

**Ainhoa Becerro Cortizas**  
**Iurdana Aizpitarte Gorrochategui**  
**Irene Díez-Itza**

## **Resultado de la cirugía del prolapso del suelo pélvico a largo plazo**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia.  
San Sebastián. España.

### **Correspondencia:**

Dra. A. Becerro Cortizas.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia.  
Begiristain Pasalenka, 107-115. 20014 Donostia. San Sebastián.  
España.  
Correo electrónico: abeccor@terra.es

Fecha de recepción: 6-6-2006

Aceptado para su publicación: 15-9-2006.

### *Long-term pelvic floor prolapse surgery outcomes*

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la cirugía del prolapso del suelo pélvico a largo plazo.

**Pacientes y métodos:** Se seleccionó a 252 pacientes intervenidas en el Hospital Donostia entre 2000 y 2001. Se realizaron 194 histerectomías vaginales, 219 colpoplastias anteriores, 218 colpoplastias posteriores, 41 TVT (*tension-free vaginal tape*) asociadas a la cirugía del prolapso, 15 colpopexias y 3 colpocleisis.

El seguimiento se realizó en noviembre y diciembre de 2005. Se incluyó una anamnesis dirigida a los factores de riesgo del prolapso, la sintomatología actual, la valoración subjetiva de los resultados y un cuestionario de síntomas y calidad de vida. Para el examen pélvico se utilizó el Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POPQ-S). Se definió como fallo en la cirugía al prolapso sintomático o al grado II o superior del POPQ-S.

**Resultados:** La tasa de reintervención tras 5 años de la cirugía fue del 2,7%. El 28,18% de las mujeres exploradas presentó fallo quirúrgico en uno o varios compartimentos, distribuido en un 18,12% anterior, un 4% apical y un 11,4% posterior. El 85% de las pacientes entrevistadas no tenía

sensación de prolapso, el 17,1% refería clínica de incontinencia de urgencia y el 7,3%, clínica de esfuerzo; el 14,3% presentaba dispareunia. En la valoración subjetiva, el 86,2% referían curación, el 6,3% mejoría notable, el 2,9% mejoría discreta, el 1,96% igual, el 1,96% peor y el 0,5% no sabía.

**Conclusiones:** Nuestros resultados a largo plazo son buenos en comparación con los de otras series. Hay poca correlación entre fallo anatómico y sintomático. En la valoración del resultado quirúrgico hay que incluir la aparición de nuevos síntomas secundarios a la cirugía. Es necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes y a más largo plazo para poder definir correctamente los criterios de fallo quirúrgico.

### **PALABRAS CLAVE**

Prolapso genital. Recurrencia. Resultados quirúrgicos. Calidad de vida. Incontinencia urinaria.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the long-term outcomes of pelvic floor prolapse surgery.

**702 Patients and methods:** We recruited 252 patients who underwent surgery in Donostia Hospital between 2000 and 2001. There were 194 vaginal hysterectomies, 219 anterior colpoplasties, 218 posterior colpoplasties, 41 placements of tension-free vaginal tape associated with prolapse surgery, 15 colpopexies and three colpocleises. Follow-up was performed in November and December 2005. The patients were questioned about risk factors for pelvic organ prolapse, current symptoms, and subjective appraisal of surgical outcomes. A questionnaire on symptoms and quality of life was administered. The Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POPQ) was used for pelvic examination. We defined surgical failure as a symptomatic prolapse or POPQ-S grade II or higher.

**Results:** Five years after surgery, the reintervention rate was 2.7%. Surgical failure in one or more compartment was found in 28.18% of the examined women, distributed in 18.12% anterior, 4% apical and 11.4% posterior. Eighty-five percent of the interviewed patients had no sensation of prolapse. Urgency incontinence was reported by 17.1% and stress incontinence by 7.3%. Dyspareunia was found in 14.3%. In the subjective appraisal, 86.2% reported they were symptom-free, 6.3% felt marked improvement, 2.9% felt slight improvement, 1.96% experienced no change, 1.96% felt worse and 0.5% did not know.

**Conclusions:** Our long-term outcomes are good compared with those of other series. There is little correlation between symptomatic and anatomical failure. Secondary symptoms of the surgery should be included in the appraisal of surgical outcome. Further studies should be carried out with a higher number of patients and long-term prospective follow-up to correctly define the criteria for surgical failure.

#### KEY WORDS

Genital prolapse. Recurrence. Surgical outcomes. Quality of life. Urinary incontinence.

## INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una protrusión de los órganos pélvicos (POP) en la cavidad vaginal o hacia fuera de ésta. Más específicamente, es la pérdida del soporte de la pared anterior o posterior, o del ápex vaginal. Este fallo permite a los órganos de alrededor, como la vejiga, el recto, el intestino delgado, el colon sigmoide y el útero, abombar en la vagina y, en su forma más grave, la eversión completa a través del introito vaginal.

Los factores de riesgo que se han descrito son múltiples y muy variados, como la edad, la paridad y otros factores obstétricos, la obesidad, la raza y otros factores hereditarios, la menopausia y demás factores reproductivos, el tabaquismo, la disfunción intestinal, la cirugía ginecológica previa, etc. (tabla 1). La paridad es el factor de riesgo que más se asocia con el prolapso, de forma que, de las mujeres que han tenido algún parto, al menos la mitad tiene algún grado de prolapso del suelo pélvico<sup>1</sup>.

El POP es un problema frecuente que afecta a la calidad de vida de la mujer, aunque con una baja morbimortalidad. En la literatura científica, la prevalencia de POP en las distintas poblaciones oscila entre el 30 y el 93%<sup>2</sup>. La presencia de sintomatología, sin embargo, es muy inferior. Así pues, una gran parte de estas mujeres con POP recibe tratamiento sin hospitalización ni cirugía, y muchas nunca consultan por este motivo. Según Brown et al<sup>3</sup>, el 50% de los prolapsos es leve o clínicamente insignificante, y tan sólo el 2% es sintomático. Bump y Norton<sup>4</sup> señalan que el POP no suele ser sintomático hasta que el segmento descendido está, al menos, a la altura del introito, es decir, no se percibe hasta estadios avanzados del POP. Por tanto, hay una gran tolerancia de los síntomas<sup>5</sup>. La prevalencia de POP,

**Tabla 1 Factores de riesgo de prolapso**

Edad
Paridad y otros factores obstétricos
Obesidad
Raza y otros factores hereditarios
Menopausia y factores reproductivos
Tabaquismo
Disfunción intestinal
Cirugía ginecológica previa
Otros factores

basándonos exclusivamente en la sintomatología, sería menor del 7-23% según diversos estudios<sup>6,7</sup>.

El POP supone la indicación más frecuente de cirugía ginecológica de causa benigna y la causa más frecuente de histerectomía en mujeres mayores de 55 años<sup>2</sup>. El riesgo estimado durante la vida de una mujer de ser intervenida por prolapso genital y/o incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es del 11%<sup>1</sup>. La incidencia anual de cirugía por POP descrita varía de 1,5 a 4,9 casos por 1.000 mujeres/año<sup>6</sup>. Esta incidencia aumenta con la edad y es mayor en los años de la menopausia. En nuestra área sanitaria, la incidencia anual de cirugía por POP es ligeramente inferior, de 1,12 casos por 1.000 mujeres/año.

A pesar del impacto que tiene para cada mujer y del coste social que supone, el tratamiento quirúrgico para el POP es muy variable y está infraestudiado. De hecho, no hay consenso sobre las indicaciones de cirugía ni sobre la técnica quirúrgica óptima.

Por otra parte, la recurrencia del POP después de la cirugía supone un problema importante. Olsen<sup>1</sup> indica que el 30% de pacientes intervenidas de POP e incontinencia de orina en su cohorte es reintervenido. Otros autores describen tasas de reintervención tras la cirugía del prolapso; así, Clark et al<sup>8</sup> indican un 13% de reintervenciones tras 71 meses de seguimiento.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados de la cirugía del prolapso a largo plazo. Analizaremos los resultados anatómicos y la presencia de sintomatología del prolapso o secundaria a la intervención. Además, estudiaremos la correlación entre el fallo anatómico y el sintomático.

## PACIENTES Y MÉTODOS

### Pacientes

Se realizó un estudio retrospectivo de 252 pacientes intervenidas en el Hospital Donostia en 2000 y 2001.

Los datos de las pacientes fueron recogidos de sus historias clínicas.

Se obtuvieron datos generales como la edad, la paridad, los antecedentes de cirugía ginecológica, el estado menopáusico en el momento de la intervención, el índice de masa corporal (IMC), la exploración ginecológica preoperatoria, el tipo de interven-

ción realizada, el cirujano y las complicaciones postoperatorias. Asimismo, se recogió de sus historias clínicas cualquier tipo de cirugía del prolapso realizada con posterioridad a los años estudiados que afectara a uno o varios de los compartimentos intervenidos, y se las definió como reintervenciones por prolapso genital.

La edad media de las pacientes fue de 66,1 años. La paridad media fue de 3,1 hijos por paciente, con un 3% de mujeres nulíparas y un 28,5% multíparas, esto es, con 4 o más partos. En total, 29 pacientes tenían antecedentes de cirugía ginecológica, en 17 de las cuales era debida a POP. El 91% era menopáusica en el momento de la intervención, con una edad media de 48,3 años. El IMC medio fue de 26,72.

El grado de prolapso preoperatorio fue clasificado de I a IV según la clasificación de Baden<sup>9</sup>.

La exploración preoperatoria fue de 225 (89,28%) prolapso que afectaban a la pared anterior y que se distribuían en un 11,11% de grado I, un 25,77% de grado II, un 59,55% de grado III y un 3,55% de grado IV. En el segmento apical se registraron 230 (91,26%) prolapso, con un 11,3% de grado I, un 33,26% de grado II, un 33,48% de grado III y un 16,95% de grado IV. En el compartimento posterior hubo 225 (89,28%) prolapso que se distribuían en un 65,33% de grado I, un 25,33% de grado II, un 7,55% de grado III y un 1,77% de grado IV (tabla 2). En 41 pacientes con POP se realizó diagnóstico clínico y urodinámico de IUE.

### Procedimiento quirúrgico

Se realizaron 194 histerectomías vaginales con la misma técnica clásica descrita para el prolapso, asociando la suspensión de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros.

Se realizaron 219 colpoplastias anteriores y 218 colpoperineoplastias posteriores, incluida la aproximación de los músculos elevadores del ano como refuerzo. En las 41 pacientes diagnosticadas de POP e IUE se colocó una banda libre de tensión según la técnica de *tension-free vaginal tape* (TVT).

Se realizaron 3 colpocleisis, 8 colpopexias al ligamento sacroespinoso derecho según la técnica de Ritcher y 7 colposacropeixias abdominales con malla de goretex.

**Tabla 2 Exploración preoperatoria (clasificación Baden Walter)**

	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>Total</i>
Cistocele	11,11%	25,77%	59,55%	3,55%	89,28%
Prolapso uterino/cúpula	11,3%	38,26%	33,48%	16,95%	91,26%
Rectocele	65,33%	25,33%	7,55%	1,77%	89,28%

El 100% de las pacientes recibió profilaxis anti-trombótica y antibiótica según el protocolo del departamento.

Se distinguió, en función de la experiencia quirúrgica, a los cirujanos senior de los junior, considerando senior al que hubiera realizado al menos 20 intervenciones similares con anterioridad. En nuestra población, el 86,9% de las intervenciones fue realizada por cirujanos senior. En el 69% de las intervenciones, la anestesia fue de tipo raquídeo.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, no se registraron complicaciones mayores de tipo cardíaco ni tromboembólico. Se realizaron 2 laparotomías en el postoperatorio inmediato, una por sangrado y otra por una torsión de ovario durante el ingreso. A pesar de la profilaxis antibiótica adecuada, 17 pacientes tuvieron infección del tracto urinario y 8 pacientes, dificultad de vaciado que precisó sondeo durante más de 2 días. Dos pacientes presentaron hematoma en la pared anterior y una, en la cúpula vaginal. En un caso se objetivó infección de la colpoplastia posterior, que fue tratada adecuadamente con antibióticos.

### Seguimiento

El seguimiento se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre de 2005. Se citó a las pacientes para una visita de seguimiento transcurridos 4-5 años de la cirugía. Se localizó a 217 (86,1%) mujeres, mientras que no fue posible encontrar a 35 (13,9%) por cambio de domicilio o número de teléfono. De las 217 pacientes localizadas, 149 acudieron a la cita y 55 aceptaron una encuesta telefónica. Sólo 7 pacientes no quisieron participar en el estudio. Seis pacientes habían fallecido durante el período de seguimiento por diversas causas no relacionadas con esta cirugía. Las características de cada grupo de pacientes se muestran en la tabla 3.

Se entrevistó a 204 mujeres, 149 (73%) en la consulta y a 55 (27%) telefónicamente.

Se elaboró un cuestionario para este propósito (tabla 4) en el que se incluían los antecedentes familiares de prolapso en la hermana y/o madre de la paciente, el diagnóstico de enfermedades del colágeno, la presencia de hernias en la pared abdominal, el estreñimiento crónico definido como menos de 2 deposiciones a la semana, la historia de enfermedad broncopulmonar y tos crónica, el hábito tabáquico, la actividad recreativa-ocupacional que suponga esfuerzos físicos importantes, la hipertensión arterial y la diabetes.

Así mismo, se incluyeron características de su paridad que no constaban en sus historias clínicas, como el peso máximo del recién nacido, la edad materna en el primer y el último parto, el antecedente de parto distócico o parto instrumental o el nacimiento por cesárea.

Por otro lado, se realizó una anamnesis dirigida a la sintomatología actual de las pacientes en la que se incluía la «sensación de bulto» en la zona genital, el dolor y/o la pesadez en la vagina o en la pelvis, la presencia de incontinencia de orina con clínica de urgencia o de esfuerzo, la dificultad para la micción o la defecación, la presencia de incontinencia fecal y dolor o dificultad en las relaciones sexuales. Además, todas las pacientes cumplimentaron el cuestionario de síntomas y calidad de vida descrito por Digestu<sup>10</sup>.

Finalmente, se invitó a las pacientes a realizar una valoración subjetiva de los resultados de la cirugía clasificados en curación, notable mejoría, mejoría discreta, igual a su estado previo, peor o desconoce su estado.

Se exploró a las 149 pacientes que acudieron a consulta. Todas ellas fueron valoradas por el mismo ginecólogo mediante el sistema POP-Q<sup>11</sup>. La exploración se realizó en posición ginecológica y las mediciones del prolapso se efectuaron con la máxima

**Tabla 3** Encuesta recogida sobre antecedentes familiares y personales y la clínica actual de las pacientes

Antecedentes familiares y personales			
Antecedentes familiares de prolapso (madre/hermana)			
Antecedentes personales y patología médica			
Enfermedades del colágeno			
Hernias			
Estreñimiento crónico			
Tos crónica			
Fumadora			
Ejercicio físico intenso			
Otras: hipertensión arterial			
Diabetes			
Antecedentes obstétricos y ginecológicos			
Paridad			
Partos eutócicos	Partos distócicos	Cesáreas	
Peso máximo de recién nacido			
Edad en el primer parto	Edad en el último parto		
Menopausia	Edad	Tratamiento	
Clínica actual (recurrencia/clínica de novo)			
1Asintomática			
1Prolapso: sensación de bulto en su zona genital			
1Dolor y/o pesadez en vagina y/o pelvis			
1Incontinencia urinaria	1urgencia	1esfuerzo	
1Dificultad miccional: sale con poca fuerza, necesita apretar, o no vacía bien			
1Dolor en la defecación			
1Dificultad para defecar: precisa ayuda manual. Sensación de no vaciar del todo			
1Incontinencia fecal: escapes involuntarios de gases o heces			
1Dolor o dificultad en las relaciones sexuales			

presión abdominal. Se determinó también el grado de contracción de la musculatura del suelo pélvico, para lo que se utilizó la clasificación de Oxford modificada (0 mínimo, 5 máximo)<sup>12,13</sup>.

Se definió el fallo en la cirugía como el prolapso igual o superior al grado II, incluso en pacientes asintomáticas, y cualquier prolapso sintomático, independientemente del grado, al igual que otros autores<sup>14-17</sup>.

## RESULTADOS

Las características de las pacientes incluidas en el estudio se muestran en la tabla 3.

Si comparamos los diferentes grupos observamos que tienen características similares excepto la edad, donde observamos que las pacientes fallecidas en los últimos 5 años y las que no desearon participar en el estudio eran significativamente mayores,

con una edad media de 80,5 y 74,5 años, respectivamente, frente a los 63,3 años de media de las pacientes que acudieron a consulta.

La tasa de reintervención en nuestro hospital durante estos 4-5 años transcurridos desde la intervención fue del 2,7%, esto es, de las 252 mujeres evaluadas, tan sólo 7 habían sido reintervenidas. De estas 7 pacientes, 4 (57%) precisaron la reintervención en menos de 12 meses, otra paciente fue reintervenida a los 14 meses y las 2 restantes (28,5%), en 3 y 4 años.

El fallo quirúrgico se diagnosticó en 42 mujeres (28,18%). El prolapso de pared anterior fue la recurrencia más frecuente, con un 18,12% de pacientes, distribuyéndose en un 3,7% en grado I, un 92,6% en grado II y un 3,7% en grado III. El segundo lugar en frecuencia de la recurrencia fue la pared posterior, que afectó a un 11,4% de las pacientes. En el 5,9% de los casos fue de grado I y en el 94,1% restante, de grado II. Por último, el compartimiento que me-

**Tabla 4** Características principales en cada grupo de pacientes

		Vistas en consulta (n = 149)	Encuesta telefónica (n = 55)	No localizables (n = 35)	No desean (n = 7)	Fallecidas (n = 6)
Edad media (años)	63,3	69	69,5	74,5	80,5	
Exploración preoperatoria						
Compartimiento anterior	I	20	3	2	—	—
	II	34	9	12	3	—
	III	76	33	18	4	3
	IV	6	2	—	—	—
	Total	136 (91,2%)	47 (85,4%)	32 (91,4%)	7 (100%)	3 (50%)
Segmento apical	I	16	8	1	1	—
	II	51	19	15	1	2
	III	43	16	14	3	1
	IV	25	8	5	1	—
Total	135 (90,6%)	51 (92,7%)	35 (100%)	6 (85,7%)	3 (50%)	
Compartimiento posterior	I	91	5	25	3	—
	II	32	4	6	3	4
	III	12	—	—	—	—
	IV	2	—	—	—	—
Total	137 (91,9%)	9 (16,3%)	31 (88,5%)	6 (85,7%)	4 (66,6%)	
Tipo de intervención						
HTV		114	39	32	5	4
Colpoplastia anterior		131	48	30	7	3
Colpoplastia posterior		134	44	30	6	4
Sacrospinofijación		7	—	—	1	—
Sacrocolpopexia		5	2	—	—	—
Colpocleisis		—	—	3	—	—
TVT asociada a POP		26	10	3	1	1
Tipo de cirujano						
Senior		133 (89,2%)	47 (85,4%)	30 (85,7%)	6 (85,7%)	3 (50%)
Junior		16 (10,8%)	8 (14,6%)	5 (14,3%)	1 (14,3%)	3 (50%)
Anestesia						
Raquidea		103 (69,1%)	36 (65,4%)	28 (80%)	1 (14,3%)	6 (100%)
General		46 (30,9%)	19 (34,6%)	7 (20%)	6 (85,7%)	—

HTV: histerectomía vaginal; POP: protrusión de los órganos pélvicos; TVT: *tension-free vaginal tape*.

nos recurrencias registró fue el segmento apical, con un 4%, distribuyéndose un 66% en grado II y un 33% en grado III. Ninguna mujer estudiada presentó recurrencia de grado IV (tabla 5).

La mayor parte de las recurrencias afectaba a un único compartimiento (73,7%), en el 12% de los casos estaban afectados 2 compartimientos y en el 14,3%, los 3 compartimientos habían recidivado.

También se evaluó la presencia de prolapso de grado II o superior del POPQ-S en compartimientos que previamente no habían sido intervenidos. Se encontró a 2 pacientes con un cistocele, otra paciente con un prolapso uterino y 15 pacientes con rectocele.

Los datos obtenidos de la anamnesis de los factores de riesgo se muestran en la tabla 6, donde se observan datos similares excepto en el caso de la enfermedad broncopulmonar y en la realización de esfuerzos físicos, más frecuente entre las pacientes encuestadas telefónicamente.

La anamnesis de los síntomas mostró que de las 204 mujeres entrevistadas, el 85% no refería sintomatología de prolapso. El 17,1% refirió clínica de vejiga hiperactiva con o sin incontinencia de orina de urgencia, y el 7,3% IUE. Un 14,3% de las pacientes que mantenía relaciones sexuales presentaba dispareunia. Sólo 2 pacientes presentaban incontinencia fecal leve ocasional y otras 2 experimentaron dolor

**Tabla 5 Factores de riesgo asociados para el prolapso de órganos pélvicos**

	Vistas en consulta (n = 149) (%)	Encuestadas telefónicamente (n = 55) (%)
Antecedentes familiares	39 (26,2%)	11 (20%)
Enfermedad del colágeno	—	—
Hernias	20 (13,4%)	11 (20%)
Estreñimiento	34 (22,8%)	11 (20%)
Enfermedad broncopulmonar	10 (6,7%)	10 (18,1%)
Hábito tabáquico	10 (6,7%)	2 (3,6%)
Esfuerzos físicos	68 (45,6%)	33 (60%)

**Tabla 7 Sintomatología actual (recurrencia/clínica de novo)**

	Exploradas en consulta	Encuesta telefónica	Total
Sensación de bulto	17	12	29 (14,2%)
Dolor/pesadez vagina pelvis	4	2	6 (3%)
IUE	9	6	15 (7,3%)
IUU o SVH	20	15	35 (17,1%)
Dificultad micción	4	—	4 (1,9%)
Dolor en la defecación	2	—	2 (< 1%)
Incontinencia fecal	2	—	2 (< 1%)
Dispareunia	18	4	22 (14,3%) <sup>a</sup>

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; SVH: síndrome de vejiga hiperactiva.

<sup>a</sup>Del total de pacientes con relaciones sexuales.

leve en la defecación en relación con la cirugía (tabla 7).

De las pacientes encuestadas que precisaron, además de la cirugía del POP, la colocación de una banda de tipo TVT, un 35% presentaba clínica de vejiga hiperactiva con o sin incontinencia y en 4 casos hubo que retirar la banda debido a problemas de retención urinaria (tabla 8).

El cuestionario de calidad de vida reflejó el estado de salud general de las pacientes. El 13,7% consideró que su estado de salud era muy bueno, el 54,9% bueno, el 25,5% regular, el 4,4% malo y el 0,5% muy malo. También indicó el grado en el que prolapso afectaba a la calidad de vida de las pacientes. En total, 152 pacientes (74,5%) respondieron que no les afectaba en absoluto, 26 (12,74%) contestaron que les afectaba poco, 20 (9,8%) que les

**Tabla 6 Exploración postoperatoria de las pacientes con fallo (clasificación POPQ-S)**

	I	II	III	Total
Compartimiento anterior	3,7%	92,6%	3,7%	18,12%
Segmento apical	—	66%	33%	4%
Compartimiento posterior	5,9%	94,1%	—	11,4%

**Tabla 8 Sintomatología en las pacientes encuestadas intervenidas de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo**

Sintomatología en el postoperatorio	n (%)
Dificultad micción	3 (8,3)
ITU de repetición	7 (19,4)
Retención orina	2 (5,5)
Absceso	1 (2,7)
Hematoma	1 (2,7)
Sintomatología actual	
IUU	12 (35)
Dificultad micción	1 (2,7)

ITU: infección del tracto urinario; IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

afectaba moderadamente y por último, 4 pacientes (1,9%) señalaron que el prolapso les afectaba mucho en su vida. El 80% de las pacientes no encontraba ninguna limitación para sus actividades diarias, físicas y sociales, y para sus relaciones personales, y tampoco cambios en sus asociaciones ni en su patrón de sueño y energía.

La valoración subjetiva del resultado de la intervención mostró que el 86,2% (n = 175) de las pacientes se consideraban curadas con la cirugía, el 6,3% (n = 13) con mejoría notable, el 2,9% (n = 6) con mejoría discreta, el 1,96% (n = 4) estaba igual, el 1,96% (n = 4) se encontraba peor y el 0,5% (n = 1) desconocía su estado.

La correlación entre fallo anatómico y sintomático se realizó con las 149 pacientes examinadas en la consulta. De éstas, 14 refirieron sentir o notar un bulto en la zona genital, mientras que en el examen ginecológico, 42 presentaban POP de grado II o superior del POPQ-S. Por tanto, la especificidad y el valor predictivo positivo (VPP) de los síntomas para la presencia de POP fueron del 99 y el 93%, respectivamente, y el valor predictivo negativo (VPN)

**Tabla 9** Correlación entre la recurrencia anatómica y la presencia de sintomatología del prolapso

		Recurrencia anatómica		
		Sí	No	
Sensación de «bulto»	Sí	13	1	14
	No	29	106	135
		42	107	149

del 78,5%. La sensibilidad fue sólo del 31% debido a que 29 mujeres con POP en la exploración física no referían sensación de prolapso (tabla 9).

## DISCUSIÓN

Valorar el resultado de la cirugía del prolapso es difícil<sup>18</sup>. Sabemos que esta cirugía no siempre es definitiva y un número importante de pacientes precisa reintervención. Algunos autores han estimado los resultados de la cirugía mediante el análisis del porcentaje de reintervenciones. Por un lado, se puede calcular el número de pacientes previamente intervenidas de cirugía del prolapso. Como expresan Olsen et al<sup>1</sup> en su trabajo, el 30% de las intervenciones de prolapso e incontinencia de orina en su cohorte fueron reintervenciones. Por otro lado, se puede analizar el número de pacientes que ha precisado una nueva cirugía. En el trabajo de Clark et al<sup>8</sup> se indica que un 13% de sus pacientes fueron reintervenidas en un período que incluyó 71 meses de seguimiento.

En nuestro estudio hemos presentado ambos datos. De las 252 pacientes, el 6,7% había sido intervenido previamente de prolapso genital. Este dato difiere sustancialmente del presentado por Olsen et al, con un 30% de reintervenciones. En realidad, Olsen et al incluyen en su estudio la cirugía del prolapso y la cirugía de incontinencia de orina sin especificar el porcentaje de reintervenciones. Nosotros sólo hemos analizado la cirugía del prolapso.

En cuanto a las mujeres que han precisado reintervención posterior, nuestros resultados muestran una tasa de reintervención del 2,7%. Este resultado también es muy inferior al presentado por Clark et al. En este caso, los autores incluyen todas las reintervenciones de prolapso, con independencia de

que la reintervención afectara a un compartimiento que no hubiera sido operado con anterioridad.

De cualquier forma, consideramos que el análisis de las reintervenciones no es suficiente para valorar los resultados de la cirugía, puesto que las pacientes pueden haberse trasladado a otros centros o no haber vuelto a consultar a pesar de haber recidivado, o no desean una nueva cirugía<sup>5</sup>. Se establece, por tanto, la necesidad de realizar al menos una visita de seguimiento para valorar el resultado de la cirugía del prolapso.

Nosotros hemos abordado el fallo de la cirugía del POP desde diferentes aspectos. En primer lugar, desde un punto de vista anatómico, y tal y como han publicado otros autores, definimos el fallo quirúrgico como cualquier prolapso sintomático o al grado II o superior del POPQ-S. Nuestra tasa de recurrencia anatómica ha sido del 28,18%. Estos datos son significativamente inferiores a los datos de recurrencia publicados en otras series, donde llegan hasta el 60%<sup>7</sup>. El lugar donde más frecuentemente encontramos las recurrencias es el compartimiento anterior, con un 18,12%, como también indican otros autores<sup>6,7,19</sup>. Le sigue en frecuencia de recurrencia el compartimiento posterior, con un 11,4%, y por último el segmento apical con un 4%. Este criterio engloba a pacientes asintomáticas y, por tanto, es un criterio de fallo anatómico, fundamentalmente.

En segundo lugar, hemos considerado la recidiva en la sintomatología. Dado que el síntoma fundamental en el prolapso es la sensación de bulto en los genitales externos, preguntamos a las pacientes si tenían este síntoma o cualquier otro similar a los que presentaban antes de la intervención, como el dolor o sensación de pesadez en la vagina o la pelvis. El porcentaje de recidiva sintomática de todas las pacientes encuestadas fue del 15%. Los resultados que muestran el cuestionario de calidad de vida concuerdan, con un 87% de pacientes que respondieron que el prolapso les afectaba poco o en absoluto en su vida y, además, no encontraban ninguna limitación para sus actividades diarias, físicas y sociales, y para sus relaciones personales, y ningún cambio en sus asociaciones ni en su patrón de sueño y energía.

Como ya hemos presentado en el apartado «Resultados», hay poca correlación entre el fallo anatómico y el sintomático. El 71,4% de las pacientes con fallo anatómico no tenía sensación de prolapso. He-

mos observado que la especificidad y el VPP de los síntomas para la presencia de POP fueron del 99 y del 93%, respectivamente, y el valor predictivo negativo de 78,5%, mientras que la sensibilidad fue sólo de 31% debido a que 29 mujeres con POP en la exploración física no referían sensación de prolapso. Bump y Norton<sup>4</sup> ya señalan que el POP no suele ser sintomático hasta que el segmento descendido está, al menos, a la altura del introito. Sin embargo, en el criterio de fallo quirúrgico se incluye a pacientes con un prolapso 1 cm por encima del himen. Esto explicaría en parte la discordancia entre el fallo anatómico y el quirúrgico.

Hasta ahora hemos presentado unos datos de reintervenciones, fallo anatómico y fallo sintomático que difieren sustancialmente de los presentados por otros autores.

En realidad no se sabe de qué depende el fracaso de la cirugía. Si comparamos las características de nuestra población con las de otros trabajos<sup>1,2,17</sup> observamos que nuestras pacientes tienen un IMC significativamente menor. También se aprecian unos hábitos de vida más saludables, con una menor proporción de mujeres fumadoras (5,8%) entre las pacientes encuestadas respecto a otras series<sup>1</sup>.

Nuestro estudio tiene también limitaciones. Por un lado, analizamos un conjunto de población muy heterogéneo en el que se incluyen diferentes técnicas quirúrgicas. Además, es un estudio retrospectivo en el que hemos obtenido algunos datos de las pacientes de sus historias clínicas. La exploración previa a la intervención fue realizada por otros ginecólogos que utilizaron una clasificación diferente, y no siempre estaba clara la sintomatología que motivó la indicación quirúrgica.

Otro aspecto importante en la valoración del resultado de la cirugía del POP es la aparición de nuevos síntomas tras la intervención. Se han publicado trabajos que relacionan la histerectomía con la incontinencia de orina<sup>20,21</sup>. También se ha relacionado la cirugía del POP con dolor o dificultad en las relaciones sexuales. Hay determinados actos quirúrgicos que se han asociado con sintomatología. Así, la hipercorrección del cistocele puede favorecer la incontinencia de orina y la aproximación de los músculos elevadores, la dispareunia<sup>22</sup>. Sin embargo, no hemos encontrado estudios bien diseñados acerca de las secuelas de la cirugía del prolapso a largo plazo. Además, la mayoría de las pacientes interve-

nidas de esta cirugía tienen una edad en la que también concurren otros factores de riesgo. Es posible que muchas de las secuelas puedan ser debidas al proceso natural del envejecimiento y la atrofia vaginal secundaria al déficit estrogénico<sup>22</sup>, aunque es difícil determinar en qué medida influye cada uno de estos factores.

En nuestro estudio encuestamos a las pacientes sobre la aparición de síntomas urinarios, sexuales y cambios en la defecación secundarios a la intervención. Un 17,1% mostró síntomas de vejiga hiperactiva con o sin incontinencia de orina de urgencia. Estos resultados son similares a otros previos publicados entre el 5 y el 14%<sup>14,23</sup>. Un 7,3% de las pacientes presentó clínica de incontinencia de esfuerzo, mientras que en la literatura científica se han descrito tasas del 5-23%<sup>14,22</sup>. Dos pacientes presentaron disquecia leve y otras 2, incontinencia fecal leve ocasional.

Un 14,3% de las pacientes que mantenía relaciones sexuales refirió dolor o dificultad. Nuestros resultados son similares a otros publicados, con un 14-20% de pacientes afectadas<sup>22,24,25</sup>. Observamos también que, además de la aproximación de los músculos elevadores del ano, la cicatriz remanente de la perineoplastia posterior puede ocasionar dispareunia. En comparación con la colpoplastia posterior tradicional, la corrección sitio-específica descrita por Richardson mejoraría los resultados de la cirugía en la función sexual y la calidad de vida de las pacientes, con resultados anatómicos similares<sup>26,27</sup>. Hay que señalar que en los años 2000 y 2001 realizábamos correcciones de tipo tradicional, que se han ido abandonando en la actualidad a favor de la reparación sitio-específica.

Llegado este punto nos planteamos qué podemos considerar éxito o fracaso tras la cirugía del prolapso. Seguimos pensando que resulta complicado porque no sólo debemos considerar el resultado anatómico, sino también la sintomatología y la preservación de la función vaginal. Podríamos definir el fallo quirúrgico con un criterio mixto. Así, el fallo de la cirugía debería incluir a las pacientes con recurrencia anatómica asociada con sintomatología y con cualquier paciente que, a consecuencia de nuestra intervención, comenzara con clínica de dolor, incontinencia de orina o dispareunia.

Finalmente, deberíamos tener en cuenta la valoración subjetiva de los resultados.

Es probable que esta valoración se aproxime más a los resultados que obtendríamos si consideráramos un criterio mixto que definiendo el fallo con un criterio anatómico. En nuestra serie, el 86,2% de pacientes se consideraba curado tras la cirugía, el 6,3% percibía una notable mejoría y el 2,9%, una mejoría discreta. Sólo 4 pacientes se encontraban peor tras la cirugía: 2 de estas pacientes habían tenido problemas con la malla libre de tensión, mientras que

las otras 2 referían clínica de incontinencia de orina de esfuerzo que no presentaban antes de la cirugía.

Concluimos que, aunque consideramos que nuestros resultados de la cirugía del POP son buenos a largo plazo en comparación con los de otras series publicadas, es necesario realizar estudios que incluyan un mayor número de pacientes y a más largo plazo para poder definir correctamente los criterios de fallo quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89:501-6.
- Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:27-32.
- Brown JS, Waetjen LE, Subak LL, Thom DH, Van den ES, Vittinghoff E. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:712-6.
- Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998;25:723-46.
- Brubaker L. Controversies and uncertainties: abdominal versus vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:690-3.
- III International Consultation on Incontinence (ICI). 2004. Disponible en: [www.urotoday.com/287/conference\\_reports/ici\\_2004/ici\\_2004\\_conference\\_conference\\_highlights.html](http://www.urotoday.com/287/conference_reports/ici_2004/ici_2004_conference_conference_highlights.html)
- Whiteside JL, Weber AM, Meyn LA, Walters MD. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1533-8.
- Clark AL, Gregory T, Smith VJ, Edwards R. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1261-7.
- Baden WF, Walter TA, Lindsay HJ. The vaginal profile. *Tex Med J.* 1968;64:56-58.
- Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:176-81.
- Bland DR, Earle BB, Vitolins MZ, Burke G. Use of the pelvic organ prolapse staging system of the International Continence Society, American Urogynecologic Society, and Society of Gynecologic Surgeons in perimenopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:1324-7.
- Laycock J. Incontinence. Pelvic floor re-education. *Nursing (Lond).* 1991;4:15-7.
- Isherwood PJ, Rane A. Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. *BJOG.* 2000;107:1007-11.
- Nieminen K, Huhtala H, Heinonen PK. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:471-8.
- Delest A, Cosson M, Doutrelant C, Querleu D, Crepin G. Enterocoele. Retrospective study of 134 cases: risk factors and comparison between abdominal and perineal routes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1996;25:464-70.
- Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:795-806.
- Bradley CS, Nygaard IE. Vaginal wall descensus and pelvic floor symptoms in older women. *Obstet Gynecol.* 2005;106:759-66.
- Swift S. Pelvic organ prolapse: is it time to define it? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:425-7.
- Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:1160-6.
- Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet.* 2000;356:535-9.
- Van der Bom JG, Roovers JP, Heintz AP. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. *BJOG.* 2002;109:149-54.

22. Tegerstedt G, Hammarstrom M. Operation for pelvic organ prolapse: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:758-63.
23. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1299-304.
24. Milani R, Salvatore S, Soligo M, Pifarotti P, Meschia M, Cortese M. Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. *BJOG.* 2005;112:107-11.
25. Milani R, Soligo M, Salvatore S. Fascial defect repair for symptomatic rectocele: anatomical and functional outcome. *Proceedings 33rd Annual Meeting of International Continence Society-Florence; 2003.* p. 189-90.
26. Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram MM. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:1353-8.
27. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Addison WA, Bump RC. An anatomic and functional assessment of the discrete defect rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179:1451-6.