

## Tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

E. Martín, A. Martínez, R. Usandizaga, J. Santisteban

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar resultados y complicaciones de distintas técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal (PC)

**Material y método:** Estudio retrospectivo de historias clínicas de pacientes a las que se realizó corrección quirúrgica de PC en el Hospital La Paz entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre del año 2000.

**Resultados:** Fueron tratadas 33 pacientes de PC en nuestro servicio realizándose colposuspensión al sacro por vía abdominal (CSAS) en 25 casos, operación de Richter en 3 casos y colpocleisis de LeFort en 5 casos. Las complicaciones de la CSAS fueron: lesión intestinal 1 caso (4,0%), fiebre 3 casos (12,0%), íleo paralítico 3 casos (12,0%), complicación de herida quirúrgica 1 caso (4,0%), infección urinaria 3 casos (12%). Las complicaciones de la operación de Richter fueron: lesión intestinal 1 caso (33,3%), y neuralgia 1 caso (33,3%). En una de las pacientes intervenidas según la técnica de LeFort se produjo la complicación de la herida quirúrgica (20% de los casos).

Todas las pacientes fueron revisadas en consulta en un plazo máximo de dos meses desde la intervención, sin encontrar ningún caso de recidiva del PC en ese momento. En el 42,85% de las pacientes que presentaban incontinencia urinaria antes de la intervención persistía el trastorno después de la misma.

**Conclusiones:** En pacientes con deseo de actividad sexual futura, tanto la intervención de Richter como la CSAS parecen técnicas adecuadas para la corrección del PC, con buenos resultados y pocas complicaciones en manos expertas. La colpocleisis de LeFort es una técnica segura y rápida de corrección del PC, que debería reservarse para pacientes ancianas, sin deseo de función coital futura.

En mujeres con PC es extraordinariamente frecuente la existencia simultánea de rectocele y cistocele, asociado o no a incontinencia urinaria, que deben buscarse expresamente en la visita preoperatoria para programar una cirugía correctora de todas estas situaciones, que suele consistir en la asociación de varias técnicas quirúrgicas.

**Palabras clave:** Prolapso de cúpula vaginal. Incontinencia urinaria. Colposuspensión sacra colpocleisis. Operación de Richter. Operación de LeFort.

---

**Correspondencia:** Dra. Elena Martín Boado.  
Dpto. de Obstetricia y Ginecología. Hospital La Paz  
Pº de la Castellana, 261.  
28046 Madrid

## SUMMARY

**Objective:** Our purpose was to compare success rates and complications of different surgery procedures to correct vaginal vault prolapse.

**Study design:** A retrospective study of three women with vaginal vault prolapse, undergoing sacrocolpopexy, sacrospinous fixation and colpocleisis between January 1997 and December 2000.

**Results:** Abdominal sacrocolpopexy was performed in 25 patients, sacrospinous fixation was performed in 3 women and colpocleisis was performed in 5 women. The incidence of complications after abdominal sacrocolpopexy was: 4% of intestinal injury, 12% of febrile morbidity, 12% of paralytic ileus, 4% of complications of surgical wound, and 12% of urinary tract infection. The incidence of complications after sacrospinous fixation was: 33,3% of intestinal injury, and 33,3% of neural injury. The unique complication in patients after colpocleisis was opening of surgical wound.

There was no recurrent vault prolapse in any of patients two months after surgery. Persistent urinary incontinence was present in 42,85% of patients with this symptom before surgery.

**Conclusion:** Abdominal sacrocolpopexy and sacrospinous fixation of prolapsed vault are successful operations to correct this disorder in women who want to preserve vaginal function. Colpocleisis is a safe technique to correct vaginal vault prolapse that should be reserved for elder women without coital function.

Latent stress urinary incontinence may be associated with vaginal vault prolapse and requires specific treatment. Therefore this symptom should be looked for in the pre-operative visit in order to programme surgical procedures to correct both disorders.

**Key words:** Vaginal cupula prolapse. Urinary incontinence. Colposuspension sacro colpodeisis. Richter operation. LeFort operation.

## INTRODUCCIÓN

El prolapso de cúpula vaginal (PC) es una complicación poco frecuente de la histerectomía (HT) que puede aparecer meses o años después de haberla realizado.

Para la corrección de este trastorno han sido descritas diferentes técnicas quirúrgicas tanto por vía abdominal como por vía vaginal para intentar anclar la cúpula vaginal a una estructura firme de la pelvis.

La técnica inicial descrita para la colposuspensión por vía vaginal apareció en una publicación médica a mediados del siglo XIX, con un doble objetivo, suspender la cúpula y ocluir la vagina. Con el tiempo esta intervención ha sufrido modificaciones y, aunque en la actualidad se sigue empleando en determinadas circunstancias, ha sido desplazada por otros procedimientos quirúrgicos que permiten preservar la función coital además de corregir el PC, como es el caso de la fijación de la cúpula al ligamento sacrociático menor u operación de Richter (1).

El tratamiento del PC por vía abdominal ha sido intentado a lo largo de la historia por múltiples cirujanos y han sido utilizadas y abandonadas numerosas técnicas quirúrgicas entre las que destacan la descrita por Ward (1938) que utilizaba aponeurosis de buey para suspender la cúpula vaginal de la fascia del músculo recto anterior. Beecham (1973) propuso una intervención similar a la anterior sustituyendo la fascia de buey por un fragmento de fascia lata de la paciente. Fletcher posteriormente describió la fijación

de la cúpula vaginal al extremo libre de una tira tallada de la fascia del recto anterior al que permanecía unida por el otro extremo. Todas estas técnicas quirúrgicas tenían el inconveniente de que desplazaban la vagina a un eje anterior anormal, que podría producir compresión vesical y disfunción coital.

Con la idea de conseguir la colocación vaginal en la posición más fisiológica Arthur y Savage describieron en 1957 la fijación de la cúpula al sacro mediante aponeurosis abdominal. Al ver que con el tiempo se producía recidiva del PC debido a estiramiento del fragmento de aponeurosis, ésta fue sustituida por material sintético, y así surgió la técnica más empleada hasta la actualidad para corregir el PC, la colposuspensión al sacro mediante una malla de material sintético (CSAS) descrita por primera vez en la literatura científica por Soichet (2) en 1970.

En el Hospital "La Paz," hasta hace diez años, se utilizaban fundamentalmente dos procedimientos para el tratamiento de este cuadro, dependiendo la elección de uno u otro de la situación clínica de la paciente. En pacientes sin relaciones sexuales o con gran riesgo quirúrgico se realiza una cleisis vaginal mediante la técnica de LeFort (1).

En mujeres que deseaban mantener la actividad sexual se realizaba la técnica de Fletcher que fue abandonada porque al producir un eje anormal en la vagina se asociaba a disfunción sexual, como hemos comentado previamente al referirnos a este tipo de técnicas. Esta operación fue sustituida entonces por

la CSAS mediante malla de material sintético no reabsorbible y más recientemente se ha introducido la fijación de la cúpula al ligamento sacrociático menor por vía vaginal.

En este estudio pretendemos analizar las características epidemiológicas de las pacientes, la sintomatología en el momento del diagnóstico, las complicaciones y los resultados del tratamiento del PC por las técnicas previamente comentadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo de las historias clínicas de 33 pacientes identificadas a través de la Unidad de Codificación del Hospital "La Paz", en las que se realizó corrección quirúrgica de un prolapso de cúpula vaginal en nuestro servicio, entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre del año 2000.

Los datos recogidos en las pacientes estudiadas incluyen edad, número de partos vaginales, vía abdominal o vaginal de histerectomía realizada, así como tiempo entre dicha intervención y la aparición del prolapso de cúpula. Cuando previamente se había realizado alguna intervención correctora del prolapso de cúpula ésta fue considerada en el estudio.

Los síntomas recogidos en el momento del diagnóstico fueron sensación de bulto en genitales, disfunción coital, disfunción en la defecación, retención urinaria, e incontinencia urinaria. Cuando las pacientes presentaban en la exploración cistocele o rectocele asociado al prolapso de cúpula, este dato fue reseñado.

En lo que a la cirugía se refiere, fue recogida la técnica quirúrgica, la duración de la intervención, el daño vesical o intestinal, el descenso de la hemoglobina durante el acto quirúrgico, el número de días de ingreso tras la cirugía, así como la aparición en este periodo de fiebre, íleo paralítico, tromboembolismo, complicación de la herida quirúrgica, neuralgia o infección de orina.

Todas las pacientes fueron revisadas un mes después de la cirugía valorándose entonces el resultado quirúrgico.

Una minoría de las pacientes consultó tiempo después de la intervención por complicaciones del procedimiento y en tales casos hemos reseñado el motivo de consulta y el tiempo transcurrido entre la cirugía y el momento de la misma.

El análisis estadístico de los datos ha sido realizado con la ayuda del servicio de Medicina Preventiva del Hospital "La Paz" mediante el programa SPSS 10.

## RESULTADOS

Un total de veinticinco pacientes fueron tratadas mediante CSAS, tres pacientes mediante la técnica de Richter y cinco pacientes mediante la operación de LeFort. Las características de las pacientes se resumen en la tabla 1.

Cuando consideramos globalmente todos los casos del estudio, el tiempo transcurrido entre la realización de HT vaginal y la aparición del PC (26,2 meses) fue claramente inferior al transcurrido entre la realización de HT abdominal y la aparición del PC (129,71 meses) siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Entre las pacientes intervenidas hubo un caso en el que se realizó CSAS en el mismo acto quirúrgico que la histerectomía vaginal. Se trataba de una paciente de 36 años con prolapso uterino a la que le fue practicado una HT vaginal con sutura de un extremo de una malla de Mersilene a la cúpula vaginal y fijación del extremo libre de dicha malla al sacro mediante cirugía laparoscópica.

Dos mujeres habían sido intervenidas previamente del prolapso de cúpula vaginal mediante CSAS y en ambas se evidenció en el momento de la cirugía una malla únicamente unida al sacro, que fue repuesta anclándola a la cúpula vaginal. Una de ellas había sido intervenida con anterioridad por el mismo motivo realizándose una fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos redondos por vía abdominal, recidiando el cuadro en menos de un año.

La clínica que presentaban las pacientes en el momento del diagnóstico del prolapso de cúpula vaginal se detalla en la tabla 2.

**Tabla 1**  
**EDAD, N° PARTOS VAGINALES Y TIEMPO DESDE LA HISTERECTOMÍA (HT)**

	CSAS n=25		Richter n=3		LeFont n=5	
	Media	Intervalo	Media	Intervalo	Media	Intervalo
Edad	59,11	36-86	58	53-65	78,2	77-82
N° partos vaginales	2,99	1-8	3,6	3-4	2,8	2-4
Tiempo desde HT abdominal (meses)	<b>n=19</b> 112,81	9-360	<b>n=3</b> 94	36-204	<b>n=1</b> 144	
Tiempo desde HT vaginal (meses)	<b>n=6</b> 32,00	0-84	<b>n=0</b>		<b>n=4</b> 16,25	5-48

**Tabla 2**  
**CLÍNICA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO**

	Frecuencia	Porcentaie (%)
Bulto en genitales	33	100
Dificultades en el coito	6	18,18
Dificultades en la defecación	1	3,57
Dificultades en la micción	4	12,12
Incontinencia urinaria	7	21,21

Durante la exploración ginecológica se objetivaron cistocele y rectocele asociados al PC en 18 (54,54%) y 14 (50,00%) pacientes respectivamente.

Los datos referidos a las distintas técnicas quirúrgicas así como las complicaciones evidenciadas en los primeros días tras la cirugía se encuentran en la tabla 3.

En las pacientes que presentaban cistocele o rectocele asociado al prolapso de cúpula vaginal, éstos fueron corregidos mediante colporrafia anterior y colpoperinorrafia respectivamente.

Todas las mujeres fueron citadas en consulta en un periodo que osciló entre uno y dos meses tras la cirugía. No ocurrió recidiva del prolapso de cúpula en ninguna de ellas en este periodo. Una de las pacientes intervenida según la técnica de Richter presentó una estenosis vaginal franca que requirió corrección quirúrgica.

La incontinencia urinaria persistía en este momento en tres pacientes, lo que supone que el 42,85% de las mujeres que presentaban esta altera-

ción antes de la intervención, la cirugía correctora del PC más colporrafia anterior en caso de cistocele asociado, no consiguieron corregirla.

Tres años después de la intervención una paciente acudió al hospital por un cuadro de dolor sacro. Se confirmó una osteomielitis sacra que se resolvió con la retirada de la malla.

## DISCUSIÓN

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco habitual de la HT, pero que cuando ocurre empeora la calidad de vida de la paciente por la sintomatología que produce.

La incidencia real del trastorno es difícil de conocer pues en la mayoría de los hospitales no se hace seguimiento a largo plazo de las pacientes intervenidas de patología benigna y por tanto solo llegan a nosotros aquellas pacientes que desean una corrección quirúrgica de su situación.

En el Hospital La Paz se realizan una media de 413,5 HT abdominales y 123,5 HT vaginales anualmente. De los prolapsos de cúpula diagnosticados anualmente 5,75 casos tuvieron lugar tras una HT abdominal, y 2,5 casos ocurrieron tras una HT vaginal. Ello supone una incidencia de 1,39 prolapsos de cúpula por cada cien HT abdominales realizadas, y 2,02 prolapsos de cúpula por cada cien HT vaginales realizadas, cifras que deben considerarse aproximadas, ya que no todas las pacientes con PC habían sido hysterectomizadas en nuestro centro y que seguramente ha habido mujeres que, tras presentar un PC, han rechazado la idea de una segunda intervención, por lo que no han sido remitidas al hospital.

**Tabla 3**  
**PARÁMETROS REFERIDOS A LA INTERVENCIÓN Y COMPLICACIONES DE LA MISMA**

	CSAS n=25		Richter o=3		LeFort n=5	
	Media	Intervalo	Media	Intervalo	Media	Intervalo
Duración de intervención (min)	113,19	45-180	141,66	80-255	74,00	35-135
Descenso de Hb* (gr/dl)	1,23	0-4	1,5	1-2	0,66	0-1
Nº días interesada tras ciruda	8,27	5-24	8,66	9-11	5,66	3-7
<b>COMPLICACIONES:</b>	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lesión vesical	1	4,0	0		0	
Lesión intestinal	0		1	33,3	0	
Fiebre (Tra > 38 °C)	3	12,0	0		0	
Tromboembolismo	0		0		0	
Íleo paralítico	3	12,0	0		0	
Herida quirúrgica complicada	1	4,0	0		1	20
Neuralgia	0		1	33,3	0	
Infección de orina	3	12,0	0		0	

\*Hb= hemoglobina

En las pacientes estudiadas, la aparición del cuadro ocurre principalmente en mujeres mayores de cincuenta años, con el antecedente de dos o más partos vaginales y la aparición es más precoz cuando la HT fue realizada por vía vaginal, que es lógico si tenemos en cuenta que la indicación de la HT por vía vaginal es el prolapso uterino, a su vez asociado a una debilidad (3) de los tejidos del suelo pélvico.

La corrección quirúrgica del prolapso de cúpula vaginal constituye un reto para el ginecólogo, debiendo lograr un anclaje firme de la cúpula a alguna estructura pélvica ya que de otro modo el cuadro recidivará con toda seguridad pocos meses tras la cirugía. Ya en 1960 afirmaban Simmonds y Pratt (4) de la Clínica Mayo: "No traten el prolapso de cúpula vaginal como un cisto-rectocele; simplemente no es posible".

En lo que a los síntomas en el momento del diagnóstico se refiere, todas las pacientes referían sensación de bulto en genitales que interfería su actividad diaria.

Los siguientes síntomas más frecuentes fueron la incontinencia urinaria 21,21% de los casos y las dificultades en el coito en 18,18%.

La presencia de incontinencia urinaria debe ser identificada en la consulta para indicar su corrección en el acto quirúrgico en el que se corrija el PC ya que ni la CSAS ni la operación de Richter consiguen por sí mismas corregir esta alteración.

Durante la anamnesis de la paciente en la consulta preoperatoria es importante hacer hincapié en la existencia de actividad sexual o la posibilidad de actividad sexual en un futuro ya que este hecho va a condicionar la técnica quirúrgica a emplear.

El PC se presenta asociado a cistocele, rectocele o ambos en nuestro estudio en 92% de los casos. "Así como la colpografía anterior suele ser necesaria en el momento de la CSAS, la corrección de un rectocele visto en el preoperatorio suele ser innecesaria tras esta técnica quirúrgica, y su reparación puede llevar a cicatrización vaginal posterior o estenosis vaginal, con dispareunia resultante" (5). En caso de utilizarse la intervención de Richter siempre es necesaria la corrección del cisto-rectocele cuando éstos están presentes.

Si analizamos los resultados que se refieren a las distintas técnicas quirúrgicas realizadas, lo primero que llama la atención es el reducido número de intervenciones según la técnica de Richter, y es que se trata de una técnica recientemente introducida en nuestro servicio y por tanto hay pocos cirujanos que la empleen.

Durante la intervención de una de estas pacientes se produjo lesión accidental del yeyuno durante la apertura de la cúpula vaginal debido a adherencias del intestino a la misma, que requirió la resección

parcial del mismo con la consiguiente distorsión de todos los parámetros del estudio referidos a la cirugía. En la misma paciente se produjo atrapamiento del nervio pudendo con aparición de dolor severo los días siguientes a la cirugía.

Dado el escaso número de pacientes en el estudio en las que se realizó esta técnica no es posible sacar conclusión alguna de estos resultados.

Hay varios artículos (6, 7) en la literatura científica donde se detallan complicaciones asociadas a la técnica como laceración rectal, hemorragia, atrapamiento neural, infección de la herida quirúrgica y estenosis vaginal con dispareunia.

Sin embargo, son también muchos los autores (8) que han comunicado muy buenos resultados con esta técnica con tasas de éxito entre 97 y 100%, con complicaciones poco frecuentes en manos expertas. Además no hay que olvidar las ventajas de la cirugía vaginal en caso de que la paciente presente patología como obesidad mórbida, cirugía abdominal con anterioridad, patología inflamatoria intestinal o enfermedad inflamatoria pélvica previas.

A la vista de nuestros resultados la colpocleisis de LeFort resulta una técnica fácil de realizar, en la que se produce una escasa pérdida sanguínea, requiere pocos días de ingreso posoperatorio y tiene escasas complicaciones. Sin embargo, al imposibilitar definitivamente la actividad coital, es una técnica que debería reservarse para pacientes ancianas después de conocerse claramente los intereses de la paciente en lo que a este tema se refiere.

La CSAS mediante malla de material sintético permite la sujeción de la cúpula conservando el eje normal de la vagina y mantienen su longitud máxima de forma segura y duradera. Esta es la técnica más empleada actualmente en nuestro servicio para corregir el PC.

En este trabajo la hemorragia durante la intervención, estimada por el descenso de la hemoglobina, fue escasa y similar a la de las otras dos técnicas correctoras. Las complicaciones más frecuentes de la técnica fueron leves y consistieron en aparición de fiebre, íleo paralítico e infección urinaria.

La única complicación grave fue la apertura de la pared vesical durante la preparación de la cúpula vaginal para la inserción de la malla que requirió sutura de la pared y evolucionó favorablemente. El número de días de ingreso fue similar en las tres técnicas.

En cuanto a las complicaciones a largo plazo cabe destacar la recidiva del prolapso de cúpula, asociada en distintos trabajos a que el material de suspensión se había unido a una pequeña zona de la cúpula, proponiendo una inserción más amplia de la malla alrededor de toda la cúpula vaginal (5, 9).

Nosotros no hemos tenido ninguna recidiva quizás porque todavía ha pasado poco tiempo desde la

intervención de estas pacientes, y porque no hacemos seguimiento hospitalario de estos casos, de forma que quizás haya pacientes con recidiva de PC que hayan optado por no ser reintervenidas, o que hayan acudido a otros centros.

Sin embargo, dos de las pacientes que intervenimos sí tenían el antecedente de una CSAS años previos y en la cirugía sí objetivamos una cúpula vaginal libre del anclaje al extremo de la malla, quizás por una fijación a una zona reducida de la cúpula como señalaban los trabajos mencionados.

De los resultados del trabajo llama la atención la persistencia de la incontinencia urinaria tras la cirugía en un elevado porcentaje de pacientes (42,85%) si no se realizan técnicas específicas para tratarla. En opinión de Addison y col. (5) "la colporrafia anterior no constituye un tratamiento quirúrgico adecuado de la relajación de dicha pared y la incontinencia urinaria por esfuerzo durante la colpopenia abdominosa-cra, siendo la colposuspensión de Burch asociada a la CSAS la técnica que brinda mejores resultados en estos casos".

Como complicación a largo plazo en nuestra serie, cabe destacar el caso de osteomielitis sacra tres años después de la intervención. Esta es una complicación severa, no descrita en la literatura pero posible por el anclaje de la malla en el hueso a través de material metálico que actúa como cuerpo extraño.

Muchos trabajos publicados han comparado los resultados de la operación de Richter y la CSAS con el objetivo de averiguar cuál de ellas es más eficaz en el tratamiento del PC.

Hardiman y col.(8) publicaron en 1996 un estudio retrospectivo que incluía 125 pacientes intervenidas según la técnica de Richter y 80 pacientes a las que se les había realizado una CSAS. Compararon la morbilidad y los resultados de ambas cirugías. Los resultados del estudio se encuentran en la tabla 4.

Este grupo de investigadores no encontró diferencias significativas de resultados ni complicaciones entre los dos procedimientos salvo una mayor pérdida sanguínea en la CSAS sin repercusión hemodinámica importante en la paciente.

La colposuspensión profiláctica en el mismo acto quirúrgico de la HT ha sido muy debatida en la literatura mundial. Nosotros la hemos realizado en una paciente, como ya hemos mencionado.

Hay autores que han criticado este proceder como es el caso de Morley (1) debido a que el PC es una complicación infrecuente de la HT vaginal, y el número de casos evitados con esta intervención profiláctica no compensaría sus posibles complicaciones, el incremento del gasto sanitario, y la prolongación del tiempo quirúrgico.

Por el contrario Cruikshank (10) defiende un enfoque individualizado en cada paciente sometida a una HT vaginal y considera indicada la cirugía profiláctica en caso de que la paciente presente más de un defecto del suelo pélvico en el momento de la intervención.

## CONCLUSIONES

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco frecuente de la histerectomía que puede aparecer meses o años después de la intervención.

Han sido numerosas las técnicas quirúrgicas descritas a lo largo de la historia para corregir el PC, lo que da una idea de la falta de eficacia de todas ellas. Desde que Arthur y Savage describieron la corrección del PC mediante la fijación de la misma al sacro, y Richter la intervención que hoy lleva su nombre, estas dos técnicas han sido ampliamente empleadas y perfeccionadas con muy buenos resultados, llevando al olvido a las demás técnicas descritas con este fin.

Tanto la CSAS como la operación de Richter son técnicas quirúrgicas adecuadas para tratar el PC que logran restaurar de forma duradera la posición anatómica de la vagina, con pocas complicaciones en manos expertas.

El PC ocurre como resultado de un binomio formado por la falta de anclaje de la cúpula vaginal una vez extirpado el útero por un lado, y por la debilidad del suelo pélvico por otro. Esta laxitud del suelo pélvico hace que sea extraordinariamente frecuente la presencia simultánea de rectocele y cistocele, asociado o no a incontinencia urinaria, que deben buscarse expresamente en la visita preoperatoria para programar una cirugía correctora de todas estas situaciones, que como ya hemos explicado suele consistir en la asociación de varias técnicas quirúrgicas.

La colpocleisis de LeFort es una técnica segura y rápida de corrección del PC, pero es un procedimiento

**Tabla 4**  
**MORBILIDAD COMPARATIVA DE RICHTER Y CSAS**

Hardiman y col. 1996			
	Richter n=125	CSAS n=80	Diferencia Estadística
Pérdida sanguínea (ml)	567	745	P=0,04
Fiebre (%)	10,4	6,3	NS
Lesión intestinal (%)	3	5	NS
Tromboembolismo (%)	0	0	NS
Infección urinaria (%)	8	2	NS
Recidivadel PC	2,4	1,3	NS

to obliterante que impide de forma irreversible la función coital, por lo que debería reservarse para pacientes ancianas, tras conocer expresamente los deseos de la paciente en lo que a este tema se refiere.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Morley GW:** Tratamiento para eversión de cúpula vaginal a través de la vía vaginal. *Clinicas en Obstetricia y Ginecología* 1993, 4: 925-33.
2. **Soicht S:** Surgical correction of total genital prolapse with retention of sexual function. *Obstet Gynecol* 1970, 36:69-75.
3. **Jackson SR, Avery NC:** Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. *Lancet* 1996, 347:1658-61.
4. **Symmonds RE, Pratt JH:** Vagital prolapse following Hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1960, 79: 899-909.
5. **Addison WA, Timmons MC:** Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía abdominal. *Clinicas en Obstetricia y Ginecología* 1993, 4: 935-943.
6. **Valaitis SR, Stnnton SL:** Sacrocolpopexy: a retrospective study of clinician's experience. *British J Obstet and Gynecol* 1994, 101: 518-22
7. **Morley GW, De Lancey JOL:** Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1988, 158: 872-81.
8. **Hardiman PJ, Drutz H:** Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropey Success rates and complications. *Am J Obstet Gynecol* 1996, 175:612-6.
9. **Addison WA, Timmons MC:** Failed abdominal sacral colpopexy: Observations and recommendations. *Obstet and Gynecol* 1989, 74:480-2.
10. **Crikshank SH:** Sacrospinous fixation. Should this be performed at the time of vaginal hysterectomy?. *Am J Obstet Gynecol* 1991, 164:1072-6.