



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**

**Isidro Espinosa de los Reyes**

**“CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS CON TEJIDO NATIVO: RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES”**

## TESIS

Que para obtener el título de:

**ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

Presenta:

**DRA. ALEJANDRA AMEZCUA PAREDES**

**DRA. ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO**

Profesor Titular de la Especialización en Urología Ginecológica

**DRA ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO**

Director de Tesis

**DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ**

Asesor Metodológico



CIUDAD DE MÉXICO

2019



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.

## AUTORIZACIÓN DE TESIS

**Título de Tesis: "CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS CON TEJIDO NATIVO: RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES"**



---

DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ  
Directora de Educación en Ciencias de la Salud  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



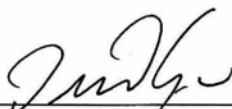
---

DRA ESHTER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO  
Profesora titular del curso en Especialización en Urología Ginecológica  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



---

DRA ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO  
Directora de Tesis  
Coordinación de Urología Ginecológica.  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



---

DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ  
Asesora metodológico  
Directora de Educación en Ciencias de la Salud  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

## ÍNDICE

	PAGINA
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	8
MATERIAL Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21

## “CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS CON TEJIDO NATIVO: RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES”

### RESUMEN

**Introducción:** el objetivo es: evaluar la recurrencia y los cambios en la sintomatología asociada a prolapso de órganos pélvicos (POP) al año de cirugía correctiva con tejido nativo (TN)

**Material y métodos** Estudio de cohorte simple retrospectiva, se evaluaron mujeres con POP sintomático, sometidas a cirugía para reparación con TN.

Se registró la cuantificación de POP-Q, y la sintomatología asociada pre y post quirúrgica. Se consideró recurrencia objetiva al POP-Q  $\geq$  estadio IIB y subjetiva la sensación de cuerpo extraño en vagina. Se utilizaron medias y frecuencias. Se compararon los estadios de POP-Q y los síntomas pre y post quirúrgicos, utilizando la prueba Wilcoxon y Mc Nemar, utilizando SPSSv22.

**Resultados:** Incluimos 121 mujeres. La recurrencia subjetiva fue 11.6%, y objetiva del 15.7%. Se observó disminución significativa en los síntomas: incontinencia urinaria de esfuerzo (81.8 vs 13.2,  $p=0.001$ ), incontinencia urinaria de urgencia (48.3% vs 9.9%,  $p=0.001$ ), urgencia urinaria (47.1% vs 18.2%,  $p=0.001$ ), uso de maniobras facilitadoras para la micción (19% vs 5%,  $p=0.001$ ), incontinencia urinaria asociada al coito (13.2% vs 2.5%  $p=0.007$ ), resequeidad vaginal (38.8% vs 27.3%,  $p=0.045$ ), incontinencia anal a flatos (20.7% vs 10.7%,  $p=0.023$ ), e incontinencia anal a heces (12.4% vs 0.8%,  $p=0.002$ ). Se observó

aumento en la frecuencia de doble micción (7.4 vs 18.2%  $p= 0.21$ ) al año de seguimiento.

**Conclusión:** en pacientes sometidas a reparo de POP con TN, la recurrencia fue similar a la reportada en la literatura mundial. Se observó mejoría en los síntomas asociados a prolapso un año posterior a la cirugía.

## ABSTRACT

**Introduction:** the objective was to evaluate the recurrence rate, and the changes in the symptoms associated to pelvic organ prolapse (POP) one year following corrective surgery with native tissue (NT).

**Material and methods:** The study design was a simple, retrospective cohort study, women with symptomatic POP who underwent surgical repair with NT were evaluated.

The POP-Q quantification and the POP symptoms were registered before and one year after surgery. Objective recurrence was defined as POPQ  $\geq$  stage IIB, and subjective recurrence as presence of vaginal bulging. We used medias and frequencies. We compared the POP-Q stages and the POP symptoms before and one year after surgery, using Wilcoxon and Mc Nemar tests, with program SPSSv22.

**Results:** 121 women were studied. Subjective recurrence rate was 11.6%, objective recurrence rate was 15.7%. We found a statistical significant reduction on the symptoms: stress urinary incontinence (81.8 vs 13.2,  $p=0.001$ ), urgency urinary incontinence (48.3% vs 9.9%,  $p=0.001$ ), urgency (47.1% vs 18.2%,  $p=0.001$ ), straining to void (19% vs 5%,  $p=0.001$ ), coital urinary incontinence (13.2% vs 2.5%  $p=0.007$ ), vaginal dryness (38.8% vs 27.3%,  $p=0.045$ ), flatus incontinence (20.7% vs 10.7%,  $p=0.023$ ), fecal incontinence (12.4% vs 0.8%,  $p=0.002$ ). Also, a raise on the frequency of need to immediately re-void was found. (7.4 vs 18.2%  $p= 0.21$ ) at one-year follow.

**Conclusion:** the recurrence rate founded in patients going to surgical repair for POP with NT was the same than reported in worldwide literature. Improvement in symptoms associated with prolapse was observed one year after surgery.



## INTRODUCCIÓN

El Prolapso de órganos pélvicos (POP) implica un impacto negativo en el bienestar social, psicológico y físico de las mujeres.<sup>1</sup>La prevalencia mundial de POP en mujeres mayores de 50 años se ha reportado de 30-50%, con riesgo a lo largo de la vida de 20% de someterse a cirugía para corrección de POP.<sup>2</sup> La sensación de cuerpo extraño en vagina es el síntoma más significativo de POP<sup>3</sup> Pueden presentarse también alteraciones en la micción, defecación o síntomas sexuales.<sup>1</sup>

El objetivo primario de la cirugía reconstructiva de piso pélvico es mantener y/o restaurar la anatomía y función normales, preservar o mantener la función sexual y corregir la incontinencia urinaria o fecal.<sup>4</sup> Las alternativas quirúrgicas se definen por el abordaje (vaginal vs abdominal/laparoscópica), el tipo de material utilizado: tejido nativo (TN) vs reparo con malla, y si el útero es preservado o no.<sup>5</sup> En el 2011, la FDA advirtió sobre las posibles complicaciones relacionadas al uso de malla para el tratamiento quirúrgico del POP , y su uso mejoró los resultados anatómicos únicamente en el compartimento anterior. Esto ha generado la necesidad de realizar nuevamente cirugía con tejido nativo<sup>2</sup>.

En un estudio, controlado aleatorizado, con seguimiento a 7 años, se reportó una tasa de recurrencia de prolapso similar en ambos grupos al comparar la cirugía con TN vs la colocación de malla transvaginal. Observaron una exposición vaginal de malla del 42%, en el grupo de colocación transvaginal de malla, la tasa de dispareunia y dolor pélvico se reporto sin diferencias significativas

en ambos grupos, por lo que proponen reconsiderar el uso de reconstrucción con TN, incluso en mujeres con POP recurrente.<sup>6</sup>

El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de recurrencia subjetiva y objetiva, así como la mejoría en síntomas urinarios, sexuales y fecales, de mujeres sometidas a cirugía primaria para corrección de POP con tejido nativo en un hospital de tercer nivel de atención.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte simple retrospectiva, en el cual se evaluaron mujeres con POP sintomático, quienes se sometieron a cirugía para reparación de POP con TN, en el Instituto Nacional de Perinatología en el Periodo de junio 2013 a marzo 2017.

Se incluyeron mujeres mayores de 30 años, con diagnóstico de POP sintomático, estadios II a IV, con o sin incontinencia urinaria, quienes recibieron tratamiento quirúrgico para corrección de POP con tejido nativo con seguimiento durante un año. Se excluyeron pacientes con antecedente de cirugía para corrección de POP, también las mujeres en las que se reparó el POP con colocación de malla vaginal o abdominal, se eliminaron las mujeres que no cumplieron su seguimiento.

Se registró la cuantificación de POP con el sistema POP Q, de acuerdo a la terminología propuesta por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y la Asociación Internacional de Urología Ginecológica (IUGA), se consideró: estadio I: la porción más distal del prolapso es mayor a 1 cm sobre el nivel del himen; estadio II: la porción más distal del prolapso se sitúa entre 1 cm sobre el himen y 1 cm debajo del himen, este estadio se subclasifica de la siguiente manera: IIA: prolapso hasta el himen (-1 a 0), y IIB: prolapso más allá del himen (>0 a +1); estadio III la porción más distal del prolapso se encuentra a más de 1 cm del plano del himen, pero se evierte al menos 2 cm menos que la longitud vaginal total; estadio IV: eversión completa, o eversión con hasta 2 cm de diferencia de la longitud vaginal total, demostrada.<sup>7</sup> También se registró la sintomatología

asociada a prolapso (síntomas de prolapso, urinarios, fecales y sexuales) de acuerdo con la estandarización de la ICS previo al procedimiento quirúrgico, una semana, un mes, tres meses, seis meses y un año después de la cirugía. La evaluación clínica de las mujeres se realizó de forma sistemática por parte de residentes de urología ginecológica, bajo supervisión de médico especialista en urología ginecológica. La información que se obtuvo de los registros de los expedientes físicos y electrónicos fue al año de cirugía.

Se consideró como recurrencia objetiva de prolapso a la cuantificación de POP Q  $\geq$  estadio IIB (de acuerdo a IUGA)<sup>8</sup> y como recurrencia subjetiva la sensación de cuerpo extraño en vagina referida por la paciente durante la evaluación realizada un año posterior a la cirugía.

Se realizó estadística descriptiva utilizando medias  $\pm$  desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas. Se compararon los estadios de POP Q y los síntomas pre y post quirúrgicos, utilizando la prueba Wilcoxon para variables ordinales, y prueba de Mc Nemar para las variables dicotómicas, con el programa SPSSv22.

## RESULTADOS

Se incluyeron 121 mujeres que cumplieron con los criterios de selección.

Las características demográficas se muestran en tabla 1.

**Tabla1:** Características demográficas

Parámetro	n=121	Rango
Edad (media +DE )	53.75 ± 9.96	(32-83)
Gesta (media)	4.31 ± 2.18	(0-14)
Partos (media)	3.60 ± 1.96	(1-12)
Cesárea (media)	0.46 ± 0.75	(0-3)
IMC (media)	29.34 ± 16.22	18-39
Cirugías previas		
Histerectomía previa n(%)	20 (16.5)	
Cirugía anti incontinencia previa n(%)	4 (3.3)	
Comorbilidades		
Diabetes Mellitus n(%)	19 (15.7)	
HASC n(%)	25 (20.6)	
Antecedentes obstétricos		
Antecedente de macrosómico n(%)	22(18.2)	
Antecedente de parto instrumentado	5(4.1)	
n(%)		
Antecedente desgarro perineal n(%)	15(12.5)	

IMC, índice de masa corporal

Los procedimientos quirúrgicos realizados se muestran en la tabla II. En la mayoría de las mujeres se realizó reparación de múltiples compartimentos de manera concomitante. Únicamente se incluyó una paciente con cirugía obliterativa con colpocleisis, y en 2 pacientes se realizó fijación a ligamento sacroespinal. En el 74.6% de las mujeres se realizó cirugía anti incontinencia concomitante, y de éstas, el 76.9% se realizó mediante colocación de cinta mediouretral transobturadora y el 23.1% mediante cinta mediouretral retropúbica.

**Tabla 2:** Procedimientos realizados

Procedimiento	n (%)	
Histerectomía vaginal	63	52.1
Colpoplastía anterior	86	71.1
Colpoplastía posterior	59	48.8
Colpocleisis	1	0.8
Fijación a ligamento sacroespinoso	2	1.6
Cirugía anti incontinencia concomitante	91	74.6
Colocación de cinta TOT	70	76.9
Colocación de cinta TVT	21	23.1

En la tabla III se muestran las frecuencias de los síntomas asociados a POP, así como las frecuencias de los estadios del POP, de acuerdo con la clasificación del POP Q y las frecuencias de los compartimentos afectados antes y un año después de la cirugía. Se encontró una recurrencia subjetiva del 11.6%, y objetiva del 15.7%.

Se observó en la sintomatología urinaria asociada a prolapso, una disminución en la evaluación postquirúrgica, estadísticamente significativa en la frecuencia de los síntomas de: incontinencia urinaria de esfuerzo (81.8 vs 13.2,  $p=0.001$ ), en la incontinencia urinaria de urgencia (48.3% vs 9.9%,  $p=0.001$ ), en la urgencia urinaria (47.1% vs 18.2%,  $p=0.001$ ), y en el uso de maniobras facilitadoras para la micción (19% vs 5%,  $p=0.001$ ), Se observó un aumento en la frecuencia del síntoma doble micción (7.4 vs 18.2%  $p= 0.21$ ) al año de seguimiento.

En los síntomas sexuales asociados a POP, se presentó mejoría un año posterior a la cirugía en: incontinencia urinaria asociada al coito (13.2% vs 2.5%  $p=0.007$ ) y resequedad vaginal (38.8% vs 27.3%,  $p=0.045$ ); en los síntomas fecales asociados a POP, se observó mejoría en incontinencia anal a flatos

(20.7% vs 10.7%,  $p=0.023$ ), e incontinencia anal a heces (12.4% vs 0.8%,  $p=0.002$ ).

Al año de seguimiento postquirúrgico, el 19% de las mujeres presentó POP Q estadio I, el 65.3% estadio IIa, el 8.3% estadio IIb, y el 7.4% estadio III. El compartimento afectado con mayor frecuencia fue el anterior, tanto en la evaluación prequirúrgica como en la postquirúrgica.

**Tabla 3:** comparación de síntomas, grado de prolapso y compartimento afectado prequirúrgico y postquirúrgico. Frecuencias y porcentajes.

Síntoma	Prequirúrgico N =121 ( %)	Postquirúrgico N= 121 (%)	p
<b>Síntomas de prolapso</b>			
Sensación de cuerpo extraño en vagina	86(71.1)	14(11.6)	0.001*
Digitación	2(1.7)	0(0)	0.5*
Lumbalgia	3(2.5)	0(0)	0.25*
Sangrado TV	3(2.5)	0(0)	0.25*
Infección/descarga vaginal	1(0.8)	1 (0.8)	1*
<b>Síntomas de almacenamiento vesical</b>			
IUE	99(81.8)	16(13.2)	0.001*
IUU	53(48.3)	12(9.9)	0.001*
Urgencia	57(47.1)	22(18.2)	0.001*
<b>Síntomas de vaciamiento vesical</b>			
Sensación vaciamiento incompleto	28 (23.1)	18(14.9)	0.112*
Retardo miccional	6(5)	1(0.8)	0.125*
Intermitencia	12(9.9)	6(5)	0.21*
Doble micción	9(7.4)	22(18.2)	0.021*
Maniobras facilitadoras de micción	23(19)	6(5)	0.001*
Hematuria	2(1.7)	0	0.5*
<b>Síntomas sexuales</b>			
Vida sexual activa	67(55.4)	67(55.4)	1.0*
Resequedad Vaginal	47(38.8)	33(27.3)	0.045*
Dispareunia	29(24)	19(15.7)	0.21*
Incontinencia urinaria asociada al coito	16(13.2)	2(2.5)	0.007*
<b>Síntomas fecales</b>			
Incontinencia anal a flatos	25(20.7)	13(10.7)	0.023*
Incontinencia anal a heces	15(12.4)	1(0.8)	0.002*
Incontinencia fecal pasiva	7(5.8)	7(5.8)	0.07*
Estreñimiento	11(9.1)	15(12.4)	0.45*
Uso de laxantes	4(3.3)	10(8.3)	0.11*
<b>Estadio POP Q</b>			
Estadio I	0	23(19)	
Estadio IIa	39(32.2)	79(65.3)	
Estadio IIb	35(28.9)	10(8.3)	
Estadio III	42(34.7)	9(7.4)	
Estadio IV	5(4.1)	0	
			0.001***
<b>Compartimento afectado</b>			
Anterior	73(60.3)	78(64.5)	
Apical	13(10.7)	0	
Posterior	7(5.8)	17(14)	
Anterior y posterior	17(14)	16(13.2)	
			0.31***

\*Prueba de McNemar  
\*\*\*Prueba de Wilcoxon



## DISCUSIÓN

Nuestro estudio encontró recurrencia objetiva y subjetiva del 15.7% y 11.6% respectivamente a un año de seguimiento, por lo que se deduce un éxito anatómico del 84.3% y subjetivo del 88.4%. Las tasas de éxito anatómico en la cirugía de POP varían dependiendo de la definición utilizada, siendo del 82-94% cuando se considera prolapso recurrente más allá del himen. La cura subjetiva después de cirugía de reparo de POP con tejido nativo es alta (82-96%) y las tasas de reintervención por prolapso recurrente menores del 10%, la mayoría de los estudios la reporta  $\leq 5\%$ . Los resultados de nuestro estudio concuerdan con las tasas de éxitos reportadas en la literatura y no se observó ningún caso de reintervención a los 12 meses de seguimiento<sup>9</sup>

En un estudio de seguimiento de 3 años, Fukuda y cols., reportaron una adecuada restauración del soporte anatómico con cirugía con tejido nativo y buena calidad de vida posterior a la cirugía, la tasa de recurrencia anatómica fue de 21% y la recurrencia subjetiva 6%.<sup>10</sup> Schiavi y cols, realizaron otro estudio de seguimiento a 48 meses en pacientes con POP severo (Estadio  $\geq$  III), reportan eficacia y seguridad de la cirugía con TN para reparación de POP, con tasa de cura anatómica del 91.1%, con baja tasa de complicaciones.<sup>2</sup> En otro estudio de seguimiento a 25 meses, de reparación de POP con TN, se encontraron únicamente recurrencias anatómicas igual o menores a estadio II de POP Q, tasa de reintervención del 8% complicaciones infrecuentes y temporales<sup>11</sup> Costa y cols, en un estudio de seguimiento de 9 años, reportaron una tasa de recurrencia subjetiva del 16% y objetiva del 33%, posterior a cirugía para reparación de POP con TN, en un seguimiento de 9.18 años. Aproximadamente un tercio de estas recurrencias ocurrió en un compartimento diferente<sup>12</sup> La tasa de recurrencia reportada en este estudio oscila en los rangos descritos previamente en la literatura. Observamos que ninguna paciente presentó recurrencia en el compartimento apical, y aumentó la

frecuencia de prolapso en la pared posterior, lo que podría interpretarse como una recurrencia en un compartimento diferente al reparado.

Observamos en nuestro estudio una reducción significativa en la incontinencia urinaria de esfuerzo, esto puede explicarse por la realización de cirugía anti incontinencia concomitante en el 74.6% de los casos, utilizando el cálculo de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo de novo ( $R\text{-cálc} > 40\%$ ) para determinar la indicación de su colocación.<sup>13</sup>

En nuestro estudio, observamos mejoría con remisión de la incontinencia urinaria de urgencia en el 79.6% de las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia previo a la cirugía. Los síntomas de vejiga hiperactiva pueden asociarse con POP, coexistiendo hasta en el 88% de las pacientes con POP.<sup>14</sup> La cirugía puede curar o mejorar la vejiga hiperactiva, sin embargo, también puede resultar vejiga hiperactiva de novo en el 12% de las pacientes. Se ha reportado mejoría de este síntoma hasta en el 46%, persistencia en el 5%<sup>15</sup>. En otro estudio, Miranne y cols, reportaron que el 85% de las mujeres con coexistencia de vejiga hiperactiva y POP mejoraron su sintomatología tras la cirugía correctiva de POP de compartimento anterior y/o apical,<sup>14</sup> consistente con nuestros hallazgos.

De acuerdo a la IUGA, la disfunción sexual femenina, se describe como dispareunia o disminución en deseo sexual, excitación y orgasmo, afecta hasta el 43% de las mujeres y se puede deteriorar posterior a la cirugía para corrección de POP, sin embargo, la función sexual puede también mejorar posterior a la cirugía.<sup>16</sup> Oversand y cols, en un estudio de seguimiento a 5 años de cirugía para reparación de POP con TN, reporta tasa de dispareunia de 8.9%<sup>17</sup> En un metaanálisis, Gray y cols, reportan una mejoría significativa en la reducción de

dispareunia posterior a cirugía para corrección de POP con TN. La mejoría, o permanecer sin cambios, se reportó 4.8 veces mayor que el riesgo de deterioro<sup>18</sup> En este estudio, la dispareunia no presentó cambios estadísticamente significativos, la cantidad de pacientes que referían vida sexual activa permaneció sin cambios, y se observó una disminución en la incontinencia urinaria asociada al coito y en la resequedad vaginal, lo cual contribuye a una mejoría en la función sexual de las mujeres intervenidas. La función sexual femenina es compleja y multifactorial, se requieren más estudios para establecer el impacto exacto de la función de la cirugía para corrección de POP<sup>18</sup>

En este estudio, observamos una mejoría significativa en la incontinencia anal a faltos y heces. Los síntomas intestinales, particularmente la disfunción defecatoria, son comunes en mujeres con POP. Jelovsek y cols, reportó un 36% de mujeres con POP con criterios diagnósticos para constipación<sup>19</sup>, Arya y cols, encontró un aumento de 4 veces en constipación entre mujeres con prolapso comparada con controles normales.<sup>20</sup> La cirugía pélvica reconstructiva que incluye el reparo de la pared posterior ha demostrado mejorar la función intestinal<sup>21</sup>

Edenfield y cols, evaluaron los síntomas intestinales y calidad de vida asociada a corto plazo en pacientes sometidas a reparo de POP con TN, reportan mejoría significativa en presencia de síntomas intestinales y cuestionarios de calidad de vida, en particular en pacientes en quienes se realizó reparación del compartimento posterior<sup>21</sup>. El cambio en la función intestinal con la intervención quirúrgica en pacientes con POP no ha sido aún definida con exactitud<sup>22</sup>.

Llama la atención el aumento significativo en la frecuencia del síntoma doble micción posterior a la corrección de POP. En una revisión de Cochrane, se registró trastorno de vaciamiento en el 12% de mujeres con cirugía para corrección de prolapso<sup>23</sup>, y en nuestra población, observamos incremento en este síntoma con una diferencia estadísticamente significativa. Este aumento pudiera relacionarse a la cirugía antiincontinencia concomitante realizada en el 74.6% de las mujeres estudiadas.

Como limitaciones del estudio, consideramos el diseño retrospectivo, y la ausencia de un grupo control para comparación de los resultados, no fue un estudio cegado y el tiempo de seguimiento fue relativamente corto (12 meses); como fortalezas del estudio el tamaño de la muestra y el haber realizado el interrogatorio y la exploración física de forma sistematizada, con apego a la terminología de la ICS y a las definiciones de la IUGA , así como la cuantificación del POP a través del sistema POP Q, lo que favorecerá su estandarización y comparación con otros estudios. Se requiere realizar estudios clínicos aleatorizados para comparar los resultados y complicaciones de cirugía correctiva de POP con TN vs cirugía con malla, a corto y largo plazo.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la cirugía primaria para reparo de prolapso con TN, con o sin cirugía antiincontinencia concomitante, considerando el R-calc, puede indicarse como tratamiento para el POP, con una alta tasa de éxito anatómico y subjetivo a corto plazo, así como mejoría en la sintomatología urinaria, sexual y fecal.

## **CONCLUSIONES**

En pacientes sometidas a reparo de POP con TN, en un hospital de tercer nivel de atención, la recurrencia objetiva y subjetiva encontrada fue similar a la reportada en la literatura mundial.

Se observó mejoría en los síntomas asociados a prolapso al año posterior a la cirugía.

La cirugía primaria para reparación de POP con TN puede considerarse como una adecuada opción terapéutica.

## Bibliografía

1. Vergeldt TFM, Notten KJB, Kluivers KB, Weemhoff M. Recurrence risk is associated with preoperatively advanced prolapse stage: Is there a difference between women with stage 2 and those with stage 3 or 4 cystocele?. *Int Urogynecol J*, 2017 (28) 983-97
2. Schiavi MC, Perniola G, Di Donato V, Visentin VS, Vena F, Di Pinto A et al. Severe pelvic organ prolapse treated by vaginal native tissue repair: long-term analysis of outcomes in 146 patients. *Arch Gynecol Obstet*, 2017 (295) 917-2
3. Greelen JM, Dwyer PL. Where to for pelvic organ prolapse treatment after the DFA pronouncements?. *Int Urogynecol J*: 2013 (012) 2025-3
4. Prodigalidad LT, Peled Y, Stanton SL, Kirssi H. Long-term results of prolapse recurrence and functional outcome after vaginal hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2013: 120(1) 57-60
5. Farthmann K, Watermann D, Erbes T, Roth K, Nanovska P, Gitsch G et al. Functional outcome after pelvic floor reconstructive surgery with or without concomitant hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*, 2015(291) 573-77
6. Milani AL, Damoiseaux A, Int'Hout J, Kluivers KB, Withagen MIJ. Long-term outcome of vaginal mesh or native tissue in recurrent prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*, 2018 (29) 847-58
7. Haylen B, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A. Et al. Erratum to: An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*, 2016 (27)655-84
8. Ismail S, Duckett J, Rizk D, Sorinola O, Kammerer -Doak D, Contreras – Ortiz O et al. Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion. *Int Urogynecol J*. 2016 (27) 1619-32
9. Siff LN, Barber MD. Native Tissue Prolapse Repairs Comparative Effectiveness Trials. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2016 (43) 69-81
10. Fukuda T, Sumi T, Yasui T, Koyama M, Ishiko O. Outcomes of traditional prolapse surgery for pelvic organ prolapse at a single center. *Int J Gynaecol Obstet* 2012 119(3): 277-80
11. Qatawneh A. Vaginal Hysterectomy and Sacrospinous Colpopexy for Vaginal Prolapse: Anatomical and Functional Outcomes. *J Med J*, 2013; 47(4) 331-39
12. Costa J, Tawobola B, McDowel C, Ashe R. Recurrent pelvic organ prolapse (POP) following traditional vaginal hysterectomy with or without colporrhaphy in an Irish population. *Ulster Med J*, 2014;83(1):16-21
13. Jelovsek JR, Chagin K, Brubaker L, Rogers RG, Shepherd JP, Nolen TL et al. A Model for Predicting the Risk of De Novo Stress Urinary Incontinence in Women Undergoing Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Obstet Gynecol*, 2014 (123) 279-87
14. Miranne JM, Lopes V, Carberry CL, Sung VW. The effect of pelvic organ prolapse severity on improvement in overactive bladder symptoms after pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J* 2013; 24(8): 1303-8

15. Baessler K, Maher C. *Pelvic organ prolapse surgery and bladder function. Int urogynecol J; 2013: (24) 1843-52*
16. Ulrich D, Dwyer P, Rosmilia A, Lim Y, Lee J. The efecto of Vaginal Pelvic Organ Prolapse Surgery on Sexual Function. *Neurourol Urodynam, 2014 (9999) 1-6*
17. Oversand SH, Staff AC, Spydslaug AE, Svenningsen R, Borstad E. *Long-term follow-up after native tissue repair for pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J, 2014 (25) 81-89*
18. Jha S, Gray T. *a systematic review and meta-analysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function. Int Urogynecol J, 2015(26) 321-27*
19. Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MF, et al. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence. *Am J Obstet Gynecol 2005;193:2105Y2111.*
20. Arya LA, Novi JM, Shaunik A, et al. Pelvic organ prolapse, constipation, and dietary fiber intake in women: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol 2005;192:1687Y1691.*
21. Edenfield AL, Levin PJ, Dieter AA, Wu JM, Siddiqui NY. Is postoperative Bowel function Related to Posterior compartment prolapse repair? *Female Pelvic Med Renconstr Surg, 2014 (20) 90-94*
22. Grimes CL, Lukacz. Posterior vaginal compartment prolapse and defecatory dysfunction: are they related? *Int Urogynecol J, 2012 (23) 537-51*
23. Baessler K, Maher C. *Pelvic organ prolapse surgery and bladder function. Int urogynecol J; 2013: (24) 1843-52*