

Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente hysterectomizada: caso clínico

Benjamín Cherem Cherem,* Josué Christian Hernández Bañales,** Alejandra Contreras Rendón***

RESUMEN

Se han propuesto múltiples mecanismos que contribuyen al desarrollo del prolapso de órganos pélvicos, sin llegar a una explicación completa del origen y de su historia. Tanto el envejecimiento como la paridad múltiple son los principales factores de riesgo para su desarrollo. Los cambios en el estilo de vida de la mujer actual, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad modifican el curso de la paridad, por lo que en la actualidad se presenta en menor porcentaje esta problemática. En el presente manuscrito se presenta el caso clínico de una mujer de 77 años con prolapso grado IV de la cúpula vaginal, con antecedente de histerectomía abdominal hace cuarenta años, con cuatro gestas y cuatro partos. Se le realizó como tratamiento quirúrgico la colpocleisis, con adecuada evolución postoperatoria, y en la actualidad tiene una buena calidad de vida. Los trastornos de la estética pélvica se han presentado a lo largo de la historia, por lo que se debe realizar una adecuada evaluación en el momento necesario y apropiado para ofrecer el tratamiento conveniente a las necesidades de la paciente y otorgar con ello, una calidad de vida normal.

IV degree vaginal vault prolapse in hysterectomized patient: case report

ABSTRACT

Multiple mechanisms have been proposed to contribute to the development of organ prolapse, short of a full explanation of the origin and history. Both aging and multiple parity are the major risk factors for its development. The changes in the lifestyle of the modern woman, socioeconomic status, education level, changes the course of parity so now comes in lower percentage this problem. We report the clinical case of a woman of 77 years with grade IV prolapse of the vaginal vault, history of abdominal hysterectomy forty years ago, 4 pregnancies and 4 vaginal births. Colpocleisis surgery is performed with proper postoperative course and now has a good quality of life. The pelvic static disorders have occurred throughout history should make a proper assessment, when necessary and appropriate to provide appropriate treatment to the patient's needs and grant a normal quality of life.

Palabras clave: Prolapso de la cúpula vaginal, colpocleisis.

Key words: *Vaginal vault prolapse, colpocleisis.*

Nivel de evidencia: IV.

Level of evidence: IV.

* Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia. The American British Cowdry Medical Center.

** Residente de la Subespecialidad de Uroginecología. Instituto Nacional de Perinatología.

*** Residente de Ginecología y Obstetricia. The American British Cowdry Medical Center.

Recibido para publicación: 21/09/12. Aceptado: 13/10/12.

Correspondencia: Dr. Benjamín Cherem Cherem

Homero 538-804, Polanco, 11560, México, D.F.

Teléfonos: 52543332 y 55317152

E-mail: bencherem@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medicgraphic.com/analesmedicos>

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es una condición que se define como la herniación de los órganos pélvicos más allá de las paredes vaginales. Éste puede tener un impacto negativo sobre la imagen corporal y la sexualidad. Los términos utilizados en la actualidad para definir esta entidad dependen del caso y son los siguientes: prolapso uterino, cistocele, rectocele, enterocele y prolapso vaginal.¹

El prolapso de la cúpula vaginal posterior a una histerectomía se presenta en un 0.1 a 18.2%, puede ser total o acompañado de prolapso de algún otro órgano. La incidencia va disminuyendo dependiendo

del grado de prolapso al que nos refiramos; por ejemplo, en un 39%, grado I; 35%, grado II, y 2% en grados III y IV.² Los factores predisponentes pueden ser los siguientes: genéticos, raza, cirugías pélvicas previas, embarazo, multiparidad, neuropatía, obesidad, tabaquismo, edad y menopausia. Según los factores de riesgo que intervengan se puede o no presentar el prolapso.¹

El estudio para el diagnóstico del prolapso es clínico y se evalúa de acuerdo con los síntomas que consisten en la sensación de plenitud o percepción de un cuerpo extraño vaginal, la presencia de una masa suave, abultada y, a menudo, cursan con síntomas urinarios, como infecciones urinarias o incontinencia urinaria de esfuerzo. La exploración física es fundamental, al no evidenciarse un prolapso total se pide ayuda de la paciente realizando un pujo y se observará la protrusión del órgano. El tratamiento es individualizado, dependiendo de los síntomas de cada paciente y el impacto en la calidad de vida. Está indicado en mujeres con síntomas de prolapso o condiciones asociadas (urinarias, intestinales o disfunción sexual).³

El objetivo de este artículo es informar el caso de una mujer de edad avanzada con prolapso total de órganos pélvicos grado IV, con antecedente de histerectomía hace 40 años. Éste es un caso infrecuente; actualmente, la técnica quirúrgica de colpocleisis como manejo resolutivo es considerada de elección en este tipo de pacientes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años de edad, quien ingresó a la institución con diagnóstico de prolapso total de órganos pélvicos grado IV para la realización de colpocleisis; la paciente no cuenta con vida sexual activa. Inicia el cuadro clínico desde hace un año con la sensación de un cuerpo extraño en la zona vulvar y con la salida de tejidos blandos a través del introito vaginal de manera paulatina, sin otra sintomatología agregada. Tres semanas previas a su ingreso se incrementó la sensación de un cuerpo extraño, llegando a ser molesto para el desenvolvimiento social, por lo que acudió a valoración médica (*Figura 1*). Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: histerectomía por laparotomía hace 40 años, secundario a sangrado uterino anormal por miomatosis uterina. Presentó cuatro gestas y el mismo número de partos, inició menopausia a los 48 años de edad, cáncer de mama a los 71 años, con cuadrectomía y administración de 20 sesiones de radioterapia mamaria.

A la exploración física se observa un prolapso total de la cúpula vaginal grado IV con integridad de los tejidos blandos (*Figuras 2 y 3*), por lo que se decidió realizar colpocleisis, debido a que la paciente negó vida sexual activa desde hace varios años.

El procedimiento quirúrgico realizado fue colpocleisis total sin complicaciones (*Figura 4*), posteriormente se colocó una sonda Foley, la cual se dejó 48 horas. La paciente fue egresada en un lapso de 72 horas sin complicaciones médicas.

Las fotografías presentadas en este manuscrito fueron autorizadas por la paciente.

DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una condición que se define como la herniación de los órganos pélvicos más allá de las paredes vaginales; éste puede tener un impacto negativo sobre la imagen corporal y la sexualidad.¹

Los términos prolapso de la pared vaginal anterior y prolapso de la pared vaginal posterior se prefieren a los términos cistocele y rectocele.³ La prevalencia exacta es difícil de determinar por varias razones: los diferentes sistemas de clasificación que se han utilizado para el diagnóstico, los estudios varían en función de la tasa de prolapso informada en mujeres que son sintomáticas o asintomáticas, y no se sabe cuántas mujeres con prolapso no buscan atención médica. El



Figura 1. Prolapso grado IV. Visualización en sala de quirófano del prolapso total de la cúpula vaginal en la paciente histerectomizada.

riesgo es de 11 a 19% de toda la vida en las mujeres sometidas a cirugía para el prolapo o incontinencia.⁴ Los factores de riesgo establecidos para el POP inclu-

yen: la paridad, edad avanzada, obesidad, padecimientos que incrementen la presión intraabdominal de manera crónica, tales como enfisema pulmonar, estreñimiento y tos crónica. Existe un aumento considerable después del primer nacimiento (cuatro veces), del tercero (nueve veces) y del cuarto (10 veces). Entre las mujeres que tuvieron hijos, se ha estimado que el 75% de los prolapsos pueden ser atribuidos al embarazo y el parto. Las mujeres con sobrepeso y obesidad (índice de masa corporal > 25) tienen un riesgo dos veces mayor de tener prolapo de que el de otras mujeres.⁵

- **Paridad.** No existe acuerdo sobre si el embarazo mismo o el parto afecta en el prolapo de órganos pélvicos, el riesgo aumenta 1.2 veces por cada parto. La multiparidad es un factor de riesgo, pero la nuliparidad no protege absolutamente contra el prolapo. En el parto existe lesión y denervación de los músculos elevadores del ano, lo que se involucra en dicha patología.
- **Edad.** Existe un aumento del 100% por cada decenio de la vida. En mujeres de 29 a 59 años se duplica el riesgo por decenio de vida a 1.6%; de 40 a 59 años aumenta 3.8%; de 60 a 79 años a 3%, y



Figura 2. Lesión ulcerosa de la pared lateral izquierda del prolapo. Se visualiza en la sala de quirófano una lesión ulcerada en cicatrización en la cara lateral izquierda del prolapo de la cúpula vaginal.

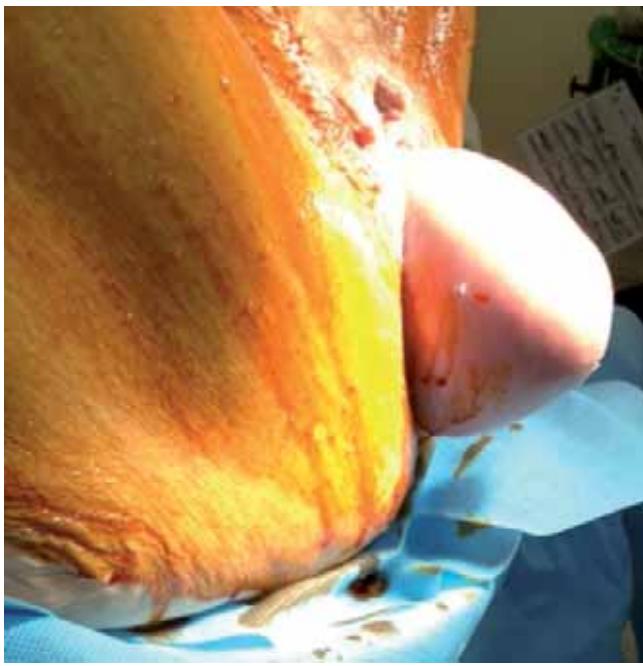


Figura 3. Vista lateral del prolapo. Se observa en una vista lateral del prolapo total de la cúpula vaginal posterior a asepsia y antisepsia para la realización de procedimiento quirúrgico.



Figura 4. Vista posterior a colpocleisis. Imagen que demuestra la reparación del prolapo de la cúpula vaginal posterior a colpocleisis y se observan los puntos de sutura.

a más de 80 años, 4.1%. Esto deriva del envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos y datos de hipoestrogenismo.

- **Raza.** Las mujeres de raza negra y asiáticas cursan con un menor riesgo, mientras las hispanoamericanas y caucásicas cursan con cuatro a cinco veces más riesgo, esto se asocia a diferencias en el contenido de colágeno, así como el tipo de pelvis.
- **Obesidad.** El sobrepeso y la obesidad (índice de masa corporal mayor de 25) incrementan 2 veces el riesgo de padecer prolapso. El aumento de peso se considera un factor de riesgo para la patología; es controversial si la pérdida de peso cursa con regresión del prolapso, pero es considerado un factor de riesgo modificable.
- **Aumento de presión intrabdominal.** Principalmente relacionado con tos crónica, obesidad, levantamiento de objetos pesados y estreñimiento crónico.⁵

Las pacientes pueden cursar con prolapso de estructuras, sensación de presión vaginal, síntomas asociados con disfunción urinaria, defecadora o sexual, dolor en la espalda baja o dolor pélvico. La severidad de los síntomas no se correlaciona bien con la etapa del prolapso. Los síntomas se relacionan con la posición, a menudo son menos notables en la mañana o en decúbito supino y empeoran a medida que avanza el día.⁶

El diagnóstico se realiza mediante un examen pélvico e historial médico. El sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q) se ha convertido en el sistema de prolapso estandarizado más comúnmente utilizado.⁷ La Sociedad Internacional

de Continencia adoptó el sistema de estadificación del prolapso de los órganos pélvicos conocido como POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System), en octubre de 1995, siendo aceptado posteriormente por la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos (*Cuadro I*). Este sistema utiliza nueve medidas como referencia: la distancia en centímetros con respecto al himen a cada uno de los seis puntos fijos en la pared vaginal (dos en la pared vaginal anterior, dos en la posterior y dos en el fondo vaginal) y tres mediciones perineales también en centímetros. Para facilitar la estadificación en la práctica clínica se incluyó una graduación ordinal del grado de prolapso (*Cuadro II*). En ésta, se asigna la etapa en relación con la protrusión máxima demostrada. A su vez, cada etapa se subagrupa, dependiendo cuál es la porción genital que más se protruye.⁶

El tratamiento es individualizado, dependiendo de los síntomas de cada paciente y el impacto en su calidad de vida. El tratamiento está indicado en mujeres con síntomas de prolapso o condiciones asociadas (urinarias, intestinales o disfunción sexual).^{5,6} En general, el tratamiento no está indicado para las mujeres con prolapso asintomático. La conducta expectante es una opción viable para las mujeres que pueden tolerar los síntomas y prefieren evitar el tratamiento. Las mujeres con prolapso sintomático o asintomático en quienes declive el tratamiento, sobre todo en estadio III o IV, deben ser evaluados de forma periódica para evaluar el desarrollo o empeoramiento de los síntomas urinarios o defecadores.⁷

El prolapso leve (I-II) muchas veces responde a medidas no quirúrgicas. Si el prolapso no está exteriori-

Cuadro I. Puntos de referencia estandarizados y aceptados por la Sociedad Internacional de Continencia desde 1995 conocido como POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System), la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos.⁷

Puntos de referencia utilizados en el POPQ.

Puntos anteriores:

- Aa: Pared vaginal anterior de 3 cm proximal al meato urinario. Su rango de posición es de -3 (normal) a +3
 Ba: Fórnix anterior o extremo anterior de la cúpula vaginal. En ausencia de prolapso es -3 por definición

Puntos superiores:

- C: Extremo distal del cérvix o cicatriz de la cúpula en la paciente hysterectomizada
 D: Fórnix posterior. En ausencia del cuello, el punto D se omite

Puntos posteriores:

- Ap: Similar a Aa en la pared posterior de la vagina
 Bp: Similar a Ba en la pared vaginal posterior

Hiato genital (Gh): Distancia en cm desde el meato urinario hasta el borde himenal inferior en la línea media

Cuerpo perineal (Pb): Distancia en cm desde el borde posterior del hiato genital hasta el borde anterior del ano

Longitud vaginal total (Tvl): Profundidad máxima en cm de la vagina

Cuadro II. Cada etapa se subagrupa según la porción genital que más protruye con los puntos previamente mencionados.⁷

Graduación ordinal del grado de prolapo

Grado 0: Sin prolapo. Aa, Ba, Ap y Bp tienen un valor de -3. C y D tienen un valor que va de -(Tvl) a -(Tvl-2)

Grado I: La porción más distal del prolapo está a más de 1 cm sobre el himen

Grado II: La porción más distal del prolapo está entre -1 y +1 cm respecto al himen

Grado III: La porción más distal del prolapo está a menos de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2)

Grado IV: Procidencia genital. La porción más distal está a más de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2)

Cada etapa se subagrupa según la porción genital que es más protuberante y se la designa con letras:

a = pared vaginal anterior. p = pared vaginal posterior. C = Cúpula. Cx = Cervix. Aa, Ba, Ap, Bp, D = ya definidos.

zado, del 20-50% de las mujeres pueden mejorar con terapia no quirúrgica. El tratamiento del estreñimiento fecal y de los crónicos tiene gran beneficio para la función pélvica. Los ejercicios de los músculos del piso pélvico (ejercicios de «Kegel») al realizarse con regularidad pueden prevenir el avance del prolapo de los órganos pélvicos. Cuando el prolapo está exteriorizado (III-IV) es muy importante tratarlo para prevenir el empeoramiento de la función vesical y rectal. Es importante prevenir la irritación, sangrado y formación de ulceraciones en la pared vaginal expuesta al ambiente externo.⁷ El tratamiento no quirúrgico incluye terapia conjunta, entrenamiento de músculos del piso pélvico y pesarios. Se recomienda este tipo de manejo cuando la observación ya no es la adecuada o la cirugía representa un riesgo mayor a los beneficios. La terapia adjunta se determina con base en los síntomas urinarios, defecatorios o de disfunción sexual, se recomienda una dieta abundante en agua y fibra, ejercicio regular y, si fuera necesario, laxantes. Los ejercicios de Kegel fortalecen los músculos pubococcígeos, aumentan el tono muscular y disminuyen la inestabilidad mediante el fortalecimiento del músculo estriado, aumentando la resistencia uretral. La curación a través de estos ejercicios va del 16-27% con tasa de mejoría de 48-80%.⁸ El pesario es un aparato de plástico en forma de aro, que puede ser instalado en la vagina para proveer soporte a los órganos pélvicos. Los pesarios han sido usados para el prolapo desde el tiempo de los egipcios. Cuando se usan de manera correcta, con cuidado médico regular, pueden ser efectivos por muchos años. También se puede usar un pesario mientras se espera a la corrección quirúrgica, o durante el embarazo en mujeres más jóvenes. Se recomienda su uso para disminuir los síntomas de frecuencia, gravedad, retrasar o evitar la cirugía, su contraindicación relativa es cuando la paciente no puede cumplir con el seguimiento o presencia de erosiones vaginales.⁹

El tratamiento quirúrgico tiene por objetivo principal mejorar los síntomas del prolapo y los asociados al sistema urinario inferior y gastrointestinal. El abordaje incluye rutas vaginales, abdominales o laparoscópicas, dependiendo de la extensión y ubicación del prolapo, así como de la experiencia del cirujano. La cirugía reconstructiva es una opción definitiva para el prolapo. En mujeres de edad avanzada, que no tendrán actividad sexual, la técnica más simple es la colpopleisis, en la cual se cierra el canal vaginal.¹⁰ Para el tratamiento del prolapo se encuentra disponible una amplia variedad de técnicas quirúrgicas abdominales y vaginales. La reparación vía abdominal es más eficaz para la restauración en la topografía vaginal; en comparación, las reparaciones vaginales incurren en una menor morbilidad y tienen una recuperación más corta. Los abordajes laparoscópicos y robóticos ofrecen un mejor soporte vaginal y una recuperación más corta.⁷

Los abordajes vaginales incluyen la histerectomía vaginal, la reparación de la pared vaginal anterior o posterior, la culoplastia de McCall, la reparación de Manchester (amputación del cuello uterino con suspensión del útero a los ligamentos cardinales), la colpopexia preespinal y sacroespinal, la ligadura del enterocele, la reparación paravaginal, el procedimiento y la reconstrucción perineal de Le Fort.⁷ Estas técnicas quirúrgicas se recomiendan en mujeres postmenopáusicas para las que la actividad sexual no es tan importante y en aquellas mujeres en la que se van a realizar otras técnicas correctivas que precisen de la vía vaginal.

Si la paciente cuenta con útero, se realiza una histerectomía vaginal fijando la vagina a los ligamentos uterosacros y parametrios. También es realizada en mujeres sin deseo reproductivo pero con actividad sexual conservada. La preservación del útero descendido en mujeres jóvenes que de-

sean conservar su fertilidad puede ser tratada con la operación de Manchester, con cervicopexia de Shirodkar y con la histeropexia sacroespínosa (fijación del cérvix a los ligamentos sacroespinales). La operación de Manchester consiste en una plastia anterior, amputación cervical, sección de ligamentos cardinales de Makenrodt y sutura de los mismos a la cara anterior del cuello uterino. Está indicada en prolapsos leves-moderados (grados I y II), si se desea conservar el útero y no existe indicación de hysterectomía. La amputación cervical conlleva riesgo de esterilidad, abortos espontáneos tardíos y parto prematuro; por tanto, conservar la fertilidad es una indicación dudosa de este procedimiento. Así, la operación de Manchester es más apropiada para las mujeres postmenopáusicas.⁸

En los pacientes sin útero, en caso de prolapso de cúpula vaginal, se han descrito un gran número de procedimientos vaginales, abdominales y combinaciones de ambos. La paciente tolera mejor el abordaje vaginal, existiendo diversas técnicas para fijar la vagina a diferentes estructuras: ligamento sacrociático menor, la suspensión ileocoxígea con sutura permanente y bilateral entre la pared lateroapical vaginal y el músculo ileocoxígeo anterior a la espina ciática o la culdoplastia de McCall.

Los abordajes abdominales incluyen la colpopexia sacra, la reparación paravaginal, la suspensión de la bóveda, la plicatura de ligamentos uterosacros, la ligadura del enterocele y la reparación de la pared vaginal posterior. La intervención quirúrgica abdominal puede realizarse por medio de una incisión abierta o con laparoscopia, la cual requiere de incisiones pequeñas. La elección de la cirugía va a depender de varios factores como la naturaleza, el lugar y la gravedad del prolapso, la asociación de síntomas adicionales que afectan la función urinaria, intestinal o sexual, la salud general de la mujer y la habilidad del cirujano.⁹

La colpocleisis es una técnica quirúrgica ideal para pacientes que no desean función vaginal. Existen, además, variaciones de la colpocleisis parcial, en la cual se deja una parte del epitelio vaginal, proporcionando vías de drenaje del cérvix y la vía genital superior. La colpectomía total es donde todo el epitelio vaginal es retirado desde el himen, posteriormente hasta 2 cm por dentro del meato uretral externo. La tasa de éxito va del 91-100%. La colpocleisis parcial tit con el uso de sutura absorbible deja la posibilidad de pérdida sanguínea asociada al procedimiento, se recomienda la plicatura del elevador con suturas permanentes y una perineorrafia alta para reforzar el cierre vaginal.¹¹

Las técnicas quirúrgicas percutáneas son mallas unidas a agujas percutáneas. Se trata de mallas extensas con un sistema de anclaje que permiten dar un soporte más integral y que se aplican con técnicas de mínima invasión. El sistema cuenta con un set de instrumentos (una guía, cánulas y dispositivos de tracción de la malla) para facilitar su introducción y su localización. En general, su uso se reserva para prolapsos grado III y IV. La malla es de polipropileno, macroporo, monofilamento y no absorbible, y puede ser anterior, posterior o total. La malla anterior cuenta con cuatro prolongaciones o brazos para fijarse en el arco tendíneo de la fascia endopélvica utilizando el agujero obturador. Se utiliza para la corrección del cistocele. La malla posterior posee dos brazos para fijarse en el ligamento sacroespínoso vía transglúteo que se utiliza para la corrección del rectocele. La malla total es la anterior unida a la posterior formando una sola. Se utiliza para la corrección de la combinación cistocele, rectocele y la corrección del prolapso de cúpula vaginal.¹¹

El prolapso de la cúpula vaginal no es causa de mortalidad, pero afecta la calidad de vida de las pacientes y, aunque en la actualidad la presencia de un prolapso grado IV es menos frecuente por el estilo de vida de las pacientes, es importante conocer sus implicaciones. Suele estar acompañado de enterocele, rectocele y cistocele con una incidencia entre el 0.5 y el 2%.¹¹

El tratamiento va desde el uso de pesarios hasta procedimientos quirúrgicos, ya sea por vía vaginal o por vía abdominal. Los objetivos del manejo quirúrgico son el alivio de los síntomas, la corrección del defecto del piso pélvico, la restauración del eje normal de la vagina, de la función vesical normal e intestinal y el mantenimiento de un potencial sexual satisfactorio. El abordaje abdominal causa menos dispareunia, menor recurrencia y no afecta el ángulo vaginal; la vía vaginal consume menos tiempo con recuperación postquirúrgica más rápida y menor posibilidad de lesión intestinal. La colpocleisis es una técnica quirúrgica ideal para pacientes que no desean función vaginal.^{12,13}

Es importante que al enfrentarnos a una paciente con prolapso de cúpula vaginal se deben buscar los métodos que mejoren la calidad de vida y que preserven en lo posible la función sexual.¹⁴

CONCLUSIONES

El prolapso de la cúpula vaginal afecta la calidad de vida en las mujeres; dependiendo de diversos

factores, la incidencia se ha modificado a través del tiempo. Éste representa un problema social importante en las pacientes. El tratamiento es variado, el cual comprende desde el uso de pesarios hasta procedimientos quirúrgicos por vía vaginal o abdominal, además de que se individualiza el caso, dependiendo el deseo de preservar la fertilidad, la función sexual y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 441.e1.
2. Wu M, Long C. Changing trends of surgical approaches for uterine prolapse: an 11 year population- based nationwide descriptive study. *Int Urogynecol J* 2012; 23 (7): 865-872.
3. Sung VW, Washington B, Raker CA. Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 483.e1.
4. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1096.
5. Swift S, Woodman P, O'Boyle A et al. Pelvic Organ Support Study (POSSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 795.
6. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007; 369: 1027.
7. Hernán BB. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69 (2): 149-156.
8. Thakar R, Stanon S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2004; 324: 1258-1262.
9. Clemons JL, Aguilar V, Tillinhast T. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1025-1029.
10. Richardson A, Lyon J. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 568-573.
11. Sung V, Rogers R, Schaffer J. Graft use in transvaginal pelvic organ prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2008; 112 (5): 1131-1142.
12. De Lancey JO, Morley GW. Total colpocleisis for vaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 1228-1235.
13. Smith MR. Colposacropexy: an alternative technique. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 1374-1375.
14. Bayron MR, Cortazar PA, Celades JF. Colpopexia sacroespinal: una alternativa razonable para el manejo del prolapso de la cúpula vaginal por vía vaginal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 1996; 47: 241-245.