

4. Cherikh WS, Kauffman HM, McBride MA, Maghirang J, Swinnen LJ, Hanto DW. Association of the type of induction immunosuppression with posttransplant lymphoproliferative disorder, graft survival, and patient survival after primary kidney transplantation. *Transplantation*. 2003;76:93–1289. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14627905>
5. Opelz G, Naujokat C, Daniel V, Terness P, Döhler B. Disassociation between risk of graft loss and risk of non-Hodgkin lymphoma with induction agents in renal transplant recipients. *Transplantation*. 2006;81:33–1227.
6. Abramowicz D, Wissing M. Induction protocols: Yesterday, today, and tomorrow. *Transplant Proc*. 1999;31:1–1100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10083491>
7. Berghofen A, Singer T, Krüger B, Krämer B, Benck U. Alemtuzumab induction therapy in kidney transplantation. *Lancet*. 2015;385:770–1.
8. Karam G, Kälble T, Alcaraz A, Aki FT, Budde K, Humke U, et al. Guidelines on renal transplantation. *European Association of Urology*. 2014:53–8.

Diego Riatiga Ibáñez

Director de la sección de trasplante renal SCU, urólogo experto universitario en Trasplante Renal, Jefe de urología HIUSJ, Bogotá, Colombia
Correo electrónico: dr.riatiga@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2017.03.009>
 0120-789X/

© 2017 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentario editorial a «Función sexual femenina asociada al uso de cintas libres de tensión para el manejo de la incontinencia urinaria de estrés»

Editorial comment to «Female sexual function associated with the use of tension free vaginal tape for stressurinary incontinence»

El trabajo en mención es una iniciativa muy interesante para evaluar la interrelación entre los problemas de piso pélvico y las disfunciones sexuales femeninas y cómo la solución de uno de ellos incide en el otro.

Previamente se ha descrito que la disfunción del piso pélvico se presenta en una de cada 3 mujeres de edad avanzada¹ y paralelamente también se ha establecido que después de los 40 años de edad, el 65,8% de las mujeres que buscan atención ginecológica tienen alguna disfunción sexual². Otros trabajos han encontrado coexistencia frecuente de ambos problemas. Por ejemplo un trabajo de 2016 de corte transversal que buscaba una relación entre la fortaleza de los músculos del piso pélvico y la función sexual en mujeres posmenopáusicas reportó en una muestra de 113 mujeres con edad promedio de 53 años que aquellas con mayor fortaleza de los músculos de piso pélvico tenían menos disfunciones sexuales³.

La conjunción de ambos problemas en el grupo de mujeres de edad avanzada ha creado el interrogante de una posible relación de causa efecto entre ellos, es decir, ¿es posible que la disfunción del piso pélvico sea el causante de la disfunción sexual femenina? y obviamente una segunda: ¿la corrección del problema del piso pélvico puede o no afectar positivamente la vida sexual de estas mujeres?

Los trabajos que han buscado una relación causa-efecto de la disfunción de piso pélvico con la disfunción sexual han reportado resultados contradictorios. Algunos tienden a

mostrar una relación directa, pero otros solamente reflejan una asociación más relacionada con la edad^{4,5}.

Un reciente trabajo de tipo retrospectivo analizó 755 mujeres con diferentes tipos de disfunción de piso pélvico y encontró menor capacidad para disfrutar del sexo en personas con prolapso de órganos, pélvicos, incontinencia fecal y defecación obstruida. Sin embargo, cuando corrigieron para edad, dispareunia, atrofia tisular y condiciones de su compañero, la asociación desapareció⁶, lo que favorece un origen común relacionado con la edad.

Lo que sí es llamativo y positivo es la evolución de las disfunciones sexuales cuando se trata la disfunción del piso pélvico con cualquier método quirúrgico o no.

Cuando se evalúa el manejo de las disfunciones de piso pélvico con algunos tratamientos antiguos, la respuesta no es muy alentadora. Un reciente estudio de las consecuencias del uso de pesarios en mujeres con prolapsos mostró que hubo una reducción del 54 al 42% en las mujeres que tenían vida sexual activa⁷.

Los estudios del manejo de la disfunción del piso pélvico con terapia de fortalecimiento son mucho más promisorios en cuanto a la mejoría que traen sobre la actividad sexual femenina.

Algunos de estos trabajos muestran mejorías tan limitadas como uno en el que la fisioterapia del piso pélvico en mujeres posparto mostró mejoría solamente en un subgrupo de mujeres que tenían lesión significativa del elevador del ano en un síntoma único que era sentir «la vagina laxa o floja»⁸.

Otros muestran resultados más alentadores y dan pistas acerca de los predictores de buena respuesta de la función sexual. Un trabajo con una muestra limitada a 54 mujeres reportó que en pacientes con incontinencia urinaria sometidas a 3 sesiones de fisioterapia de piso pélvico supervisadas, más ejercicio en casa, aquellas que tenían mayor paridad, demostraron mayor adherencia a los ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico y demostraron aumento de la fortaleza de la musculatura del piso pélvico y disminución de los episodios de incontinencia tienen más probabilidad de mejoría específicamente en el deseo sexual, la excitación y el orgasmo que aquellas que no lograban esos objetivos⁹.

De manera muy similar, un estudio en 50 mujeres noruegas mostró que luego de 6 meses de terapia de

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.11.001>

fortalecimiento del piso pélvico, aquellas que lograban demostrar mayor fortalecimiento muscular tenían mejorías estadísticamente significativas del deseo, la autoconfianza, la libido, el orgasmo, la dispareunia y la gratificación de su compañero¹⁰.

Resultados muy similares obtuvieron Citak et al. en un estudio realizado en 75 mujeres primíparas evaluadas inicialmente en su cuarto mes posparto. Estas pacientes fueron aleatorizadas a fisioterapia de piso pélvico o un grupo control de vigilancia sola. Al evaluarlas en el séptimo mes posparto se encontró que la excitación, lubricación, satisfacción y el orgasmo habían significativamente en el grupo manejado con fisioterapia de piso pélvico y no en el grupo control¹¹.

También las técnicas de reparación quirúrgica de las disfunciones de piso pélvico han sido evaluadas para determinar su impacto en la función sexual de las mujeres y los resultados son también alentadores.

Un estudio realizado en 56 mujeres brasileñas evaluando el índice de función sexual femenina (FSFI) mostró que tanto la colporrafia tradicional como el injerto de submucosa intestinal en la corrección de prolapso anterior mostraron aumentos significativos de la función sexual, con los puntajes variando desde alrededor de 15 antes de la cirugía hasta valores alrededor de 24 después de la cirugía para ambas técnicas¹².

Uno de los estudios más grandes publicados, analizando una muestra de 597 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y aleatorizada a *sling* transobturatriz o retropúbico con seguimiento hasta los 2 años, reportó que ambos grupos experimentaron mejoría significativa de la función sexual de manera similar con mejoría de los puntajes que partían de 32,8 al inicio y subían a 37,6 a los 6 meses y se mantenían en 37,3 a los 24 meses¹³. Igualmente, Trichot et al. reportaron mejorías significativas y similares de la función sexual en 132 mujeres aleatorizadas entre *sling* retropúbico o transobturatriz y seguidas durante 2 años¹⁴.

Un estudio más reciente comparando una malla subretrol transobturatriz con una malla de incisión única (*minisling*) encontró una mejoría en el FSFI de 23,5 puntos a 27,4 en el grupo de malla de incisión única y de 23,9 a 28,09 en el grupo de la malla TOT —en ambos casos significativa— sin encontrar diferencias entre los grupos¹⁵.

El trabajo de Alvarez et al. vá en la misma línea que los anteriormente reseñados evaluando el impacto de la cirugía con cinta vaginal libre de tensión transvaginal o transobturatriz en el desempeño sexual de las mujeres, encuentra resultados positivos y comparables con los reportados en la literatura internacional. Si bien el tamaño de la muestra no es grande, la metodología es rigurosa, permitiendo darse una impresión positiva de la intervención. No obstante, como los autores indican, invita a realizar futuras investigaciones con mayor tamaño muestral.

Bibliografía

1. Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urol J*. 2011;8:127-31.
2. Knoepp LR, Shippey SH, Chen CC, Cundiff GW, Derogatis LR, Handa VL, et al. Sexual complaints, pelvic floor symptoms,

- and sexual distress in women over forty. *J Sex Med*. 2010;7:3675-82.
3. De Menezes Franco M, Driusso P, Bø K, Carvalho de Abreu DC, da Silva Lara LA, de Sá Rosa E Silva AC, et al. Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: A cross sectional study. *Int Urogynecol J*. 2016 [Epub ahead of print].
4. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:751-6.
5. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC, Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2002;99:281-9.
6. Li-Yun-Fong RJ, Larouche M, Hyakutake M, Koenig N, Lovatt C, Geoffrion R, et al. Is Pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. *J Sex Med*. 2017;14:226-37.
7. Meriwether KV, Komesu YM, Craig E, Qualls C, Davis H, Rogers RG. Sexual function and pessary management among women using a pessary for pelvic floor disorders. *J Sex Med*. 2015;12:2339-49.
8. Kolberg Tennfjord M, Hilde G, Staer-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction-secondary analysis of a randomised trial. *BJOG*. 2016;123:634-42.
9. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: A secondary analysis. *J Sex Med*. 2015;12:746-55.
10. Braekken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2015;12:470-80.
11. Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, et al. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:817-22.
12. Feldner PC Jr, Delroy CA, Martins SB, Castro RA, Sartori MG, Girão MJ. Sexual function after anterior vaginal wall prolapse surgery. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67:871-5.
13. Zyczynski HM, Rickey L, Dyer KY, Wilson T, Stoddard AM, Gormley EA, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Sexual activity and function in women more than 2 years after midurethral sling placement. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207:421-6, e1-ea.
14. Trichot C, Salet-Lizee D, Descamps P, Deval B, Hocke C, Fatton B, et al. Functional results following transobturatriz and retro-pubic mid-urethral sling. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010;39:614-23 [Article in French].
15. Pastore AL, Palleschi G, Al Salhi Y, Riganelli L, Fuschi A, Autieri D, et al. Evaluation of sexual function and quality of life in women treated for stress urinary incontinence: Tension-free transobturatriz suburethral tape versus single-incision sling. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25:355-9.

Julio Eduardo Ferrer Montoya

Urólogo, Clínica el Rosario-Práctica Privada, Medellín, Colombia

Correo electrónico: juliof@une.net.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2017.05.003>
0120-789X/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Urología.