

Acceso abierto

Artículo Original

**Citación**

Marta Rondón M. Culdoplastía de Mayo o colposacropexia abdominal en la corrección del prolapso de la cúpula vaginal poshisterectomía. Revista científica INSPILIP V. (2), Número 2, Guayaquil, Ecuador.

## **Culdoplastía de Mayo o colposacropexia abdominal en la corrección del prolapso de la cúpula vaginal poshisterectomía**

### *Mayo culdoplasty or abdominal colposacropexy in correction of post-hysterectomy vaginal vault prolapse*

**Correspondencia**

Eduardo Reyna  
[sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)

Marta Rondón-Tapia <sup>A,1</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil <sup>B,1</sup>, Jorly Mejía-Montilla <sup>C,1</sup>, Nadia Reyna-Villasmil <sup>D,1</sup>, Duly Torres-Cepeda <sup>E,1</sup>, Andreína Fernández-Ramírez <sup>F,1</sup>.

- A) Médica cirujana. Residente del Posgrado de Ginecología y Obstetricia.
- B) Especialista en Ginecología y Obstetricia. Doctor en Ciencias Médicas.
- C) Docente. Doctora en Medicina Clínica.
- D) Docente. Doctora en Ciencias Médicas.
- E) Especialista en Ginecología y Obstetricia. Doctor en Ciencias Médicas.
- F) Docente. Doctora en Ciencias Médicas.

**Artículo recibido:** 16/04/2018

**Artículo aprobado:** 26/12/2018

**Artículo publicado:** 27/12/2018

1) Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad Dr. Nerio Beloso Hospital Central Dr. Urquinaona. Maracaibo, estado Zulia. Venezuela.

**RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue comparar los resultados de la culdoplastía de Mayo con la colposacropexia abdominal en la corrección del prolapso de la cúpula vaginal poshisterectomía. Se revisaron las historias clínicas de 155 pacientes con prolapso de cúpula vaginal poshisterectomía en las que se procedió a la corrección quirúrgica entre febrero 2013 y noviembre 2017. Se realizó seguimiento para evaluar la satisfacción del paciente y el resultado a largo plazo. La edad promedio de las pacientes al momento de la cirugía fue de 67,1 +/- 5,6 años y 69,0 % de las pacientes tenían antecedentes de haber sido sometidas a histerectomía abdominal.

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado permiso para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el reporte. Por ello la revista no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros.

El tiempo medio entre la histerectomía y la cirugía de corrección fue de 16,9 +/- 3,6 años. Ciento diecinueve pacientes se sometieron a abordaje vaginal utilizando la técnica de culdoplastía de Mayo (grupo A) y 36 pacientes se sometieron a colposacropexia abdominal (grupo B). Durante la cirugía se produjeron tres casos (2,5 %) de lesión vesical inadvertida en el grupo A. En el grupo A se observaron 2 casos de recurrencia comparado con un solo caso en las pacientes del grupo B (p = ns). Al analizar la satisfacción de la cirugía, 84,9 % de las pacientes del grupo A y 77,7 % de las pacientes del grupo B se declararon satisfechas con los resultados quirúrgicos. Se concluye que la corrección del prolapso de la cúpula vaginal mediante colposacropexia abdominal y culdoplastía de Mayo son procedimientos seguros y efectivos.

**Palabras claves:** Prolapso de la cúpula vaginal; culdoplastía de Mayo; colposacropexia abdominal; poshisterectomía.

### **Abstract**

The aim of this study was to compare the results of the Mayo culdoplasty with abdominal colposacropexy in the correction of post-hysterectomy vaginal vault prolapse. Medical records of 155 patients with post-hysterectomy vaginal vault prolapse were reviewed in which the surgical correction was carried out between February 2013 and November 2017. Follow-up was performed to evaluate the patient's satisfaction and the long-term result. The average age of the patients at the time of surgery was 67.1 +/- 5.6 years and 69.0% of the patients had a history of having undergone an abdominal hysterectomy. The mean time between hysterectomy and correction surgery was 16.9 +/- 3.6 years. One hundred and nineteen patients underwent vaginal access using the Mayo culdoplasty technique (group A) and 36 patients underwent abdominal colposacropexy (group B). During surgery there were three cases (2,5 %) of inadvertent bladder injury

in group A. In group A, 2 cases of recurrence were observed compared with a single case in patients in group B ( $p = ns$ ). When analyzing the satisfaction of the surgery, 84,9 % of the patients of group A and 77,7 % of the patients of group B declared themselves satisfied with the surgical results. It is concluded that the correction of vaginal vault prolapse by abdominal colposacropexy and Mayo culdoplasty are safe and effective procedures.

**Keywords:** Vaginal vault prolapse; Mayo culdoplasty; abdominal colposacropexy; Post-hysterectomy.

### **Introducción**

Las mujeres con prolapso de la cúpula vaginal pueden tener dificultades para vaciar la vejiga, lo que a menudo requiere que se inclinen para realizar la micción. También pueden tener dificultades para defecar y/o tener antecedentes de estreñimiento crónico. Otros síntomas

pueden incluir sensación de presión vaginal o perineal, sensación de pesadez, irritación, dificultades para la marcha, levantarse o trabajar. Para las pacientes que están en buena forma física, el prolapso de la cúpula vaginal puede llevar a discapacidad, a menudo limitando sus actividades diarias. El descenso de la cúpula y la relajación de las paredes vaginales pueden causar algunos síntomas menores y esta condición puede detenerse <sup>(1)</sup>. Por lo tanto, la intervención quirúrgica se difiere hasta que el descenso de la cúpula vaginal sea más grande o produzca síntomas suficientes que superen los riesgos y la incomodidad de la corrección quirúrgica <sup>(2)</sup>.

Existen pocas alternativas de tratamiento médico a la cirugía. Aunque el uso de estrógenos exógenos puede restaurar el tono muscular de la vagina y las condiciones de la mucosa y minimizar la posibilidad de ulceraciones, este tratamiento no es capaz de restaurar el soporte anatómico de la vagina <sup>(1)</sup>. Los

pesarios se han desarrollado para aportar un aporte externo al descenso de la cúpula vaginal, pero deben mantenerse bajo condiciones higiénicas ideales para evitar complicaciones como úlceras y/o fístulas vaginales <sup>(2)</sup>. La evisceración del contenido abdominal es una complicación desastrosa, pero afortunadamente rara y tardía <sup>(1)</sup>.

Cuando el prolapso de la cúpula vaginal ocurre diez años o más después de la histerectomía, es probable que sea un reflejo del envejecimiento de los tejidos, aumento de la tensión de los órganos pélvicos sobre el periné, así como de la predisposición genética. En algunos casos, cuando el prolapso de la cúpula vaginal ocurre poco después de la histerectomía se debe a que la relajación vaginal ya existía y no fue reparada en el momento de la cirugía. Los problemas de cicatrización y la infección local pueden contribuir al desarrollo de la condición. También se ha descrito el enterocele en pacientes sometidas a histerectomía abdominal <sup>(2,3,4)</sup>

ya no se las puede considerar como complicaciones únicas de la histerectomía vaginal.

En los últimos 50 años, aunque se han descrito varios procedimientos para corregir el prolapso de la cúpula vaginal, todavía no se ha desarrollado una técnica ideal para la corrección de esta condición.

El propósito de la cirugía es restaurar de forma permanente el eje y la longitud vaginal normal con mínimos riesgos quirúrgicos y tiempo de recuperación <sup>(5-11)</sup>.

Las variedades quirúrgicas disponibles son de dos tipos: suspensión abdominal y corrección vaginal.

Al usar la suspensión abdominal, la vagina se une a la pared abdominal anterior mediante el ligamento de Cooper, fascia del recto, ligamentos redondos, fascia lata, duramadre o utilizando materiales sintéticos <sup>(12,13)</sup>. Este tipo de corrección tira de la vagina en sentido anterior, pero no restablece el eje vaginal normal y puede aumentar el riesgo de enterocele al abrir un hiato posterior. La suspensión de

la cúpula vaginal al sacro, un procedimiento que a menudo requiere el uso de materiales sintéticos, ofrece una corrección más anatómica <sup>(11,14,15,16)</sup>. El procedimiento de colposacropexia abdominal ofrece buenos resultados a largo plazo, aunque un buen grupo de los estudios citados son retrospectivos y sin azar. Los nuevos enfoques de tratamiento incluyen modificaciones laparoscópicas de este procedimiento <sup>(17,18)</sup>.

Las cirugías con abordajes vaginales incluye colpocleisis, suspensión del ligamento úterosacro, suspensión del ligamento sacroespinoso <sup>(20,21)</sup> y técnica de culdoplastía de Mayo <sup>(3,4,22)</sup>. Las ventajas del abordaje vaginal incluyen estancia hospitalaria más corta y regreso a las actividades diarias en forma más rápida a la normalidad al evitar las complicaciones asociadas a la incisión abdominal. El reto continúa siendo lograr una cirugía que mantenga la funcionalidad de la vagina mientras que permita mantener la corrección del descenso de la cúpula a

largo plazo.

Desde 2002 se adoptó la culdoplastía de Mayo como cirugía de elección para la mayoría de las mujeres que presentaban prolapso de la cúpula vaginal posterior a histerectomía y la vía abdominal se reservó exclusivamente para pacientes que han tenido correcciones vaginales previas que producen a una vagina previamente estrecha y que desean tener relaciones sexuales. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados de la culdoplastía de Mayo con la colposacropexia abdominal en la corrección del prolapso de la cúpula vaginal poshisterectomía.

### **Pacientes y métodos**

Este estudio retrospectivo incluyó a todos los pacientes sometidos a cirugía por prolapso de cúpula vaginal admitidos en el Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Venezuela, entre febrero de 2013 y noviembre de 2017. Se realizó revisión de las historias clínicas, seguida por examen clínico.

La técnica quirúrgica para la culdoplastía

de Mayo ha sido previamente descrita (4,22,23). La técnica quirúrgica implica disección y resección del saco enterocele, sutura modificada de McCall para obliterar el fondo de saco y apoyo con fijación de la porción superior de la vagina a los ligamentos Uterosacro y tejido pararectal, seguido de colpografía de acuerdo con las características clínicas de la paciente. La corrección se pudo adaptar a cada caso individual. La longitud y amplitud de la vagina se pueden mantener en aquellas mujeres que desean preservar la función sexual, mientras que en mujeres que ya no necesitan una vagina funcional se pueden eliminar porciones amplias de la mucosa vaginal, lo que permite la plicatura firme a los planos subyacentes. Por otra parte, la colposacropexia abdominal se realizó con malla de Prolene fijada a la vagina después de la incisión del peritoneo suprayacente. La malla se unió al promontorio del hueso sacro después de la cuidadosa visualización de los vasos sacros medios, asegurando que

uréteres y colon sigmoides se movilizan lejos de las suturas. El túnel secundario a la fijación se cerró con suturas de absorción prolongada con la técnica modificada de Moschowitz. El peritoneo se aproximó a través de la malla.

Para realizar el análisis estadístico se utilizó la prueba exacta de Fisher para las muestras cualitativas y la prueba t de Student para las variables cualitativas. La significancia estadística se definió como  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

Durante el periodo de estudio 155 pacientes fueron sometidos a corrección del prolapso de la cúpula vaginal poshisterectomía. La edad promedio de las pacientes seleccionadas al momento de la cirugía fue de 67,1 +/- 5,6 años (de 44 a 91 años). La paridad promedio fue 3,1 +/- 1,1 partos. De las pacientes, 14 de ellas (9,0 %) referían hábito tabáquico y 78 mujeres (50,3 %) eran usuarias de estrógenos. Otras 23 pacientes (14,8 %)

tenían antecedentes de cirugía previa para reparación de hernia (hiatal, inguinal, femoral o umbilical).

De las pacientes seleccionadas, se realizó histerectomía abdominal en 107 pacientes (69,0 %). El tiempo medio transcurrido desde histerectomía hasta la corrección del prolapso de la cúpula vaginal fue de 16,9 +/- 3,6 años (de 1 a 41 años). La histerectomía vaginal sin corrección se realizó en 28 pacientes (18,0 %). Se realizó una histerectomía vaginal con corrección en 14 pacientes (9,0 %). El tipo de histerectomía no fue documentado en 6 pacientes (3,9 %). Otras cirugías pélvicas previas incluyeron corrección vaginal anterior o posterior en 30 pacientes (19,4 %), uretropexia retropúbica en 42 pacientes (27,0 %), reparación del prolapso de la bóveda vaginal en 2 pacientes (1,3 %) y colposacropexia abdominal en 8 pacientes (5,2 %).

Entre los síntomas preoperatorios más frecuentes se demostraron la sensación de tumoración (100 %) y de presión pélvica

(80,6 %). La frecuencia del resto de los síntomas se muestra en la tabla 1.

Ciento diecinueve pacientes se sometieron a abordaje vaginal utilizando la técnica de culdoplastía de Mayo (grupo A) y 36 pacientes se sometieron a colposacropexia abdominal (grupo B). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de histerectomía, antecedente de uretropexia retropúbica, reparación del prolapso de la bóveda vaginal o colposacropexia abdominal entre los grupos ( $p = 0,514$ ). Se observó que un mayor número de pacientes en el grupo B fue sometida previamente a corrección vaginal anterior o posterior ( $p = 0,0417$ ).

La mayoría de las pacientes del grupo A presentó prolapso de cúpula vaginal grado III, mientras que las pacientes del grupo B presentaron prolapso de cúpula grado II y III (tabla 2). Los procedimientos adicionales realizados en cada grupo incluyeron reparación vaginal anterior y posterior, reparación de enterocele, uretropexia retropúbica, reparación

paravaginal abdominal y rectopexia (tabla 3). Las pacientes del grupo A fueron sometidas a un mayor número de corrección vaginal anterior y posterior y enterocele comparado con las pacientes del grupo B ( $p < 0,0001$ ). No obstante, las pacientes del grupo B fueron sometidas a una cantidad significativamente mayor de uretropexia retropúbica y reparación paravaginal comparado con el grupo A ( $p < 0,0001$ ).

Se observaron complicaciones perioperatorias y posoperatorias en ambos grupos de estudio. Durante la cirugía se produjeron tres casos (2,5 %) de lesión vesical inadvertida en el grupo A. Estas lesiones fueron reparadas inmediatamente sin secuelas. No se encontraron lesiones ureterales. En el posoperatorio inmediato, la complicación más común fue la infección del tracto urinario en cinco pacientes (4,1 %) del grupo A. Cuatro pacientes (3,3 %) en el grupo A desarrollaron complicaciones médicas (insuficiencia cardíaca congestiva e íleo)

durante el posoperatorio y necesitaron estar hospitalizadas por más tiempo. Además, 2 pacientes (1,7 %) experimentaron retención urinaria a los 52 días y 60 días del posoperatorio. Las pacientes del grupo A presentaron mayor dificultad para defecar durante el posoperatorio comparado con el grupo B ( $p = 0,0013$ ).

En el grupo B, una paciente (2,7 %) experimentó recurrencia a los quince meses y se sometió a nueva corrección de prolapso de la cúpula vaginal con reparación de la pared vaginal posterior. No se encontraron otras complicaciones en las pacientes del grupo B. En el grupo A, dos pacientes (1,7 %) experimentaron recurrencia del prolapso de la cúpula vaginal. La primera fue una paciente en hemodiálisis que requirió nueva cirugía de corrección diecisiete meses después de la cirugía inicial. El prolapso de la segunda paciente se produjo cinco meses después de la cirugía inicial y necesito de dos correcciones posteriores en los dos años

siguientes.

La duración media del uso del catéter fue significativamente superior en el grupo A (6,89 +/- 10,85 días) que en el grupo B (2,31 +/- 1,35 días;  $p < 0,0001$ ). Aun excluyendo a las pacientes con patologías médicas en el grupo A, la duración media del uso del catéter fue 4,4 +/- 4,0 días, lo cual fue aun significativamente superior al grupo B ( $p = 0,0123$ ). La estancia hospitalaria promedio fue similar en los dos grupos ( $p = 0,743$ ). Ninguna paciente necesitó re-hospitalización.

Al analizar la satisfacción de la cirugía, 101 pacientes (84,9) en el grupo A y 28 pacientes en el grupo B (77,7 %) declararon estar satisfechas con los resultados quirúrgicos, refiriendo que su calidad de vida había mejorado y pudieron continuar con su actividad sexual. Ninguna de las pacientes estaba "insatisfecha". Un paciente del grupo B estaba "algo satisfecha" debido a que no se corrigió el estreñimiento.

## **Discusión**

En el siglo XIX se popularizó la colpocleisis como cura del prolapso de cúpula vaginal <sup>(5)</sup>. Con las restricciones por la falta de anestesia y antimicrobianos, este tipo de cirugía ofreció una solución para ese momento. No obstante, la principal complicación es la obliteración de la vagina. Luego se describió una técnica para corrección del prolapso, que describió como un tipo de hernia <sup>(6)</sup>. Esta técnica incluía la plicatura del fondo de saco de Douglas, un concepto que ahora se extrapola a la corrección del enterocele. Posteriormente se describió la disección del fondo de saco de Douglas con ligadura de la base y plicatura de los ligamentos uterosacros <sup>(7)</sup>. También se ha descrito la extirpación de la porción superior de la pared vaginal posterior para corregir el enterocele <sup>(8)</sup>.

Se ha descrito varias técnicas de histerectomía vaginal, han sido propuestas para prevenir la aparición del enterocele con la resección en cuña de la mucosa

vaginal de la pared vaginal posterior<sup>(9)</sup>. Se ha recomendado la extirpación del peritoneo redundante y la reaproximación de los ligamentos uterosacros. Posteriormente se ha publicado una técnica de obliteración y suspensión de la bóveda vaginal mediante la colocación de suturas catgut a través del ápice vaginal, que abarca los restos de los ligamentos uterosacros y la fascia pararrectal. Algunas de estas suturas se unieron internamente mientras que otras se sacaron a través de la mucosa vaginal posterior. Todavía se utiliza rutinariamente una modificación del procedimiento durante la histerectomía vaginal para prevenir el prolapso de la bóveda vaginal.

En la práctica clínica se ha demostrado un creciente número de mujeres que presentan prolapso de la cúpula vaginal. Aunque la incidencia informada en la población general sigue siendo baja<sup>(2,4)</sup>. Esta incidencia probablemente se ha subestimado debido a las fallas en el seguimiento. Como el acceso a la cirugía

se ve reforzado por la tecnología y las actitudes modernas, las mujeres a medida que van envejeciendo buscan diferentes soluciones quirúrgicas para mejorar su calidad de vida. Los resultados de este estudio demuestran que el tiempo promedio desde la histerectomía hasta la corrección del prolapso de la cúpula fue de 16,9 +/- 3,6 años. Por lo tanto, el mecanismo que se produce esta condición en la mayoría de estas pacientes es probablemente secundario al envejecimiento, estado menopáusico y aumento de la presión en los tejidos pélvicos en lugar de una técnica deficiente en el momento de la histerectomía<sup>(5-7)</sup>.

Independientemente de la técnica utilizada para la realización de la histerectomía, el procedimiento no corrige la relajación de los órganos y el piso pélvico. Si los tejidos de soporte no son tratados adecuadamente se puede esperar que la cúpula vaginal descienda. Desde la adaptación de la técnica por los cirujanos del hospital, la mayoría de los casos son

tratados con culdoplastía de McCall de manera profiláctica, utilizando material reabsorbible de acción prolongada en casi todas las histerectomías vaginales.

No existen pautas únicas establecidas para la selección del tipo de cirugía para la corrección del prolapso de la cúpula vaginal poshisterectomía, por lo que se deben considerar las características y necesidades individuales de cada paciente. Para evitar el acortamiento y estrechamiento de la vagina, la colposacropexia abdominal puede recomendarse a pacientes sexualmente activas que presentan prolapso recurrente después de la cirugía vaginal. Aunque los grupos fueron similares en términos de cirugías previas, el grupo de pacientes sometidas a colposacropexia abdominal presentó más pacientes con reparaciones vaginales tanto de la pared anterior como posterior previas. El abordaje vaginal para la corrección del prolapso de la cúpula vaginal tiene la ventaja que permite la corrección de varios defectos pélvicos al

mismo tiempo, por lo que se minimiza la duración del período de recuperación posoperatorio.

### **Conclusión**

La corrección del prolapso de la cúpula vaginal mediante colposacropexia abdominal y culdoplastía de Mayo son procedimientos seguros y efectivos. La restauración anatómica y la satisfacción del paciente se lograron con ambas técnicas en la mayoría de las pacientes.

**Referencias**

1. Nasr AO, Tormey S, Aziz MA, Lane B. Vaginal herniation: case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:95-7.
2. Schiavi MC, Savone D, Di Mascio D, Di Tucci C, Perniola G, Zullo MA, Muzii L, Benedetti Panici P. Long-term experience of vaginal vault prolapse prevention at hysterectomy time by modified McCall culdoplasty or Shull suspension: Clinical, sexual and quality of life assessment after surgical intervention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223:113-118.
3. Hanes CR. Natural Orifice Sacral Colpopexy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22:S13.
4. Aigmueller T, Dungal A, Hinterholzer S, Geiss I, Riss P. An estimation of the frequency of surgery for posthysterectomy vault prolapse. *Int Urogynecol J.* 2010;21:299-302.
5. Milani R, Frigerio M, Spelzini F, Manodoro S. Transvaginal uterosacral ligament suspension for posthysterectomy vaginal vault prolapse repair. *Int Urogynecol J.* 2017;28:1421-1423.
6. Wu JS. Rectal prolapse: a historical perspective. *Curr Probl Surg.* 2009;46:602-716.
7. Lamblin G, Mayeur O, Giraudet G, Jean Dit Gautier E, Chene G, Brieu M, Rubod C, Cosson M. Pathophysiological aspects of cystocele with a 3D finite elements model. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294:983-989.
8. Sall I, Diémé E, Diallo M, Bénadji E, Diouf M, Ndiaye B, Fall O, Sow A, Diakhaté IC, Ogougbémy M. The "pouch" of the Douglas's pouch. *Morphologie.* 2017;101:105-109.
9. Parkes IL, Shveiky D. Sacrocolpopexy for treatment of vaginal apical prolapse: evidence-based surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21:546-57
10. Enríquez-Navascués JM, Elósegui JL, Apeztegui F, Placer C, Múgica JA, Goena JI, Aguirrezabaldegui L. Surgical treatment of rectocele and enterocele: an integrated view of disorders of the posterior vaginal compartment. *Cir Esp.* 2005;78 Suppl 3:66-71.
11. Moulder JK, Cohen SL, Morse AN, Einarsson JI. Mesh extrusion through the internal cervical os: an unusual complication following laparoscopic sacrocervicopexy. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2013;19:309-11.
12. Kokanali MK, Cavkaytar S, Aksakal O, Doğanay M. McCall Culdoplasty vs. Sacrospinous Ligament Fixation after vaginal hysterectomy: comparison of postoperative vaginal length and sexual function in postmenopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;194:218-22.
13. Mølsted-Pedersen L, Rudnicki M, Lose G. Transvaginal repair of enterocele and vaginal vault prolapse

- using autologous fascia lata graft. *Acta Obstet Gynecol Colposacropexia abdominal*Ind. 2006;85:874-8.
14. Paz-Levy D, Yohay D, Neymeyer J, Hizkiyahu R, Weintraub AY. Native tissue repair for central compartment prolapse: a narrative review. *Int Urogynecol J*. 2017;28:181-189.
  15. Raamya SM, Mavuduru RS, Agarwal MM. Is Sacrocolpopexy Adequate for Cervico-uterine Prolapse in Patients with Classical Bladder Exstrophy? *J Obstet Gynaecol India*. 2014;64:83-4.
  16. Zhang P, Zhuang ZR, Deng XC, Chen XJ, Hou CZ, Zhu L. Effectiveness of Laparoscopic Sacral Colpopexy for Pelvic Organs Prolapse Diseases. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130:2265-2266.
  17. Unger CA, Walters MD, Ridgeway B, Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MF. Incidence of adverse events after uterosacral colpopexy for uterovaginal and posthysterectomy vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:603.e1-7.
  18. Campagna G, Panico G, Morciano A, Vacca L, Anchora LP, Gallucci V, Cervigni M, Ercoli A, Colposacropexia abdominalmbia G. Laparoscopic supracervical hysterectomy and sacral colpopexy for pelvic organ prolapse with percutaneous surgical system: Results from a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;221:160-165.
  19. Coskun B, Lavelle RS, Alhalabi F, Christie AL, Zimmern PE. Anterior vaginal wall suspension procedure for moderate bladder and uterine prolapse as a method of uterine preservation. *J Urol*. 2014;192:1461-7.
  20. Milani R, Frigerio M, Manodoro S. Transvaginal sacrospinous ligament fixation for posthysterectomy vaginal vault prolapse repair. *Int Urogynecol J*. 2017;28:1103-1105.
  21. Aksakal O, Doğanay M, Onur Topçu H, Kokanali K, Erkiliñç S, Cavkaytar S. Long-term surgical outcomes of vaginal sacrospinous ligament fixation in women with pelvic organ prolapse. *Minerva Chir*. 2014;69:239-44.
  22. Rafailidis S, Ballas K, Dinas K. Small bowel incarceration associated with posthysterectomy enterocele. *Int Urogynecol J*. 2010;21:603-5.
  23. Mínguez JA, Auba M, Diaz-Cobos D. Vaginal evisceration in a patient with previous sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J*. 2011;22:1597-9.

**Tabla 1**
*Síntomas preoperatorios*

n (%)	(n = 155)
Tumoración	155 (100,0)
Presión	125 (80,6)
Constipación	75 (48,3)
Retención urinaria	43 (27,7)
Incontinencia por estrés	31 (20,0)
Urgencia miccional	6 (3,9)
Incontinencia fecal	6 (3,9)
Incontinencia mixta	5 (3,2)

**Tabla 2.**
*Grado preoperatorio del prolapso de la cúpula vaginal*

Grado del prolapso	<b>GRUPO A</b>	<b>GRUPO B</b>
	Culdoplastía de Mayo (n = 119)	Colposacropexia abdominal (n = 36)
I (Prolapso hasta las espinas isquiáticas)	13 (10,9)	3 (8,3)
II (Prolapso hasta el introito)	47 (39,5)	3 (8,3)
III (Prolapso más allá del introito)	59 (49,6)	30 (83,3)

**Tabla 3***Procedimiento quirúrgico realizado.*

n (%)	<b>GRUPO A</b>	<b>GRUPO B</b>	p
	Culdoplastía de Mayo (n = 119)	Colposacropexia abdominal (n = 36)	
Corrección posterior	119 (100,0)	8 (22,2)	0,0001
Enteroccele	119 (100,0)	8 (22,2)	0,0001
Corrección anterior	113 (94,9)	0	0,0001
Uretropexia retropúbica	2 (1,7)	7 (19,4)	0,0006
Reparación paravaginal	0	9 (25,0)	0,0001
Rectopexia	0	4 (11,1)	0,0106