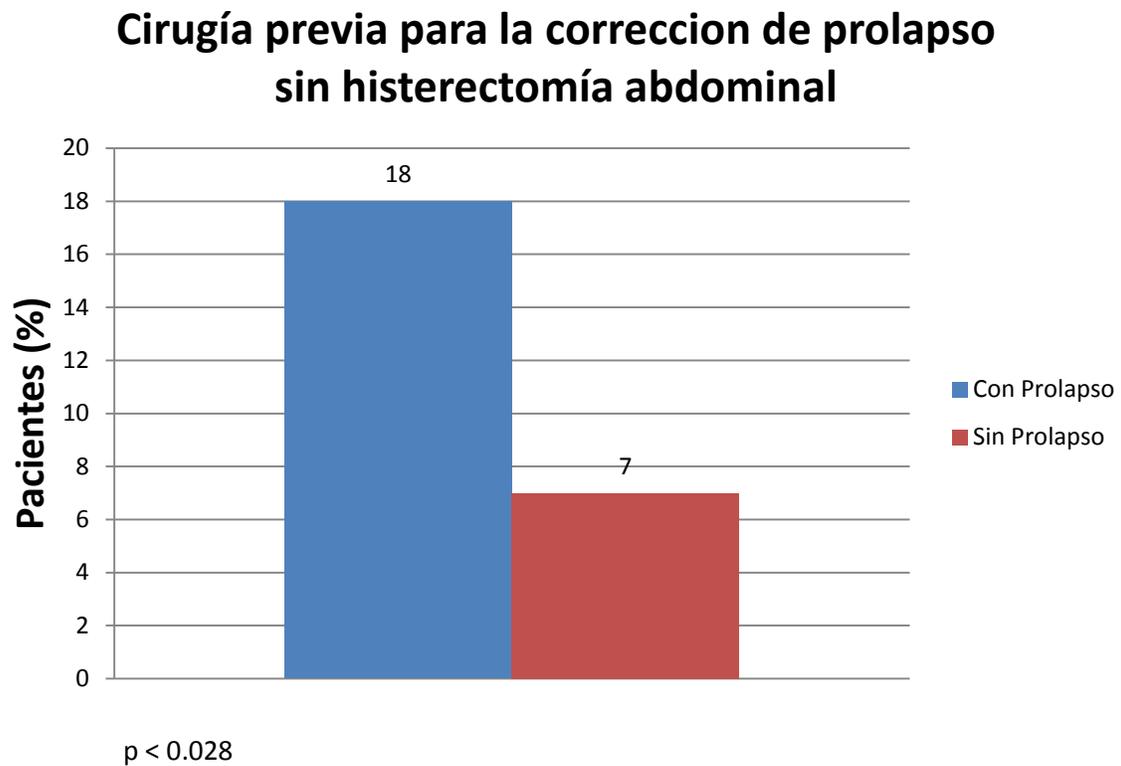
c-b; $p < 0.01$

Gráfica 3



$p < 0.012$

Gráfica 4



DISCUSION

En la actualidad son pocas las publicaciones que hablan sobre los factores de riesgo que impiden o promueven la recurrencia y la reoperación del prolapso genital, específicamente aquellos que se centran en las tasas de re intervención a largo plazo para la corrección del prolapso con tejidos nativos. En el estudio de cohorte KPNW (káiser permanente Northwest) realizado por Olsen y cols, se reportó que el 29% de las pacientes sometidas a cirugía tenían un procedimiento anterior para trastorno del suelo pélvico y la tasa de re intervención fue del 17% con un seguimiento de 10 años en una serie de 374 mujeres. Sin embargo, solo el 65% de los procedimientos iniciales fueron para prolapso y el 61% de las reoperaciones estaban en un sitio diferente, lo que hace que los resultados informados de la Cohorte KPNW estén sujetos a una mala interpretación. Fialkow y cols reportaron a 10 años de seguimiento quirúrgico en 142 pacientes una tasa del 25% de recurrencia, siendo solo 6 mujeres (4.2%) reintervenidas. En un estudio de seguimiento prospectivo de 5 años de 185 mujeres sometidas a cirugía para el prolapso genital en Suecia, la tasa de reintervención para el prolapso fue del 9.7%, mientras que Crafoord y cols encontraron en 542 pacientes, una tasa de reoperación del 5.3% en un seguimiento a 6 años. Estos datos son similares a nuestros resultados, en los que encontramos una tasa de recurrencia del 30%.

Con respecto a la edad, el presente estudio reportó que las mujeres jóvenes son más propensas a experimentar recurrencia del prolapso, resultados igualmente encontrados por Whiteside y cols. Ellos argumentan que estos hallazgos podrían estar a favor de estudios que sugieren que la actividad sexual se relaciona con mayor porcentaje de recurrencia posterior a la cirugía para la corrección de prolapso, siendo esta característica más frecuente con respecto a edades más avanzadas. Salvatore y cols. Identificaron que un prolapso mayor o igual al estadio III es el único factor de riesgo significativo para el prolapso recurrente después de la cirugía reconstructiva (11) y esta es la primera limitación de nuestro estudio ya que después de 10 años de la cirugía no contamos con expedientes que nos confirmen en que estadio se encontraban antes de la cirugía para el prolapso.

En nuestro estudio al igual que en el estudio de Dallenbanch y cols se encontró que el número de partos, la edad y el índice de masa corporal no aumentan el riesgo de reoperación; sin embargo se identificó que el antecedente de cirugía para la corrección del prolapso aumenta el riesgo de reintervención, lo que sugiere la presencia de una debilidad preexistente de los tejidos del piso pélvico.

Un hallazgo importante de este estudio fue que el número de segmentos con prolapso y la ausencia de la reparación completa inicial aumenta el riesgo de reintervención y sugiere que podría ser útil reparar cualquier prolapso en la primera cirugía, incluso siendo asintomático (12).

Existen estudios que concluyen que el antecedente de histerectomía total abdominal e histerectomía vaginal son los principales factores de riesgo para la recurrencia del prolapso. (13). Estos resultados son similares a los nuestros, ya que encontramos que el antecedente de histerectomía abdominal es un factor de riesgo asociado al prolapso genital recurrente ($p < 0.012$). Nuestro estudio demuestra que la histerectomía vaginal reconstructiva es un procedimiento que no contribuye al prolapso genital recurrente, toda vez que se realizaron un mayor número de procedimientos en quienes no presentaron prolapso que en quienes sí lo hicieron. (Grafica 2).

En la literatura existen estudios que utilizan cuestionarios para definir la presencia o ausencia del prolapso genital. Los síntomas del prolapso no siempre corresponden plenamente a la existencia anatómica de prolapso. En nuestro estudio las pacientes contestaron un cuestionario por vía telefónica incluyendo la siguiente pregunta. “¿Tiene usted una protuberancia o algo que cae que se puede ver o sentir en el área vaginal? Dicha pregunta de acuerdo con Barber y cols reporto mejor capacidad discriminativa (14).

Varios autores han encontrado que el compartimento anterior es el área que reporta más recurrencia (15). Estos hallazgos se confirman en nuestro estudio donde se reporta una mayor asociación en las pacientes que presentaron prolapso genital después de una colpografía anterior ($p < 0.007$), que en quienes no se sometieron a la cirugía, lo que permite suponer que este procedimiento contribuye mas con el prolapso genital recidivante. Lo que podría sugerir que la pérdida del eje vaginal crea cambios de presión siendo el compartimento anterior el que recibe mayor exposición de la presión abdominal, y lesiones durante el parto. (Grafica 2). (16).

Miedel y cols al entrevistar a 514 mujeres después de la cirugía con tejidos nativos en un seguimiento a 10 años, encontraron que el 96.1% de las encuestadas estaban sin síntomas. Esto apoya el hecho de que la reparación adecuada con tejido nativo da resultados que son duraderos en el tiempo (17). En nuestro estudio se reporto en el 70% de las encuestadas, ausencia de síntomas de prolapso, sin embargo una limitante de estos hallazgos puede ser el hecho de no contar con los registros quirúrgicos que nos confirmen si durante la cirugía se realizo corrección del defecto apical, lo que aumentaría el éxito a largo plazo. En base a nuestros resultados postulamos que se pueden obtener excelentes resultados tanto subjetivos como objetivos a largo plazo después de la reparación de prolapso genital con tejido nativo siempre y cuando sea realizado por personal especializado en los trastornos del suelo pélvico.

CONCLUSIONES

El éxito de una reparación a largo plazo para el prolapso de órganos pélvicos sigue siendo uno de los aspectos más desafiantes. A pesar de la mejoría de las técnicas quirúrgicas, la recurrencia sigue siendo común, especialmente en el compartimento anterior. Los principales factores asociados a la recurrencia de prolapso de órganos pélvicos después de someterse a una cirugía tradicional con un seguimiento a 10 años son: el antecedente de histerectomía abdominal y el de cirugía previa para la corrección del prolapso (sin el precedente de histerectomía abdominal). Nosotros concluimos que la reparación de prolapso genital utilizando cirugía tradicional proporciona a las pacientes una opción de tratamiento de bajo costo y que ha documentado excelentes resultados a largo plazo y bajo riesgo de complicaciones. Sin embargo, debido a las limitantes de este estudio, es indispensable realizar futuras investigaciones a largo plazo que incluyan una cuantificación del grado del prolapso, la presencia o no de reparación apical concomitante y cuestionarios de calidad de vida para apoyar dichas afirmaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Lee U, RazCurr Sh. Emerging Concepts for Pelvic Organ Prolapse Surgery: What is Cure?. *Urol Rep* (2011) 12:62-67.
2. Vakili B, Huynh T, Loesch H, Franco N, Chesson RR. Outcomes of vaginal reconstructive surgery with and without graft material. *Am J of Obstet and Gynecol* (2005) 193, 2126–32
3. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:69 e1-8.
4. Chen CH, Hsiao SM, Chang TC, Wu WY, Lin H. Transvaginal Cystocele Repair Using Pursestring Technique reinforced with custom tailored two armed Mesh. *Urology* 78: 1275–1280, 2011.
5. Kapoor DS, Nemcova M, Pantazi K, Brockman P, Bombieri L, Freeman RM. Reoperation rate for traditional anterior vaginal repair: analysis of 207 cases with a median 4 year follow-up. *Int Urogynecol J* (2010) 21:27-31.
6. Barber MD, Maher Ch. Apical prolapsed. *Int Urogynecol J* (2013) 24:1815-1833..
7. Word RA, Pathi S, Schaffer JL. Pathophysiology of pelvic organ prolapsed. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36(2009) 521-539.
8. Peterson TV, Karp DR, Aguilar VC, Davila W. Primary versus recurrent prolapsed surgery: differences in outcomes. *Int Urogynecol J* (2010) 21:483-488.
9. Salvatore S, Siesto G, Serat M. Risk factors for recurrence of genital prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 22:420-424 2010.
10. Diez- Itza I, Aizpitarte I, Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapsed after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int Urogynecol J* (2007) 18:1317-1324.
11. Gotthart PT, Aigmueller T, lang PJ, Ralph G, Bjelic-Radisic V, Tamussino K. Reparation for pelvic organ prolapsed within 10 years of primary surgery for prolapsed. *Int Urogynecol J* (2012) 23: 1221-1224.
12. Dallenbach P, Nancoz CJ, Eperon I, Dubuisson JB, Boulvain M. Incidence and risk factors for reoperation of surgically treated pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J* (2012) 23:35-41
13. Forsgren C, Lundholm C, Johansson ALV, Cnattingius S, Zetterstrom J, Altman D. Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapsed and stress urinary incontinence surgery. *Int Urogynecol J* (2012) 23:43-48.
14. Lince S, Van Kempen LCV, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on hereditary factors in pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J* (2012) 23:1327-1336.
15. Fialkow MF, Newton KM, Weiss NS. Incidence of recurrent pelvic organ prolapsed 10 years following primary surgical management:a retrospective cohort study. *Int Urogynecol J* (2008) 19:1483-1487.

16. Peterson TV, Karp DR, Aguilar VC, Davila GW. Primary versus recurrent prolapsed surgery: differences in outcomes. *Int Urogynecol J* (2010) 21:438-488
17. Oversand SH, Staff AC, Spydslaug AE, Svenningsen R, Borstad E. Long-term follow-up after native tissue repair for pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J* 2013

ANEXO 1

RECOLECCION DE VARIABLES:

NOMBRE: _____

NUMERO DE AFILIACION: _____

FECHA DE LA CIRUGIA: _____

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: _____

EDAD: _____

RIESGOS:

VARIABLES	PRESENTE	AUSENTE
PROLAPSO GENITAL		
TOS CRONICA		
OBESIDAD		
MULTIPARIDAD		
ANTECEDENTES DE HISTERECTOMIA		
ANTECEDENTE DE CIRUGIA PREVIA PARA LA CORRECCION DE PROLAPSO GENITAL ANTES DE LA HISTERECTOMIA		
COMORBILIDAD		

