

CIRUGÍA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Elisa López-Herrero Pérez	María Isabel Valdivia Jiménez	Febrero 2024
M ^a José Núñez Matas	Miguel Calero Rojas	Fecha revisión
		19 Febrero 2024

I. DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES GENERALES

El Prolapso de órganos pélvicos (POP) se define en el informe conjunto sobre terminología de la International Continence Society (ICS) como “el descenso de uno o más de la pared vaginal anterior, la pared vaginal posterior o el ápex vaginal (útero/cérvix o cúpula vaginal tras la histerectomía)”.

EL POP es una entidad clínica que impacta negativamente en la calidad de vida de la mujer. Es un trastorno frecuente cuya prevalencia y gravedad aumenta con la edad. La estimación de riesgo de cirugía de POP a lo largo de la vida de la mujer es del 10-20% y el 10%-30% de las pacientes operadas de POP necesitarán ser reintervenidas por la recurrencia del mismo. En la actualidad, la cirugía de POP es uno de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con mayor frecuencia en países desarrollados existiendo una tendencia creciente en la demanda de tratamiento.

Son candidatas a cirugía las mujeres con POP sintomático que rechazan o no mejoran con tratamiento conservador. El objetivo principales conseguir el control de los síntomas, la corrección anatómica del defecto y evitar su recurrencia. El éxito se define por la satisfacción quirúrgica y la mejora de la calidad de vida de la mujer lo cual, se correlaciona más con la consecución de las expectativas de la paciente y el alivio sintomático que con los resultados anatómicos.

El POP es un trastorno multidimensional que impacta de forma diferente a cada mujer y puede involucrar una variedad de síntomas en función no sólo del tipo de POP sino también de las características biométricas de la mujer y de su conjunto de valores.

El POP es una condición benigna y la elección del procedimiento quirúrgico debe ser individualizada y centrada en la paciente en un proceso de **Toma de Decisiones Compartida (TDC)**. La TDC ayudará al establecimiento de expectativas realistas y a la mayor satisfacción con la cirugía.

En esta Guía se exponen las recomendaciones que las Sociedades Científicas establecen en el proceso de decisión compartida en la planificación quirúrgica y la terminología estandarizada de los diferentes procedimientos quirúrgicos.

II.EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Una cuidadosa evaluación clínica es el primer paso de la planificación quirúrgica. El objetivo es conocer la motivación y el principal síntoma de la mujer y establecer la indicación quirúrgica si se correlaciona con la presencia del POP. El tratamiento debe priorizar los síntomas más molestos para la mujer.

En ocasiones, la principal preocupación de la mujer es la posible progresión del POP. La corrección quirúrgica del POP no molesto plantea riesgos sin beneficios para la salud. No hay indicación para la reparación del POP asintomático como procedimiento aislado ya que la historia natural del POP no sigue un curso progresivo en todas las mujeres.

Los objetivos de esta evaluación son:

- Identificar los síntomas asociados al prolapso (urinario, digestivo, ginecológico y sexual) y su impacto en la vida diaria y/o la discapacidad. Algunos síntomas son objetivables, mientras que otros serán subjetivos, difíciles de catalogar (como los referidos a la función sexual y dolor) y con dudosa correlación con el prolapso en sí mismo, especialmente en prolapso poco avanzado. No está bien establecida la relación entre el dolor pélvico crónico (DPC) y el POP.
- Conocer objetivos y expectativas de la paciente. La satisfacción de la paciente después de la cirugía por POP se correlaciona altamente con el logro de los objetivos quirúrgicos preoperatorios autodescritos
- Evaluar si el examen clínico (tamaño y tipo de POP) explica los síntomas.
- Conocer el perfil médico de la mujer (comorbilidades, obesidad, fragilidad) para establecer el riesgo operatorio y la vía y el procedimiento quirúrgico más adecuado a cada caso.
- Asegurar que la mujer tiene realizadas las pruebas ginecológicas de cribado rutinarias y descartar posible patología ginecológica.
- Ocasionalmente pueden necesitarse pruebas complementarias.

Prolapso y síntomas urinarios

La Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) sintomática tiende a asociarse con POP de bajo grado, mientras que los grados III y IV se asocian más a menudo con disfunción miccional.

La relación POP y vejiga hiperactiva es variable, en muchos casos mejorará tras la cirugía (especialmente en POP avanzados del compartimento anterior) pero en otros puede persistir y a veces aparecer de novo aunque esto es muy poco habitual. En los casos de prolapso asociado a vejiga hiperactiva se recomienda tratamiento conservador y medicación en espera de la cirugía.

La evaluación urodinámica preoperatoria no es útil en términos de predicción de persistencia de los síntomas y/o resultados postoperatorios ni para definir pacientes de mayor riesgo. Por tanto, no se recomienda de forma rutinaria preoperatoriamente. La urodinamia puede ser útil en el diagnóstico en casos complejos, disfunción miccional o cirugías previas de incontinencia urinaria.

Prolapso y defecación obstructiva

Los pacientes que tienen síndrome de defecación obstructiva (dificultad para defecar, asociado con esfuerzo y sensación de vaciado incompleto) pueden necesitar pruebas complementarias, especialmente en POP del compartimento posterior de bajo grado. La manometría anorectal es útil para diagnosticar el estreñimiento disinérgico (anismo), disfunciones de la sensibilidad rectal y contracción del esfínter anal. Estos trastornos deben diagnosticarse antes de la cirugía porque su tratamiento no es quirúrgico. Otras pruebas útiles pueden ser la defecografía y/o RNM.

Corregir el estreñimiento y mejorar la defecación obstructiva antes de la cirugía es importante ya que el esfuerzo defecatorio postoperatorio persistente puede precipitar la recurrencia temprana del POP.

Prolapso y función sexual

La actividad sexual y función sexual es un factor importante a discutir antes de la cirugía. Analizar y documentar la actividad sexual preoperatoria y el deseo de mantenerla o reanudarla es importante en la elección del procedimiento quirúrgico y la conservación de la capacidad vaginal.

Los estudios de histerectomía por POP generalmente no han demostrado ningún impacto claro sobre la función sexual. En general el tratamiento quirúrgico del POP la mejora o no la cambia y sólo un pequeño número de mujeres experimentan dispareunia de novo después de la cirugía, se utilice o no una malla. Diversos estudios demuestran que la dispareunia postoperatoria se correlaciona con dispareunia preoperatoria.

Factores de riesgo de recidiva

Es importante conocer los factores de riesgo (FR) de recidiva postquirúrgica. Los FR modificables relacionados con el estilo de vida (obesidad, tabaquismo, determinadas actividades físicas y deportivas, levantar y transportar cargas pesadas, sedentarismo, esfuerzos defecatorios, tos crónica, etc.) deben abordarse preoperatoriamente. (Tabla 1)

Tabla 1. Principales factores de riesgo para recidiva del prolapso

Edad < 60 años
Prolapso avanzado (grado 3 o 4)
Prolapso recidivado
Hiato genital grande o lesión del músculo elevador del ano en evaluación ecográfica prequirúrgica
Cirujano con poca experiencia o bajo volumen de cirugías

Obesidad

Aumento crónico de presión abdominal (estreñimiento, tos crónica...)

Los FR no modificables (edad, los antecedentes ginecológicos y obstétricos, el estado hormonal, enfermedades del colágeno o trastornos neurológicos) deberán tenerse en cuenta a la hora de decidir la técnica quirúrgica.

III.ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La elección del procedimiento quirúrgico primario del POP no sólo dependerá del tipo y grado del prolapso, sino también del riesgo quirúrgico y las preferencias de la mujer.

Se debe informar a la paciente sobre las distintas opciones quirúrgicas posibles e involucrarla en la elección de la modalidad que mejor se adapta a su situación particular. Si el procedimiento más adecuado no está disponible, será remitida a otro centro o profesional con mayor especialización.

Las técnicas quirúrgicas pueden ser reconstructivas (manteniendo la vagina abierta y funcional, por vía vaginal o abdominal) u obliterativa (cerrando el canal vaginal, siempre por vía vaginal).

La cirugía obliterativa tiene una alta tasa de éxito anatómico, bajas tasas de complicaciones y una alta satisfacción de la paciente, por lo que pueden ser una buena alternativa en pacientes frágiles en quienes los pesarios vaginales han fallado y la calidad de vida se ve significativamente afectada. Las consecuencias de la cirugía son la incapacidad para realizar una actividad coital vaginal de forma definitiva, así como la imposibilidad de evaluar por vía vaginal el cérvix y el útero por lo que es importante descartar previamente posible patología orgánica.

La piedra angular de cualquier tratamiento reconstructivo del prolapso es restablecer el ápex vaginal. Puede realizarse vía vaginal con tejido nativo (utilizando los propios tejidos de la paciente) o vía abdominal (sacropexia) con la colocación de malla. En ambos tipos de procedimientos, se puede optar por mantener o extirpar el útero.

La cirugía vaginal con tejido nativo presenta una mayor tasa de recurrencia anatómica. La principal estrategia para prevenir las recidivas es la reparación combinada de todos los defectos anatómicos de una forma integral, siendo clave el soporte apical. Existe un interés creciente en la perineorrafia simultánea ya que la reducción quirúrgica de un hiato agrandado podría disminuir también, el riesgo de recurrencia del POP. No existe consenso sobre cuándo y cómo abordar los defectos de nivel III o periné .

En general, la vía vaginal presenta menor riesgo quirúrgico y menor tiempo operatorio. La vía abdominal implica la entrada en cavidad peritoneal y la colocación de una malla y presenta mayor riesgo de complicaciones graves que la vía vaginal y el riesgo asociado de la malla, especialmente si se asocia a histerectomía total, recomendándose histerectomía supracervical en caso de ser necesaria.

Se debe informar a la mujer del riesgo de recurrencia anatómica de POP después de la cirugía vaginal (especialmente con tejido nativo) pero también informar que en muchas ocasiones, estas recurrencias no son clínicamente relevantes o sintomáticas y que los resultados funcionales y subjetivos son similares en ambas vías, sin diferencias significativas en tasas de reoperación. La mujer debe entender que la elección de procedimientos con mayor eficacia puede conllevar un mayor riesgo quirúrgico.

La cirugía abdominal es un buen recurso, tanto en los casos de prolapso en los que las técnicas vaginales han fracasado, como en cirugía primaria en pacientes con alto riesgo de recurrencia como son las mujeres jóvenes y aquellas con POP avanzado y deseo de preservar útero. Las mujeres mayores tienen un menor riesgo de recurrencia y un mayor riesgo de complicaciones operatorias en comparación con las mujeres más jóvenes por lo que la vía vaginal sería la primera opción.

Preservación uterina

Otro aspecto importante a debatir es la preservación o no del útero. La mujer puede desear conservar el útero para mantener la fertilidad y la identidad personal, o por razones culturales y religiosas. El 36-60 % de las mujeres prefieren preservar el útero cuando se les ofrecen opciones quirúrgicas de iguales resultados anatómicos y funcionales.

Los ensayos publicados sugieren que la histerectomía en sí puede estar asociada a un mayor riesgo de recurrencia y de reoperación para el POP, sin mejorar la corrección del mismo. Actualmente no hay evidencia para concluir que la histerectomía sea superior a los abordajes con preservación del útero. La ICS establece que la conservación uterina es una alternativa eficaz en el tratamiento quirúrgico del prolapso sintomático en mujeres que desean preservar la fertilidad o deseo de conservar útero. Nuestro objetivo será, por un lado, comprobar si existe alguna contraindicación para la preservación uterina y, por otro, si las ventajas de la histeropexia (menor tiempo quirúrgico, menor sangrado y menos complicaciones) son relevantes para cada paciente en concreto.

Pocas son las contraindicaciones para conservar el útero, y son relativas, debidas principalmente al teórico riesgo de tener que llevar a cabo una histerectomía en el futuro y que ésta sea técnicamente más compleja. (Tabla 2)

Tabla 2. Contraindicaciones relativas para la cirugía de preservación uterina

Anormalidades uterinas

Miomas, adenomiosis, patología endometrial

Displasia cervical actual o reciente

Sangrado uterino anormal

Metrorragia postmenopáusica

Cáncer familiar BRCA 1 o 2 positivo
Cáncer colorectal hereditario no poliposo (síndrome Lynch)
Terapia con tamoxifeno
No posibilidad de seguimiento ginecológico posterior

Cirugía de Incontinencia y Prolapso

La reparación del prolapso puede desenmascarar la IUE en mujeres previamente asintomáticas (incontinencia urinaria de esfuerzo oculta-IUEO) o empeorar los síntomas de IUE existentes.

Decidir si realizar procedimientos quirúrgicos simultáneos para tratar tanto el prolapso como la IUE requiere equilibrar los riesgos de un tratamiento incompleto y la posible necesidad de cirugía adicional en el futuro con los riesgos de exponer a la paciente a cirugía innecesaria y posibles complicaciones. La decisión debe ser consensuada.

La cirugía asociada de IU puede ser beneficiosa en caso de IUE manifiesta. En IUEO tanto la cirugía concomitante como en etapas son alternativas razonables. No se recomienda la cirugía antiincontinencia sistemática o rutinaria.

Análisis de resultados quirúrgicos

La definición de éxito quirúrgico son: ausencia de síntoma de bulto vaginal, ausencia de POP más allá del himen y NO necesidad de reintervención por POP. El análisis de las complicaciones, sobre todo las graves, asociado a las distintas técnicas quirúrgicas ha de completar el análisis de los resultados.

Consentimiento informado (CI)

El CI debe reflejar el consenso alcanzado a lo largo del proceso de TDC. Debe incluir opciones terapéuticas, riesgos específicos de los procedimientos y en particular del procedimiento elegido así como el riesgo concreto de la mujer.

IV. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTANDARIZADOS

La estandarización de los procedimientos quirúrgicos es un factor importante que influye en la tasa de éxito.

Cirugía del Compartimento Anterior

La reparación vaginal anterior se define como la reparación de la capa fibromuscular de la pared vaginal anterior, comúnmente mediante la técnica denominada colporrafia anterior (plicatura

de la línea media de la capa fibromuscular de la pared vaginal anterior) o mediante la reparación sitio-específico (reparación de los defectos específicos de la capa fibromuscular de pared vaginal anterior).

La reparación vaginal anterior con malla se define como el refuerzo de la capa fibromuscular con material implantado. No existe consenso universal para el uso de mallas sintéticas en el compartimento anterior, si bien la mayoría de autores las aconsejan en casos de recidiva, prolapso muy avanzado o factores de riesgo de recurrencia. En caso de utilizar malla, se usará la menor cantidad de material protésico posible y se usarán mallas de polipropileno, macroporosas y de bajo peso molecular y sobre todo aplicadas por cirujanos expertos.

Cirugía del Compartimento Apical

Los diferentes puntos utilizados en la cirugía reconstructiva para el anclaje del ápex vaginal configuran las distintas técnicas quirúrgicas: 1. Ligamento longitudinal anterior del sacro, que corresponde al nivel I de DeLancey. 2. Ligamentos uterosacros (US), que corresponden al nivel I de DeLancey. 3. Ligamento sacroespinoso (LSE), que corresponde al nivel I-II de DeLancey.

La cirugía clásica para el prolapso uterino ha sido la histerectomía vaginal, con colporrafia asociada si es necesaria. La histerectomía por sí sola no reparará el POP, por lo que es necesaria la suspensión de la cúpula vaginal a los US (técnica de McCall). Se identifican los ligamentos uterosacros y se pasan suturas a través del epitelio vaginal incorporando dichos ligamentos y el peritoneo posterior. En casos de prolapso muy avanzado es posible que los ligamentos uterosacros estén muy distendidos y no sean funcionales, por lo que tendremos que fijar la cúpula vaginal a los LSE. Los estudios demuestran similar eficacia para ambas técnicas.

Si existe elongación cervical, la técnica de elección es la intervención de Manchester, consistente en amputación cervical, fijación de complejo cardinal-uterosacro a istmo uterino (punto de Fothergill), invaginación de la mucosa vaginal para dejar cérvix permeable (puntos de Sturmdorf), y colporrafia anterior si es necesaria.

En casos de prolapso de cúpula vaginal, la técnica gold standard es la sacrocolpopexia abdominal. Esta técnica consiste en la suspensión del ápice vaginal al ligamento longitudinal anterior a nivel del promontorio sacro mediante una malla, con posible incorporación de la malla a la capa fibromuscular de la cara anterior y posterior de la vagina. Si lo que suspendemos es el cuello uterino al ligamento longitudinal anterior hablamos de sacrocervicopexia. Se recomienda suturar la malla al ligamento longitudinal anterior a nivel de S1 a S2 para minimizar el sangrado y evitar el disco intervertebral. Una variación de esta técnica es la colpoperineopexia sacra, que consiste en la extensión de la unión del injerto vaginal posterior hasta el cuerpo perineal, con el fin de brindar mejor soporte perineal. Estas técnicas pueden ser realizadas mediante laparotomía, laparoscopia o robótica, habiendo mostrado una disminución de la morbilidad, un menor tiempo de recuperación en el postoperatorio inmediato y buenos resultados las dos últimas.

También podemos tratar el prolapso de cúpula vaginal mediante un abordaje vaginal. Se realiza la fijación uni o bilateral del ápice vaginal al ligamento sacroespinoso con puntos irreabsorbibles (técnica de Richter) o utilizando una malla. La sutura debe ubicarse al menos 2-3

centímetros medial a la espina ciática para evitar estructuras neurovasculares pudendas. El acceso al ligamento sacroespinoso se puede realizar mediante un abordaje anterior (paravesical) o posterior (pararectal). Existen kits comercializados para el acceso al ligamento sacroespinoso únicamente mediante palpación, lo que reduce la morbilidad y dificultad del acceso mediante visión directa.

Técnicas de Preservación Uterina

Las hysteropexias son procedimientos de corrección del prolapso que suspenden el cuello uterino o el istmo sin extirpar el útero. Implican los mismos principios que otros procedimientos que implican la suspensión de la vagina (colpopexias), incluido el uso de las mismas estructuras anatómicas. Por lo tanto, la mayoría de procedimientos de colpopexia podrían modificarse para conservar el útero.

La sacrohysteropexia se refiere a la suspensión del cuello uterino o del istmo al ligamento longitudinal anterior del sacro mediante una malla, con preservación del cuerpo uterino. La malla se fija al cuello uterino y/o istmo y posiblemente a las paredes vaginales anterior y posterior. La malla anterior se pasa uni o bilateralmente por un ojal avascular en el ligamento ancho.

La sacropexia laparoscópica es una técnica con una curva de aprendizaje larga y un tiempo quirúrgico prolongado. Además en pacientes obesas o con variantes anatómicas, la disección del sacro puede ser muy complicada. Es por ello que en los últimos años se han desarrollado técnicas laparoscópicas más sencillas como la pectopexia (fijación del cuello uterino al ligamento pectíneo con malla) o la suspensión lateral de Dubuisson (fijación de la malla al istmo uterino anterior y los extremos laterales de la malla quedan suspendidos en la pared abdominal anterior cerca de la espina iliaca anterosuperior).

Las hysteropexias vaginales incluyen las hysteropexia sacroespínosa, la hysteropexia uterosacra y la intervención de Manchester.

Cirugía del Compartimento Posterior

La reparación vaginal posterior se define como la reparación de la capa fibromuscular de la pared vaginal posterior, comúnmente mediante la técnica denominada colpórrafia posterior (plicatura de la línea media de la capa fibromuscular de la pared vaginal posterior) o mediante la reparación sitio-específico (reparación de los defectos específicos de la capa fibromuscular de pared vaginal posterior).

La reparación vaginal posterior con malla se define como el refuerzo de la capa fibromuscular con material implantado. Actualmente el uso de mallas sintéticas está desaconsejado para la reparación del prolapso del compartimento posterior.

La reparación perineal o perineoplastia, se refiere a la aproximación de los componentes del tendón del cuerpo perineal nuevamente al cuerpo perineal (pueden incluir los músculos perineales profundo y superficial, el extremo distal de la capa fibromuscular de la pared vaginal posterior, los músculos bulboesponjosos, las fibras anteriores del esfínter anal externo, el músculo puborrectal y la membrana perineal). La reparación perineal incorpora estructuras que se sitúan caudal al remanente del himen, al contrario de la reparación vaginal posterior que incorpora estructuras craneales al

remanente del himen. El objetivo de la reparación perineal es reducir el hiato genital y alargar el cuerpo perineal para proporcionar soporte distal a la vagina.

La plicatura del elevador del ano implica la plicatura de dicho músculo hacia la línea media, incorporando una porción de la capa fibromuscular lateral de la pared vaginal posterior. En la actualidad se desaconseja (especialmente en mujeres sexualmente activas) debido al riesgo de dolor y de dispareunia secundaria.

Técnicas Obliterativas

La colpocleisis es la cirugía obliterativa más utilizada. Fue desarrollada por LeFort en 1877. Clásicamente, con la colpocleisis de LeFort, se conservan el cuello y el cuerpo uterino, pero puede realizarse en pacientes histerectomizadas (técnica de LeFort modificada). Consiste en la remodelación de áreas de epitelio vaginal «en espejo» de cara anterior y posterior, que luego se suturan entre sí para ocluir el canal vaginal. Es importante mantener libres de disección los 2-3 cm a nivel suburetral.

Los procedimientos que dejan el útero en su lugar implican la creación de túneles epitelizados bilaterales desde el cuello uterino hasta el introito para permitir el drenaje de posibles secreciones. A menudo se acompaña de una colpoperineorrafia posterior como refuerzo de suspensión añadido, a fin de disminuir el hiato genital y reforzar el cuerpo y la membrana perineal.

V.COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

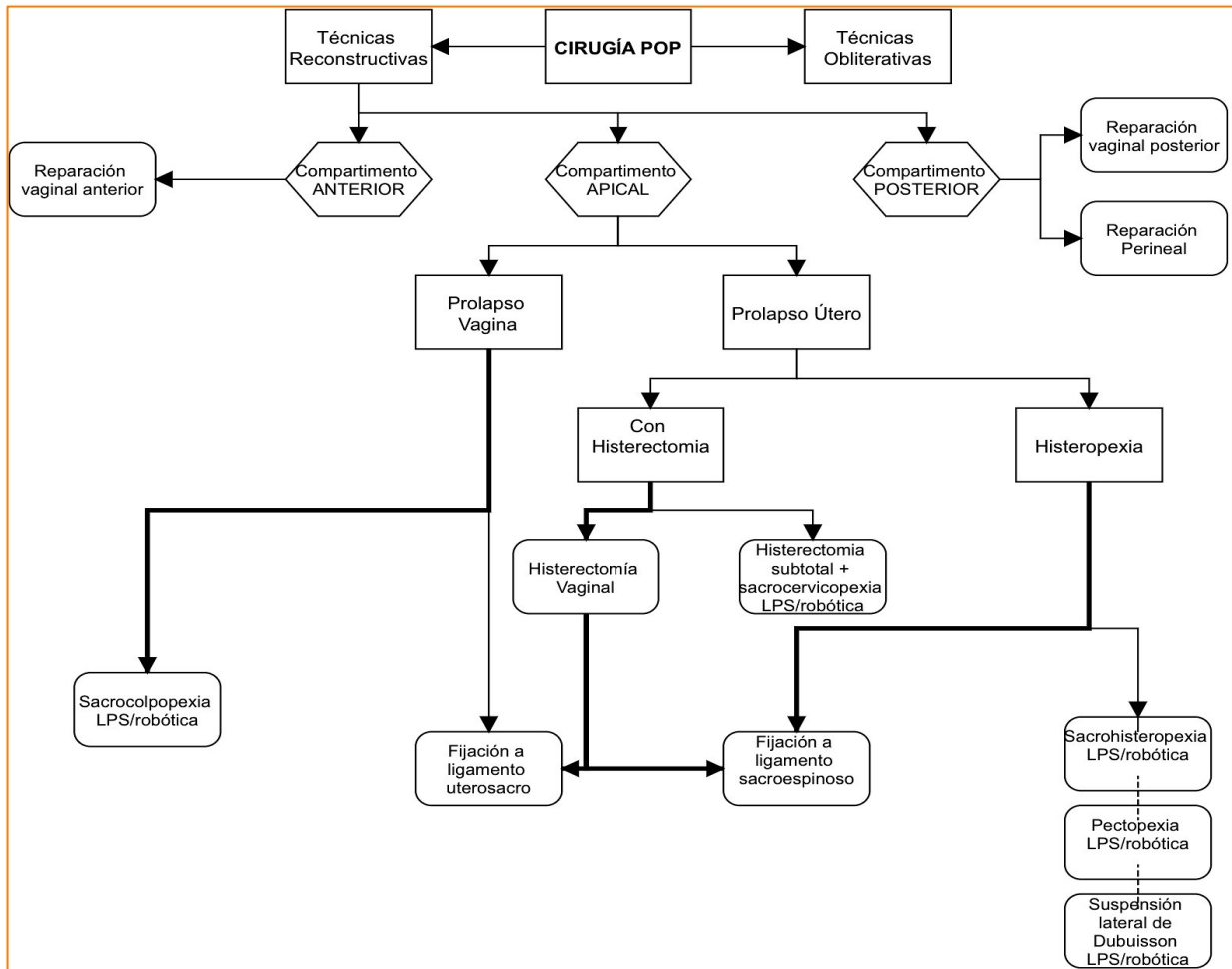
Los procedimientos quirúrgicos para la corrección del POP se consideran en general seguros, ya que la incidencia de complicaciones graves es baja. No obstante, algunas mujeres pueden experimentar dolor pélvico y dispareunia de novo y otras morbilidades que afectarán a su calidad de vida. La reparación del POP se puede realizar de forma segura en muchas mujeres adultas mayores, aunque las pacientes de 80 años o más tienen un riesgo quirúrgico casi el doble independientemente del índice de fragilidad. (Tabla 3 y 4).

Tabla 3. RIESGOS GENERALES CIRUGÍA POP	
Complicaciones Frecuentes	Complicaciones Graves
Infección de orina, infección de la herida quirúrgica o fiebre postquirúrgica	Lesión intestinal
Retención urinaria aguda	Lesión de la vejiga o trato urinario
Sangrado vaginal o hematoma	Sangrado excesivo que precise transfusión o reintervención
Dolor postquirúrgico / dispareunia	Absceso pélvico

Resultados deseados no logrados o recidiva POP	Tromboembolismo venoso
--	------------------------

Tabla 4. RIESGOS ESPECÍFICOS CIRUGÍA POP	
Procedimiento quirúrgico	Complicaciones
Histerectomía asociada	Mayor tiempo quirúrgico Mayor pérdida sanguínea
Cirugía con mallas	Erosión, extrusión o infección implante Dolor persistente que puede no mejorar tras retirada de malla
Técnicas Laparoscópicas	Complicaciones relacionadas con anestesia general y neumoperitoneo
Fijación US	Lesión o acotamiento uréter
Fijación SC	Dolor glúteo autolimitado Lesión nervio o vasos pudendos
Intervención Manchester	Estenosis cérvix Amenaza Parto Pretérmino
Sacropexia	Discitis Dificultad defecatoria

A continuación se muestra un algoritmo para la elección del procedimiento quirúrgico. La línea más gruesa representa la opción preferente. Ante igualdad de resultados, cada cirujano debe elegir la técnica con la que tenga más experiencia. Se debe advertir a la paciente que durante la evaluación intraoperatoria se puede decidir el procedimiento quirúrgico más adecuado en su caso.



BIBLIOGRAFIA

- Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. (2017). Pelvic organ prolapse surgery en Incontinence.
- Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler TL 2nd, Schaffer J, Chen Z, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(3): 600-609.
- Chang, O. H., Yao, M., Ferrando, C. A., Paraiso, M. F. R., & Propst, K. (2022). Determining the ideal intraoperative resting genital hiatus size—balancing surgical and functional outcomes. *Urogynecology*, 28(10), 649-657.
- Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C, López-Herrero E. GAP SEGO Prolapso de los órganos pélvicos 2019.

- Fritel X, De Tayrac R, De Keizer J, Campagne-Loiseau S, Cosson M, Ferry P, et al. BJOG. 2022; 129(4): 656-663 [DOI: 10.1111/1471-0528.16892] Serious complications and recurrences after pelvic organ prolapse surgery for 2309 women in the VIGI-MESH registry
- Gray G, Giarenis I. Surgical management of pelvic organ prolapse. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. 2021 Sep; 311 (9): 245-252.
- Geoffrion R, Larouche M. Guideline N.º 413: Surgical management of apical pelvic organ prolapse in women. J Obstet Gynaecol Can. 2021; 43(4): P511-523.e1. 34.
- Hill AM, Shatkin-Margolis A, Smith BC, Pauls RN. Associating genital hiatus size with long-term outcomes after apical suspension. Int Urogynecol J. 2020;31(8):1537-4
- Joint Report on Terminology for Surgical Procedures to Treat Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2020 Mar;26(3):173-201.
- Larouche M, Belzile E, Geoffrion R. Recurrencia Surgical management of symptomatic apical pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2021; 137(6): 1061-1073
- Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2018; 219(2): 129-146.e2
- NICE guideline. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng123
- Pizzoferrato AC, Thuillier C, Vénara A, Bornsztein N, Bouquet S, Cayrac M, Cornillet-Bernard M, Cotellet O, Cour F, Cretinon S, De Reilhac P, Loriau J, Pellet F, Perrouin-Verbe MA, Pourcelot AG, Revel-Delhom C, Steenstrup B, Vogel T, Le Normand L, Fritel X. Management of female pelvic organ prolapse-Summary of the 2021 HAS guidelines. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2023 Mar;52(3):102535.
- Raju R, Linder BJ. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. Mayo Clin Proc. 2021 Dec;96(12):3122-3129.
- Reid FM, Elders A, Breeman S, Freeman RM. How common are complications following polypropylene mesh, biological xenograft and native tissue surgery for pelvic organ prolapse? A secondary analysis from the PROSPECT trial . PROSPECT Study Group. BJOG. 2021; 128(13): 2180-2189 [DOI: 10.1111/1471-0528.16897].
- REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PELVICO DE LA MUJER Y CIRUGIA RECONSTRUCTIVA .vol 15. Numero 2.ICS STANDARDS 2023
- Rogers RG, Meyer I, Smith AL, Ackenbom M, Barden L, Korbly N, et al. Int Urogynecol J. 2022; 33(1): 115-122 [DOI: 10.1007/s00192-021-04954-0]. Improved body image after uterovaginal prolapse surgery with or without Hysterectomy
- Schulten SFM, Detollenaere RJ, Stekelenburg J, IntHout J, Kluivers KB, Van Eijndhoven HWF. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. BMJ. 2019; 366: I5149. 29.