



Universidad
Zaragoza



Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Sintomatología en pacientes con cistocele.
Evolución tras corrección quirúrgica.
Symptomatology in patients with cystocele.
Evolution after surgical correction.

Autor:

Lucía Calavia Cifuentes

Director/es:

Marta Lamarca Ballesterro
Leyre Ruiz Campo

Estudiante de Medicina
Universidad de Zaragoza
Departamento de Cirugía, Área de Ginecología y Obstetricia
NIP 795394
Zaragoza, 2025

ÍNDICE

RESUMEN:	3
ABSTRACT:	3
PALABRAS CLAVE	4
ABREVIATURAS:	4
INTRODUCCIÓN:	5
EPIDEMIOLOGÍA:	5
ANATOMÍA:	6
BIOMECÁNICA:	8
CLASIFICACIÓN POP-Q:	8
SINTOMATOLOGÍA:	10
TRATAMIENTO:.....	11
<i>Tratamientos Conservadores:</i>	11
<i>Tratamiento quirúrgico:</i>	12
Técnicas:.....	13
Colporrafia anterior:	14
Reparación paravaginal:	14
Cirugía con malla de polipropileno:	14
Efectos tras la cirugía:	15
Complicaciones y recidivas:	15
OBJETIVOS:	17
MATERIAL Y MÉTODOS:	18
DISEÑO DEL ESTUDIO:	18
POBLACIÓN Y MUESTRA:	18
<i>Criterios de inclusión:</i>	18
<i>Criterios de exclusión:</i>	18
RECOGIDA DE DATOS:	18
VARIABLES DEL ESTUDIO:	18
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	19
ASPECTOS ÉTICOS:	19
RESULTADOS:	20
DISCUSIÓN:	26
CONCLUSIONES:	33
BIBLIOGRAFÍA:	34
ANEXO I:	36
ANEXO II:	42
ANEXO III:	43

RESUMEN:

Introducción: El cistocele es una forma frecuente de prolapso de órganos pélvicos que afecta a un considerado número de la población femenina en edades medias de la vida. Su principal síntoma es la aparición de un bulto vaginal. La colpografía anterior continúa usándose como forma de tratamiento quirúrgico, pero su eficacia y tasa de recidiva sigue siendo objeto de estudio.

Objetivo: El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de la colpografía anterior en pacientes con cistocele, comprobando la mejoría sintomática y analizar posibles factores de riesgo asociados a la recidiva.

Material y métodos: Se incluyó a 91 pacientes con un cistocele de grado ≥ 2 en un estudio observacional retrospectivo donde se recogieron una serie de variables socioepidemiológicas y sintomáticas, y posteriormente se analizó su evolución y la posible asociación con la presencia de recidiva anatómica.

Resultados: Los resultados obtenidos demostraron una mejoría clínica en los síntomas urinarios tras la intervención, así como la sensación de bultoma o de pesadez vaginal. Los parámetros que mejores resultados obtuvieron fueron la frecuencia de urgencia urinaria, con una mejoría del 76,2% y la sensación de vaciado incompleto, reduciéndose de 13 pacientes a 0.

Conclusiones: La tasa de recidiva anatómica fue del 10.9% ($n = 10$) y la de éxito de la colpografía del 89.1%. Únicamente 4 pacientes fueron reintervenidas, tres por reaparición del cistocele y una por incontinencia de esfuerzo *de novo*, mediante una TVT-O. No se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre la recidiva, con la excepción de la edad media ($p = 0.051$), que podría ser un factor que influyera en la evolución clínico-quirúrgica.

ABSTRACT:

Introduction: Cystocele is a common form of pelvic organ prolapse that affects a significant proportion of middle-aged women. Its most frequent symptom is the appearance of a vaginal bulge. Anterior colporrhaphy continues to be used as a form of surgical treatment, although its efficacy and recurrence rates remain under investigation.

Objective: To assess the efficacy of anterior colporrhaphy in patients with cystocele, evaluate symptomatic improvement and analyze possible risk factors associated with anatomical recurrence.

Material and methods A retrospective observational study was conducted including 91 patients with stage ≥ 2 cystocele. Socioepidemiological and clinical-symptomatic variables were collected, and their progression and potential association with anatomical recurrence were analyzed.

Results: A clinical improvement in urinary symptoms and in the sensation of vaginal bulging or pelvic heaviness was observed after the intervention. The most notable results

were found in urgency urinary incontinence (76.2% improvement) and the sensation of incomplete emptying, which decreased from 13 patients to 0.

Conclusions: The anatomical recurrence rate was 10.9% (n = 10), and the surgical success rate was 89.1%. Only four patients required reintervention: three due to cystocele recurrence and one for de novo stress urinary incontinence, managed with TVT-O. No statistically significant associations were found between recurrence and clinical variables, except for mean age (p = 0.051), which may influence clinical and surgical outcomes.

PALABRAS CLAVE

Palabras clave: cistocele, colporrafia anterior, prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria, recidiva anatómica/quirúrgica.

Keywords: cystocele, anterior colporrhaphy, Pelvic organ prolapse, urinary incontinence, anatomical/surgical recurrence.

ABREVIATURAS:

- IUGA: International Urogynecological Association
- POP: prolapso de órganos pélvicos
- ICS: International Continence Society
- RE: receptores de estrógenos
- SP: suelo pélvico
- VTI: Vaginal Tactile Imaging
- URA: ángulo de rotación uretral
- RVA: ángulo retrovesical
- POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification System
- PFDI-20: Pelvic Floor Distress Inventory-20
- PFIQ-7: Pelvic Floor Impact Questionnaire-7
- EPIQ: Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire
- FDA: Food and Drug Administration
- SPSS: Statistic Package for the Social Sciences
- HTA: hipertensión arterial
- IMC: índice de masa corporal
- EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- THS / THM: terapia hormonal sustitutiva / terapia hormonal en la menopausia
- IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo
- IUU: incontinencia urinaria de urgencia
- ITU: infección del tracto urinario
- TVT-O: tensión free vaginal tape obturator

INTRODUCCIÓN:

La IUGA, Internacional Urogynecological Association, define cistocele como el descenso anterior de la vagina de forma que, la unión uretrovesical o cualquier punto de la cara anterior vaginal se encuentra a menos de 3 cm del anillo himeneal. (1). Refiere también el nombre de prolapso vaginal anterior o colpocele anterior.

Esta patología la encontramos englobada en el término Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) que, según la Internacional Continence Society (ICS), se trata “del descenso de una o más de las paredes vaginales anterior y posterior, el útero o el vértice vaginal.”(2)

Dentro de los POP, el prolapso anterior es la zona que más frecuentemente presenta defectos de este tipo. La incidencia de esta localización es dos veces superior respecto al compartimento posterior, y tres veces superior al compartimento apical (3). Además de ser el tipo de POP más frecuente, el cistocele también es el más propenso a recurrir tras la cirugía. (4)

Un 40% de las mujeres mayores de 45 años serán diagnosticadas de un cistocele en algún momento de sus vidas. Y alrededor de un 12% serán intervenidas de un POP, siendo una de las indicaciones más comunes de cirugía ginecológica. (3)

Para comprender la fisiopatología del cistocele es necesario conocer la anatomía y fisiología del suelo pélvico y los factores predisponentes de sufrir esta patología.

La sintomatología asociada depende del grado del cistocele, siendo lo más característico la aparición de una sensación de bulto genital que puede ser acompañada o no de otros síntomas genitourinarios.

El tratamiento del cistocele y los POP no solo es quirúrgico, existiendo otras opciones en función de la gravedad de este. Este estudio se centrará en mostrar la eficacia de la colporrafia como técnica de elección para tratar la sintomatología del cistocele anterior.

Epidemiología:

Según la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia, el prolapso genital tiene una prevalencia en la población femenina de entre un 43 y un 76%. Entre un 3 y 6% de estas presentarán un descenso de la vagina por debajo del himen, y hasta un 20% necesitarán intervención quirúrgica para solucionarlo. (5)

Existe una serie de factores de riesgo que aumentan la disfunción del suelo pélvico, lo que conlleva una mayor probabilidad de sufrir esta patología. Podemos dividirlos en:

- Factores **predisponentes**:
 - Sexo
 - Raza: mujeres afroamericanas tienen menor prevalencia
 - Variaciones anatómicas.
 - Alteraciones del colágeno: Sd. Ehlers-Danlos
- Factores **precipitantes**:
 - Parto vaginal
 - Cirugía pélvica
 - Radioterapia
 - Lesiones neurológicas o musculares
- Factores **favorecedores**:
 - Déficit estrogénico: los receptores de estrógenos (RE) se encuentran en diversas estructuras del soporte pélvico, viéndose aumentada la prevalencia en pacientes menopaúsicas por este motivo.
 - Sobrepeso (IMC >25)
 - Profesión y ejercicio físico de impacto
 - Estreñimiento: aumento de la presión intraabdominal
 - Enfermedad pulmonar, tabaquismo: tos crónica con aumento de la presión intraabdominal.
- Factores **descompensadores**:
 - Comorbilidades, edad avanzada, tratamiento farmacológico

Asumiendo la importancia de todos estos factores, el que mayor incidencia tiene en el desarrollo de un cistocele es el parto vaginal. Y el riesgo de padecerlo aumenta de manera significativa con el número de partos. Este factor precipitante engloba otros muchos: aumento de la presión intraabdominal, daños en la musculatura del elevador del ano y otras posibles lesiones neurológicas, descenso de la vejiga, etc. (5,6)

Anatomía:

La anatomía del suelo pélvico (SP) tiene un gran papel en la etiología del cistocele. Cualquier modificación o lesión, tanto muscular como nerviosa, puede provocar una debilidad que favorezca la aparición de un prolapso o una incontinencia urinaria. Por ejemplo, cuando se ven afectadas las estructuras de sostén de los órganos sólidos o cuando el soporte uretral se lesiona.

Primero dividiremos el suelo pélvico en 3 estructuras que contribuyen a su estabilidad: estructura ósea, músculos y fascia.

1. Estructura ósea: el suelo pélvico está delimitado por el anillo óseo de la pelvis. Este a su vez está compuesto por tres elementos que lo forman: la sínfisis del pubis, las ramas isquiopúbicas, y el coxis y sacro (anterior, lateral y posterior,

respectivamente). Todos ellos constituyen el esqueleto rígido donde se anclan los músculos y ligamentos y son los que proporcionan protección a los órganos internos.

2. **Musculatura:** estructura principal en la que se centra la fisioterapia rehabilitadora en casos leves de prolapsos. Está organizada en tres capas a su vez:
 - Diafragma pélvico o capa profunda: en ella destacamos el **músculo coccígeo**, encargado de reforzar la parte posterior del SP y el **músculo elevador del ano**, compuesto a su vez por tres fascículos:
 1. **Pubococcígeo:** Controla la continencia urinaria y fecal.
 2. **Puborrectal:** Forma un lazo alrededor del recto y contribuye al mecanismo de continencia.
 3. **Iliococcígeo:** Brinda soporte general a los órganos pélvicos.
 - Diafragma urogenital o capa media: contiene el **músculo transverso profundo del periné** y la fascia perineal, encargándose de dar un soporte adicional a la vagina y la uretra.
 - Músculos perineales superficiales:
 1. **Bulboesponjoso:** Rodea el vestíbulo vaginal y ayuda en la función sexual.
 2. **Isquiocavernoso:** Contribuye a la erección del clítoris.
 3. **Transverso superficial del periné:** Refuerza la estabilidad del periné.
3. **Fascia endopélvica:** formada por tejido conectivo denso que suspende y soporta los órganos pélvicos. Conformada por:
 - **Ligamentos pubocervicales:** Soportan la vejiga.
 - **Ligamentos cardinales y uterosacros:** Mantienen el útero y la parte superior de la vagina en posición.
 - **Tabique rectovaginal:** Separa la vagina del recto y contribuye al soporte del suelo pélvico. (7)

En 1994 De Lancey introdujo “la hipótesis de la hamaca”, teoría que divide en 3 niveles el soporte de la pelvis: superior, vaginal medio y vaginal distal o de fusión. Todos ellos están relacionados entre sí y un daño en alguno de ellos puede llevar a la aparición de un POP. A su vez, es necesario comprender su interrelación a la hora de realizar una cirugía reconstructiva del prolapso genital.

- Nivel I: compuesto por el complejo de ligamentos útero sacro cardinal y el anillo pericevical.
- Nivel II: compuesto por el tercio medio de la vagina, el tabique rectovaginal y la fascia pubocervical.
- Nivel III: compuesto por el cuerpo del periné, el esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal.

Dependiendo del nivel que se vea dañado, se pueden establecer diferentes patologías. Una lesión en el nivel I provocaría prolapsos del compartimento apical (uterino, de la cúpula de la vagina o enterocele). En el nivel II los prolapsos se producirían en el compartimento anterior o posterior (cistocele o enterocele). Y, por último, un daño en el nivel III generaría desgarros o un cuerpo perineal deficiente.

De todas estas estructuras, la más relacionada con la aparición de prolapsos es la lesión en el músculo elevador del ano, siendo la más frecuente una avulsión de este. (6)

Biomecánica:

En 2022 se publicó un estudio realizado en Shanghái entre 2016 y 2019 donde se observaba a 273 mujeres con cistoceles de grados I y II, y 102 mujeres con una función del suelo pélvico normal. El estudio analizó la anatomía y biomecánica de las paredes anterior y posterior de la vagina, mediante ecografía y Vaginal Tactile Imaging (VTI) y evaluó la elasticidad y fuerza de los tejidos, la resistencia de las fascias y ligamentos y la capacidad de contracción de los músculos elevadores del ano. Lo más destacable de este estudio fue que se descubrió una disminución de la elasticidad en los tejidos pélvicos en mujeres que ya presentaban un cistocele. Esta pérdida de elasticidad afectaba más al compartimento anterior, siendo puntos clave la fascia pubocervical, el arco tendinoso de la fascia pélvica, los ligamentos uterosacros y cardinales y el cuello vesical. Este último relacionado con la incontinencia urinaria.

La lesión del elevador del ano es la más frecuente y relacionada con los prolapsos, ya que se consiguió relacionar la disfunción de dicho músculo con la incontinencia urinaria y la dificultad para vaciar la vejiga.

Otros elementos analizados en ese estudio fueron el ángulo de rotación uretral (URA) y el ángulo retrovesical (RVA). Se demostró que un $URA \geq 45^\circ$ aumenta el riesgo de sufrir incontinencia urinaria de esfuerzo y un $RVA < 140^\circ$ se asocia con mayor riesgo de dificultad para orinar.

En resumen, las aportaciones arriba descritas demuestran la relación entre diferentes tipos de cistocele con características biomecánicas distintas, por lo que el tratamiento quirúrgico también debería estar orientado a tratar dichas características de manera individualizada. (8)

Clasificación POP-Q:

A lo largo de la historia se han descrito varias clasificaciones del prolapso de órganos pélvicos. De entre todas ellas, la más usada es la POP-Q.

En 1972 Baden publicó su clasificación basada en el órgano que prolapsa fuera de la cavidad, utilizando la nomenclatura: cistocele, uretrocele, prolapso uterino o de la cúpula

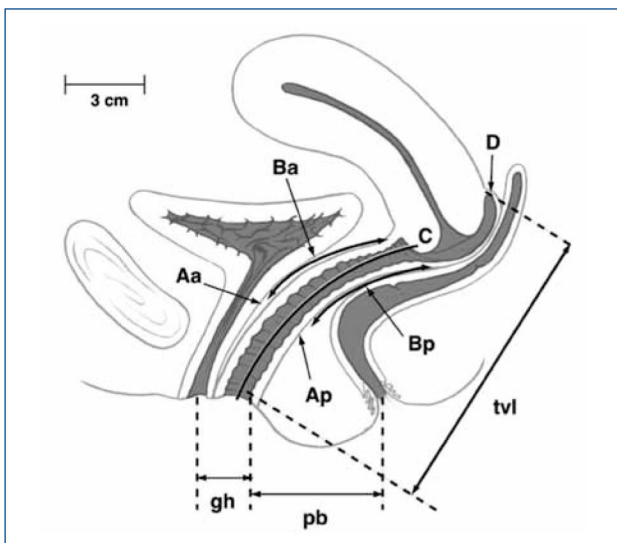
vaginal, rectocele y enterocele. En ella divide el prolapso en 4 grados y toma como referencia el himen:

- **GRADO I:** el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen.
- **GRADO II:** el compartimento prolapsado está a la altura del himen.
- **GRADO III:** el compartimento prolapsado sobrepasa el himen.
- **GRADO IV:** prolapso total del compartimento.

El problema que presenta esta clasificación es su falta de reproductibilidad y especificidad.

En 1996, la ICS publicó la Pelvic Organ Prolapse Quantification System, también conocida como POP-Q, donde se estandariza la terminología del prolapso y facilita la evaluación del desarrollo del mismo.

POP-Q se basa en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia, que vuelve a ser el himen. Se expresa en centímetros y van precedidas de un signo negativo “-” o positivo “+” en función a la posición que presentan respecto al himen, proximal o distal, respectivamente. Los puntos asignados son: 2 en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 en la pared vaginal posterior (Ap, Bp); un punto de relación con el cérvix (C) y otro con el fómex posterior (D). También se asigna las mediciones de la longitud vaginal total (tv1), del hiato genital (gh) y del cuerpo perineal (pb). Estas últimas siempre son positivas (“+”).(5,6,9)



POP-Q		
Aa	Ba	C
gh	pb	tv1
Ap	Bp	D

Figura 1. Representación anatómica del sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q). Tomado de: Letelier L, Urzúa B, León J. Prolapso genital femenino: lo que el médico general debe saber. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24(6):837-844.

Una vez obtenidos estos valores, podemos definir los 4 estadios del prolapso, siendo el I el más leve y el IV el más severo:

- Estadio 0: no hay descenso.
- Estadio I: la parte más distal del prolapso no alcanza el himen.
- Estadio II: la parte más distal del prolapso está +/- 1cm del himen.

- Estadio III: la porción más distal del prolapso está más de 1cm por debajo del himen, pero no es mayor a 2cm de la longitud vaginal total.
- Estadio IV: se corresponde con la eversión completa de la longitud vaginal total.

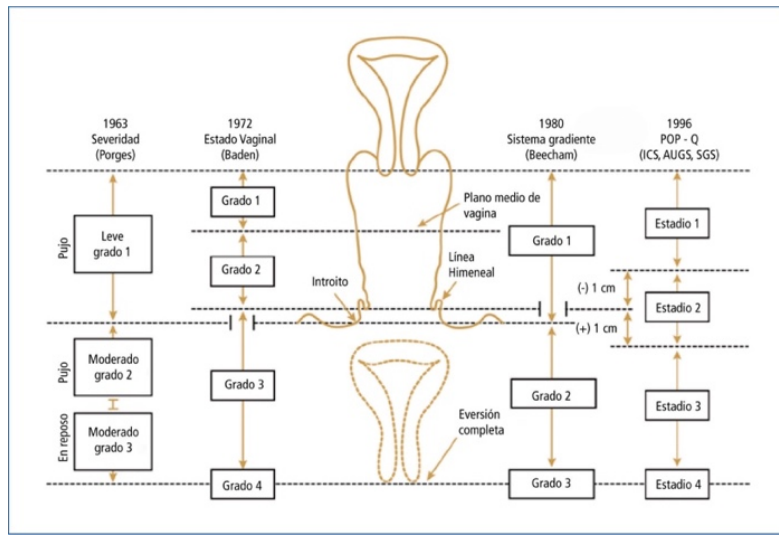


Figura 2. Clasificaciones de severidad del prolapso de órganos pélvicos: Baden-Walker, POP-Q y clasificación clínica. Tomado de: Letelier L, Urzúa B, León J. Prolapso genital femenino: lo que el médico general debe saber. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24(6):837–844.

Sintomatología:

Dependiendo del grado de prolapso y la zona prolapsada encontraremos unos síntomas u otros. En el momento del diagnóstico de un cistocele la gran mayoría de las pacientes se encuentran asintomáticas, siendo este un hallazgo casual en la exploración ginecológica. Otras muchas presentan sintomatología, pero no la asocian a un prolapso, como puede ser la clínica miccional de urgencia, el aumento de la frecuencia, la nicturia, una incontinencia urinaria de esfuerzo, sensación de vaciado incompleto, etc. Si nos encontrásemos con un prolapso posterior también aparecería la dificultad defecatoria, que muchas asocian con el propio estreñimiento.

Si tuviéramos que dividir los síntomas de los prolapsos en categorías, estas podrían ser:

1. **Síntomas del prolapso: sensación de bulto genital, pesadez o presión en pelvis o vagina, visión directa del prolapso.** Son los primeros por los que acuden a consulta las pacientes. Y se asocian de manera independiente a la gravedad del prolapso.
2. **Síntomas urinarios:** incontinencia de esfuerzo y/o urgencia, nicturia, aumento de la frecuencia miccional, sensación de vaciado incompleto, dificultad para el inicio de la micción (incluso necesidad de reducción manual del prolapso). El propio prolapso puede provocar una obstrucción de la uretra y los síntomas consecuentes.

(10)

3. Síntomas ano-rectales: dificultad defecatoria, incontinencia, sensación de vaciado incompleto, urgencia defecatoria, necesidad de ayuda manual, sensación de obstrucción.
4. Síntomas sexuales: **dispareunia**, disminución de la sensibilidad, sequedad vaginal, etc
5. Dolor: en toda la zona genitourinaria y pelvis. (5)

No solo es importante conocer los síntomas que presentan nuestras pacientes, asociados o no al cistocele, también debemos valorar el tiempo de evolución, la gravedad, y la afectación de la calidad de vida de la paciente. Para ello podemos utilizar unos cuestionarios específicos como el Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20), el Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7) y el Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ) (9) **Anexo I.**

Tratamiento:

A la hora de tratar un cistocele o cualquier prolapso de órganos genitales, lo primero que deberíamos valorar es la calidad de vida de la paciente, la sintomatología que presenta, el grado de prolapso y el tipo de técnica que prefiere utilizar.

En el caso de un cistocele asintomático y de bajo grado, se puede optar por la observación mediante consultas sucesivas en la unidad de ginecología. Hay situaciones en la que la observación estaría contraindicada, como, por ejemplo, en presencia de hidroureteronefrosis causada por la angulación del uréter debido al descenso de la vejiga, infecciones urinarias recurrentes o reflujo ureteral por obstrucción de la salida vesical o en el caso de erosiones o infecciones vaginales o cervicales graves. (11)

Como primera opción, mejorar los factores de riesgo con medidas higiénico-dietéticas. Si estas medidas no funcionaran, el siguiente punto del tratamiento que se debería ofertar son las medidas conservadoras: ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico combinados o no con electroterapia, la colocación de un pesario, la pauta de estrógenos u otras medicaciones para tratar la sintomatología, etc. Si estos tratamientos no fueran suficientes o el grado del prolapso fuera mayor pasaríamos a plantear el tratamiento quirúrgico.

Tratamientos Conservadores:

Los tratamientos conservadores se guían por el síntoma que más afecta a la vida de la paciente. El primer paso debería ser mejorar los factores de riesgo modificables que puede presentar: una pérdida de peso, una reeducación de sus hábitos higiénicos, tratamiento para el estreñimiento (dietético o farmacológico), dejar de fumar, realizar ejercicio físico, etc. (12)

En el caso de las incontinencias urinarias se pueden plantear ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) para mejorar la musculatura y poder controlar los síntomas urinarios, ya que tienen un nivel de evidencia A (13). Los

estudios han demostrado que los ejercicios de Kegel pueden mejorar el control urinario en mujeres con incontinencia de urgencia y esfuerzo, reducen el riesgo de prolapso y previenen de recurrencias tras intervenciones quirúrgicas, mejora la función sexual de las pacientes, pero su eficacia depende de una realización correcta de la técnica y de realizarlos de manera constante y no abandonar su práctica. (13)

Si el síntoma principal de nuestra paciente es la sensación de un bulto genital, la colocación de un pesario puede ayudar a reducirlo y permitir mejorar su calidad de vida. Este tipo de tratamientos puede ofrecerse con cualquier grado de prolapso evitando así la realización de una cirugía, siendo escogido hasta en dos tercios de las pacientes y con una continuidad en su uso de hasta el 77% de ellas (11). La colocación de un pesario permite mantener la fertilidad y mejorar la calidad de vida, por lo que, ofrecerlo antes de la cirugía podría mejorar los resultados de la patología. (12)

A la hora de elegir el tipo de pesario que colocar debemos saber que existen dos mecanismos de acción distintos: de apoyo o por ocupación de espacio. El anillo, un pesario de apoyo, es el más utilizado en Estados Unidos, seguidos de los Gellhorn y Donut, que son pesarios de ocupación de espacio. En el caso de prolapsos avanzados, se recomienda el uso de dispositivos de ocupación de espacio, pero en general, la utilización de unos u otros es más por elección de la paciente y comodidad (11). Es importante destacar que los pesarios pueden ser insertados y retirados según las necesidades de la paciente, pero esto supone tanto una ventaja a favor de su uso, como un inconveniente ya que la colocación y retirada de estos por parte de la paciente supone una dificultad y aumenta el riesgo de infecciones o irritaciones vaginales.

Otra situación podría ser que la paciente presentase dispareunia, sensación de sequedad asociada al prolapso, o clínica más irritativa de la zona vaginal, donde podría verse favorecida con el uso de una terapia hormonal local.

Todas estas técnicas no tienen por qué utilizarse de manera aislada, pudiendo combinarse, lo que mejoraría la eficacia de las mismas.

Tratamiento quirúrgico:

Cuando el grado del cistocele, la edad de la paciente, las comorbilidades asociadas que presenta, la sintomatología o el fallo en los tratamientos conservadores no permiten un tratamiento correcto se debe plantear la posibilidad de realizar una cirugía reparadora del prolapso. Normalmente cuando esto ocurre nos encontramos frente a un cistocele tipo II o superior.

Los objetivos principales de los tratamientos quirúrgicos deberían ser: reducción anatómica con la consecuente desaparición del síntoma principal (bulto vaginal), mejoría de las disfunciones potencialmente corregibles con la cirugía (dispareunia, incontinencia...), y la prevención de las recurrencias. (9). Todo ello unido a la potencial preservación de la función sexual. (10)

Bien es cierto, que la reparación del cistocele, de manera histórica se ha asociado a unos resultados peores de los previstos. Si nos centramos en la reparación anatómica, la tasa de éxito es baja, de un 30%; en cambio, si lo que miramos es la mejoría de los síntomas tras un año, la tasa asciende hasta un 89%. La recurrencia del POP suele ser el mayor problema que presenta este tipo de tratamientos, con una recidiva anatómica de entre un 31 y un 59% según la literatura (4). Hay estudios que aseguran que la combinación de la reparación del cistocele con una de la zona apical podría hacer disminuir la tasa de recurrencias hasta un 50% a los 10 años. (14)

En función del grado de cistocele que presente la paciente, será necesario realizar otras reparaciones de manera simultánea, con el fin de evitar nuevas complicaciones o prolapsos de otros compartimentos.

Dentro de las distintas técnicas quirúrgicas que existen en la reparación del cistocele nosotros nos centraremos en dos: la colporrafia anterior y la cirugía con mallas. Esta última se utilizan hoy en día en casos de recidiva o si no es posible la reparación con tejidos nativos. La FDA (Food and Drug Administration) ha emitido alertas con respecto a esta técnica y sus posibles complicaciones, llegando a presentar menos beneficios que riesgos y cayendo en desuso. (2)

Para poder decir que el tratamiento quirúrgico había sido un éxito, en 2001 el NIH Standarization Workshop decretó que aquellas pacientes que tras la cirugía presentaban un estadio 0, estaban curadas; las que presentaban un estadio I, 1 cm sobre el himen serían mejorías; y aquellas que se quedaban con un estadio II o superior, se denominarían persistencias o recurrencias, sin importar la sintomatología acompañante. En 2009, el Pelvic Floor Disorders Network incorpora los síntomas a la definición de cura, quedando definida como: ausencia de síntomas por bulto genital, un estadio II por encima del himen y la ausencia de retraimiento por el propio prolapso. (6)

Técnicas:

Podemos dividir en dos las técnicas:

- **Obliterativas:** la llamada colpocleisis o cierre vaginal. Consiste en el cierre del hiato genital para contener el prolapso. Esta técnica se usa en pacientes de edad avanzada, con prolapsos de elevado grado o recidivas anteriores, que asumen la incapacidad para mantener relaciones sexuales por vía vaginal.
- **Reconstructivas:** las más utilizadas, de entre las cuales destacamos la colpoplastia anterior, la reparación paravaginal y la cirugía con mallas. Se pueden llevar a cabo por vía vaginal, laparoscópica o abdominal abierta. (9)

Colporrafia anterior:

La colporrafia anterior se trata de una plicatura de las capas muscular y adventicia de la pared vaginal. (14). La técnica más usada para llevar a cabo esta intervención antiguamente era la técnica de Kelly, descrita en 1914 por el propio autor, con intención de tratar la sintomatología urinaria en pacientes con esta patología (15). Actualmente no se sigue esta misma técnica ya que no se llega a alcanzar el espacio parauretral durante la intervención.

Este procedimiento puede realizarse de manera independiente o asociada a otras intervenciones como las reparaciones paravaginales, disminuyendo el riesgo de recurrencias hasta en un 50% de los casos tras 10 años (14); u operaciones de suspensión uretral en la IUE, o durante hysterectomías. (15)

Suele ser la técnica de elección en pacientes con cistoceles severos (grado IV) o si presentan defectos centrales o de otros compartimentos como el uretrocele, el enterocele o el rectocele.

Para llevarla a cabo se coloca a la paciente en posición de litotomía, bajo anestesia epidural o general y aplicando las medidas propias de esterilización y limpieza de la zona genital. Es preciso también sondar a la paciente de manera previa y realizar profilaxis antibiótica.

Se comenzará realizando una incisión longitudinal en la línea media de la cara anterior de la vagina, desde 1cm por debajo del meato uretral hasta aproximadamente 2cm por encima del cuello uterino. Después identificamos la fascia pubocervical y disecamos la mucosa vaginal, separándola así de la uretra y cuello vesical. Con este paso llegamos a exponer la fascia periuretral y los ligamentos cardinales. A continuación, aproximaremos la fascia pubocervical a la línea media mediante una serie de suturas reabsorbibles, consiguiendo cerrar de esta manera el defecto central. Una vez anudados los puntos, terminaremos recortando el exceso de pared vaginal.

Reparación paravaginal:

Esta técnica puede llevarse a cabo mediante vía vaginal o transabdominal, siendo esta última la vía más utilizada bien sea en cirugía abierta o laparoscópica. La cirugía se ha mantenido relativamente fiel a su descripción inicial realizada por Richardson en 1976. Inicialmente se comenzaba con una incisión de Pfannenstiel, aunque actualmente esto ha quedado relegado a un segundo plano con la posibilidad de acceder por vía laparoscópica. En si el procedimiento consiste en colocar una serie de suturas no reabsorbibles para volver a unir la fascia perivesical a la línea alba.

La tasa de éxito de esta técnica oscila entre un 60 y un 93%. (14)

Cirugía con malla de polipropileno:

Descrita en 1998 por Nicita, consistía en el empleo de mallas de material sintético para la corrección de los prolapsos de la pared anterior.

El procedimiento anestésico y de colocación de la paciente se mantendría igual que el de la colpografía anterior. Comenzaríamos realizando una incisión vertical media en la pared anterior de la vaginal, desde el cuello vesical hasta el cuello uterino. La relevancia de este procedimiento radica en la colocación de una malla a través del agujero obturador y anclada en el sacroespinoso. Todo ello mediante suturas no absorbibles. (15)

La posición final de la malla debe ser debajo de la vejiga, sin tensión y la parte distal de la misma, bajo la uretra proximal. Para terminar, se debe cerrar la incisión vaginal con suturas continuas. (16)

Efectos tras la cirugía:

La explicación de la reducción de estos síntomas radica en la biomecánica de estos. El propio prolapso podía provocar una obstrucción de la uretra y con ello la aparición de síntomas miccionales, por lo tanto, con la reducción de este, la sintomatología asociada debería desaparecer. La sensación de bulto vaginal queda resuelta al elevar la pared anterior de la vagina, reparando el defecto. Otros síntomas asociados a esto último como la dispareunia y el dolor pélvico también desaparecen. Al corregir las molestias diarias que sufrían las pacientes mejoramos también su calidad de vida y posibles síntomas depresivos o ansiosos que podían aparecer asociados.

Cuando hablamos de síntomas como la dispareunia, algunos estudios refieren que existen diferencias notables entre una técnica y otra, obteniéndose mejores resultados en las reconstrucciones con tejido natural que con malla (17). Incluso la aparición de rectoceles nuevos se ha visto más asociado a la colocación de una malla que a la colpografía. Con respecto a los resultados anatómicos y funcionales, las pacientes intervenidas con malla presentan mayor satisfacción que las operadas con tejidos nativos. (18). El número de recurrencias también se ha visto que es menor en las cirugías con malla, pero presentan más complicaciones intraoperatorias y más dolor tras la operación (19). En términos de curación, entendiéndola como no tener sensación de protrusión tras un año de la operación nunca o casi nunca, los resultados son mayores en los grupos operados con malla que en los de colpografía. Algunos estudios hablan de unas tasas de éxito de entre el 75-100%, en el caso de la malla; y de entre un 37-57% en el de la colpografía (3,16). A pesar de ello, las posibles complicaciones o riesgos que implicaba la utilización de la malla han llevado a que esta técnica deje de utilizarse, relegándola a un papel más asociado a la reparación de recidivas tras una colpografía.

Complicaciones y recidivas:

Las principales complicaciones que pueden aparecer durante o tras una operación de cistocele son: la infección de la herida quirúrgica, la retención o infección de orina, el sangrado, lesiones en la vía urinaria (uretra, vejiga o uréteres) o lesiones neurológicas. (9) También podría considerarse complicaciones la aparición de síntomas asociados al cistocele que no presentaban previamente las pacientes, como la dispareunia o trastornos en la micción o defecación. Por supuesto, la aparición de dolor tras la operación es algo

común, pero se suele asociar más a las intervenciones con malla que a la colporrafia. Y no solo en el periodo postoperatorio, sino que en ocasiones el dolor de prolonga hasta 2 meses tras este.

Con respecto a estas diferencias y complicaciones que aparecen en las diferentes técnicas cabe destacar que la intervención con malla presenta mayor riesgo de hemorragia intraoperatorias y de lesión de la vejiga o estructuras adyacentes, probablemente asociado también a la mayor duración de la operación. Tras la intervención suelen tardar más en recuperar la normalidad en la actividad cotidiana, e incluso tardan más en abandonar el hospital en comparación con la colporrafia (19). Estos son algunos de los motivos por los que actualmente se ha dejado de realizar la intervención con malla.

A pesar de los buenos resultados con el manejo de la incontinencia urinaria con ambas técnicas, algunos estudios hablan de una mayor frecuencia de recidivas urinarias en pacientes intervenidas con malla, como podrían ser la incontinencia de esfuerzo y de urgencia, en comparación con las operadas mediante colporrafia. Este hecho se explica con la existencia de presiones máximas de cierre uretral inferiores tras la colocación de la malla (17) o por la ocupación del propio prolapso que impedía la salida de orina. La literatura también respalda la aplicación de estrógenos tópicos antes de la cirugía, ya que mejora la maduración vaginal y disminuye el riesgo de la incontinencia de esfuerzo y urgencia. (20)

OBJETIVOS:

- **Objetivo principal:** analizar la sintomatología de pacientes con cistocele de grado II-III.

- **Objetivos secundarios:**
 - Establecer cuál es el efecto de la corrección de cistocele con colporrafia anterior con tejido nativo sobre los síntomas del tracto urinario inferior.
 - Determinar la tasa de reintervención de las pacientes por fracaso anatómico y/o subjetivo y su posterior evolución.
 - Evaluar la tasa de complicaciones de la técnica y la evolución de los síntomas tras la corrección quirúrgica del cistocele

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet en el servicio de Ginecología y Obstetricia, entre enero de 2014 y diciembre de 2023, con un posterior análisis de los resultados obtenidos. En él se estudiaron los datos epidemiológicos y clínicos de las pacientes intervenidas mediante colporrafia anterior, y se les hizo un seguimiento posterior para valorar el éxito de la intervención y sus tasas de recidiva. La recurrencia anatómica del prolapso se estableció en un grado 2 o superior. Con respecto a la sintomatología, se definió residuo postmiccional patológico a un volumen vesical tras micción superior a 150 mL; nicturia cuando el número de episodios era superior a 1 por noche; e infecciones del tracto urinario (ITU) como 2 episodios o más en 6 meses.

Población y muestra:

Se incluyeron en el estudio a pacientes de sexo femenino, mayores de 18 años, a las cuales se les realizó una corrección del cistocele, en el Hospital Universitario Miguel Servet, entre enero de 2014 y diciembre de 2023, con un posterior seguimiento.

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años operadas mediante colporrafia anterior en el Hospital Universitario Miguel Servet, entre los meses del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes a las que se le realiza una histerectomía vaginal o perineoplastia de forma simultánea corrección del cistocele.
- Pacientes con cirugías vaginales previas e histerectomía previa vía abdominal.
- Pacientes que declinaban participar en el estudio.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizó mediante la Historia Clínica Electrónica, revisándose las de aquellas pacientes que habían sido sometidas a una intervención quirúrgica de corrección de cistocele entre enero de 2014 y diciembre de 2023.

En el estudio se incluyeron únicamente aquellas historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión establecidos previamente. Los datos extraídos fueron registrados en una base de datos elaborada con Microsoft Excel, manteniéndose la confidencialidad al no quedar registrados ni número de historia, ni datos de filiación o de identificación de las pacientes.

Variables del estudio:

Se recogieron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad de la paciente, peso, talla, IMC.

- Variables epidemiológicas: presencia o ausencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes, enfermedad del colágeno, EPOC; consumo de tabaco.
- Variables obstétricas: paridad y antecedentes de abortos previos, partos instrumentados, presencia de menopausia, edad de la menopausia, utilización de terapia hormonal sustitutiva (THS), presencia de atrofia vaginal.
- Variables sintomáticas: presencia o ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia, nicturia, infecciones de repetición, bultoma, disfunción sexual, disfunción del vaciado vesical, volumen residual.
- Variables quirúrgicas: indicación de la cirugía, estancia hospitalaria y complicaciones intra o postquirúrgicas, tipo de reintervención.
- Variables de seguimiento: estado clínico de la paciente en consulta de seguimiento de postoperatorio al mes y dos meses, y posteriormente una revisión anual, reintervenciones.

Análisis estadístico:

El análisis estadístico se llevó a cabo exportando los datos a una base de SPSS (Statistic Package for the Social Sciences 20.0 for Windows Copyright© SPSS Inc., 2006. Licencia Universidad de Zaragoza) para su posterior análisis. Con respecto a las variables cuantitativas, se calculó la media y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico, en el caso de presentar asimetría. Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias y su intervalo de confianza al 95%. Se comprobó la distribución de las variables continuas con el test de Kolgomorv Smirnov. En caso de comparaciones, estas se realizarán mediante Chi Cuadrado en el caso de variables no cuantitativas, o mediante el test exacto de Fisher para un valor esperado menor a 5. Para las variables no paramétricas se usó el test de U de Mann-Whitney. Para las variables continuas, se utilizó el test estadístico T de Student o ANOVA. También se recurrió al test de McNemar para comparar las variables de sintomatología urinaria antes y después de la intervención.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0.05.

Aspectos éticos:

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Aragón (CEICA). **Anexo II.** La participación en él no implica ningún riesgo para las pacientes. No se solicitará el consentimiento informado puesto que no se recogen datos personales identificativos y datos de base estarán anonimizados.

La participación o no en el estudio no afectará a la asistencia de las pacientes ni se dejará constancia de la misma en la historia clínica ni en ningún otro documento. Las pacientes no recibirán ninguna compensación por su participación en el estudio.

El presente estudio no interferirá en las tareas asistenciales del Servicio de Ginecología, en las listas de espera y no supone una redistribución de los recursos que pueda afectar al principio de justicia.

RESULTADOS:

Durante el periodo del estudio se intervinieron 134 pacientes mediante colporrafia anterior, de las cuales 91, fueron incluidas en el mismo. De aquellas que accedieron a participar y cumplían los criterios de inclusión se obtuvieron una serie de variables epidemiológicas, y obstétricas, de las que se consiguieron los siguientes resultados.

De las pacientes no incluidas en el estudio, pero si operadas de colporrafia, 20 de ellas habían sido sometidas a una histerectomía previa (13 por laparotomía, 6 por vía vagina y 1 por vía laparoscópica), 22 presentaban una cirugía vaginal concomitante (colporrafia posterior en 13 de las pacientes, 8 cleisis parcial, y 1 TVT-O), y 1 paciente presentó un carcinoma escamoso de vulva, siendo por estos motivos, excluidas del estudio, al cumplir los criterios de exclusión. (véase **Figura 3** en **Anexo III**).

Como resultados del estudio descriptivo obtuvimos lo siguiente:

El total de las pacientes incluidas en el estudio eran mujeres con una edad media de 67 años (± 9.3). Hasta el 91.2% eran menopáusicas, con una edad media de esta a los 48.7 años (± 4.8). Con respecto a las variables relacionadas con las comorbilidades de las pacientes se vio que el 7 de ellas eran fumadoras (7.7%), 6 eran EPOC (6.6%), 38 presentaban hipertensión arterial (HTA) (41.8%) y 12 tenían Diabetes Mellitus (13.2%). El Índice de masa corporal (IMC) medio fue de 27.1 ± 3.7 , lo cual según los criterios de la OMS se corresponde con un rango de sobrepeso.

En el apartado de antecedentes obstétricos se vio que la paridad media era de 2.49 ± 1.3 hijos por paciente, y de entre ellas 7 tuvieron un parto considerado macrosómico (7.7%). Tan solo 3 tuvieron un parto instrumentalizado (fórceps o ventosa). Un 6.59% de las pacientes habían tenido un parto por cesárea. Y 16 de las pacientes había sufrido uno o más abortos.

En relación con las variables ginecológicas, 11 de las pacientes presentaban atrofia genital, suponiendo un 12.15%. Además, solo 4 de ellas (4.4%) habían recibido terapia hormonal tras la menopausia (THM).

Todas las características epidemiológicas se reflejan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características epidemiológicas:

Frecuencias variables epidemiológicas	
Edad (años)*	67 ± 9.3
Menopausia	83 (91.2%)
Edad menopausia (años)*	48.7 ± 4.8
Fumadora	7 (7.7%)
EPOC	6 (6.6%)
HTA	38 (41.8%)
Diabetes Mellitus	12 (13.2%)
IMC (kg/m²) *	27.1 ± 3.7
Paridad*	2.49 ± 1.3
Macrosomas	7 (7.7%)
Atrofia Genital	11 (12.15%)
THM	4 (4.4%)
Cistocele II	6 (6.6%)
Cistocele III	80 (87.9%)
Cistocele IV	3 (3.3%)
Histerocele I	52 (57.1%)
Histerocele II	3 (3.3%)
Rectocele I	18 (19.1%)
Rectocele II	1 (1.1%)
IUE	8 (8.8%)
IUU	21 (23.1%)
* media + desviación típica	

Con respecto al grado de prolapsos del cistocele, un 6.6% de las pacientes presentaban un grado II, el 87.9% un grado III, y tan solo el 3.3% un grado IV. En relación a otros tipos de prolapsos: un 57.1% presentaban un histerocele grado I y un 3.3% un grado II; un 19.8% tenían un rectocele grado I y un 1.1% un grado II; un 4.4% tenían un rectocele grado I y un 1.1% un grado II.

La sintomatología urinaria, antes de la operación, un 8.8% de las pacientes presentaba incontinencia de esfuerzo, un 23.1% incontinencia de urgencia, y un 12.1% nicturia, con una frecuencia de 0.76 ± 1.21 por noche. El residuo postmiccional medio, medido en mL, era de 55.1 ± 71.5 . Presentaban residuo patológico 4 de ellas, entendido como aquel mayor a 150 mL postmicción. Relacionado con esto último, 13 (14.28%) presentaban a su vez sensación de vaciado incompleto. El 4.4% referían presentar ITUs de repetición. También se valoró mediante la Escala Oxford la fuerza del músculo del elevador del ano en 10 de las pacientes, obteniéndose los siguientes resultados: un 3.3% de las pacientes obtuvieron un Oxford 0 (sin contracción palpable), un 1.1% un Oxford 1 (contracción muy débil), un 1.1% un Oxford 2 (contracción débil), un 4.4% un Oxford 3

(contracción moderada), y un 1.1% un Oxford 4 (buena contracción con resistencia firme).

Los datos se recogieron en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Evolución síntomas urinarios antes y después de la cirugía.

	Preoperatorio	Postoperatorio	p
Residuo postmiccional (mL)*	55.1 ± 71.5	14.78 ± 51.25	0.003
Residuo patológico (>150 mL) *	4 (4.4%)	1 (1.1%)	0.042
IUE	8 (8.8%)	4 (4.4%)	0.508
IUU	21 (23.1%)	5 (5.5%)	0.013
Nicturia (presente)	11 (12.1%)	4 (4.4%)	0.016
Frecuencia nicturia*	0.76 ± 1.21	0.17 ± 0.46	0.007
Sensación vaciado incompleto	13 (14.28%)	0 (0%)	< 0.001
ITUs de repetición	4 (4.4%)	1 (1.1%)	0.250
* t de Student para muestras emparejadas			

No hubo ningún caso de complicación intraoperatoria. Con respecto a las complicaciones precoces de la intervención se dieron 3 casos de infección del tracto urinario, 2 casos de hematoma y un absceso en la cicatriz de la herida quirúrgica. Todas ellas se resolvieron mediante tratamiento médico.

Tras la intervención de colporrafia, en el primer control, se vio que únicamente 12 pacientes (13.2%) presentaban un cistocele, un 2.2% un rectocele de grado II, y una paciente mantenía su histerocele previo de grado I. De estos cistocelos, un 9.9% eran de grado I, un 1.1% de grado II, y un 2.2% de grado III.

En el segundo control, 22 pacientes presentaban un cistocele (24.2%), el 12.1% era un grado I, un 5.5% un grado II y otro 5.5% un grado III. Comparando con el anterior control: 8 de las pacientes seguían presentándolo, 4 de ellas, las correspondientes con el cistocele grado I del anterior control, no lo presentaban y 13 manifestaban un cistocele que previamente no se observaba.

Los datos del rectocele aumentaron a un 4.4%, es decir, una paciente continuó presentándolo, otra tuvo una regresión y a 3 les apareció *de novo*, uno de ellos siendo un enterocele de grado II. Con respecto al histerocele, la frecuencia aumentó a un 2.2% (2 pacientes). Ambas pacientes fueron *de novo*, y con grados II y III. La paciente que en el primer control presentaba un histerocele de grado I, en el segundo no se visualizaba.

Tras ambos controles, se acabó reinterviniendo a 4 de las pacientes, el 4.4% del total. Tres de ellas por persistencia de cistocele en revisiones, mediante plastias anterior y posterior. Y la cuarta por presentar una incontinencia de esfuerzo *de novo* en el segundo control.

Al analizar la sintomatología urinaria en el primer control se vio que había aparecido 7 casos nuevos de incontinencia (7.7%), 6 de ellos de esfuerzo (6.6%) y 1 de urgencia (1.1%). En el segundo control, 6 meses después, con respecto a la incontinencia de esfuerzo, 3 de ellas seguían presentándola, 1 había remitido, y 2 no acudieron al segundo control. Además, apareció un nuevo caso.

En total, hubo 5 casos de incontinencia de urgencia tras la intervención (5.5%): 3 pacientes que presentaban con anterioridad incontinencia de urgencia siguieron presentándola, otra se vio en el primer control y la última presentó una incontinencia mixta tras una segunda reintervención.

La nicturia siguió presente en 4 de las pacientes (4.3%) con una frecuencia de 0.17 ± 0.46 por noche. Solo 2 pacientes presentaban residuo postmiccional, siendo este de 14.78 ± 51.24 de media. Únicamente en una de ellas era patológico, con un valor de 220 mL, y se correspondía a una de las pacientes reintervenidas por persistencia del cistocele. Las ITUs de repetición disminuyeron hasta un 1.1%. Se volvió a realizar la Escala Oxford en 7 de las 10 pacientes a las que se le había valorado preoperatoriamente y los resultados se mantuvieron iguales a excepción de un Oxford 3 que pasó a Oxford 2.

La comparativa entre la frecuencia de los síntomas urinarios pre y postquirúrgicos se reflejó en el gráfico de barras de la **Figura 4**.

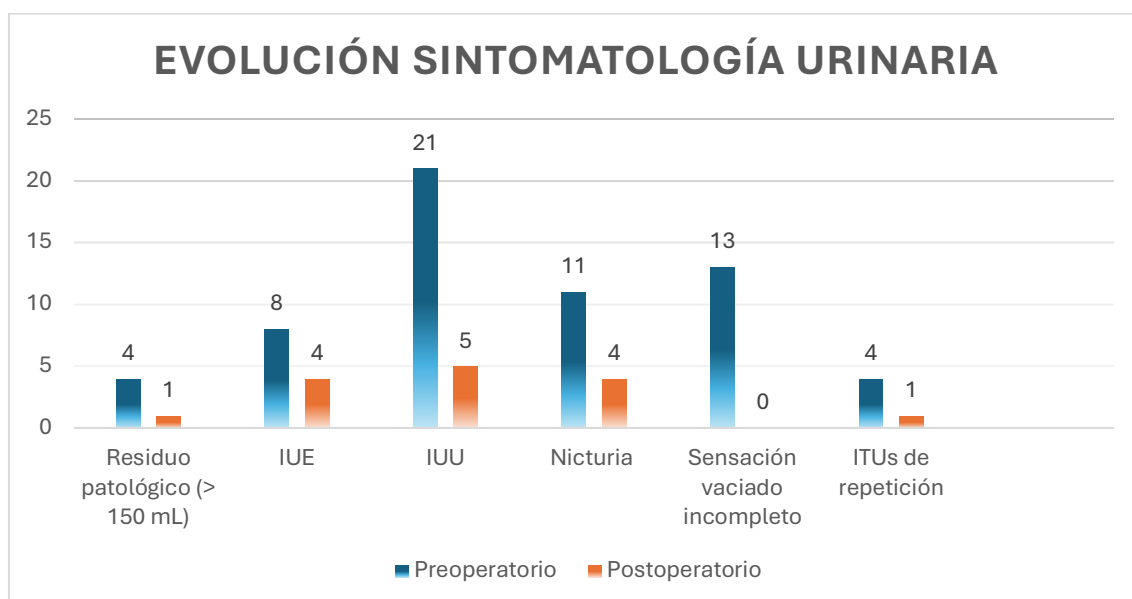


Figura 4. Comparación de la frecuencia de los síntomas urinarios antes y después de la intervención quirúrgica. Gráfico de barras.

Analizando el resto de sintomatología tras la intervención: un 40.7% estaban asintomáticas, un 8.8.% referían sensación de bulto, un 3.3% disfunción sexual y un 5.5% disfunción del vaciado vesical, (ITU de repetición, chorro lento...) pero se mostraban satisfechas con los resultados tras la cirugía.

Con respecto a la sintomatología urinaria se comparó las variables antes y después de la intervención, haciendo un estudio analítico de ellas. Según el test de McNemar las diferencias observadas fueron **estadísticamente significativa** en: el residuo postmiccional (mL) (**p= 0.003**), en el residuo patológico (>150 mL) (**p = 0.042**). en la incontinencia urinaria de urgencia (**p = 0.013**), en la presencia de nicturia (**p = 0.016**), en la frecuencia de la nicturia (**p = 0.007**) y en la sensación de vaciado incompleto (**p < 0.001**). En contraste, la incontinencia urinaria de esfuerzo y las ITUs de repetición no presentaban diferencias estadísticamente significativas, con una $p = 0.508$ y $p = 0.250$, respectivamente.

Se comparó también las características que presentaban aquellas pacientes con y sin recidiva anatómica, mediante los test estadísticos de Chi-Cuadrado o test exacto de Fisher y se llevó a cabo el estudio analítico. De las 91 pacientes finalmente incluidas en el estudio, 21 de ellas (23.07%) presentaron una recidiva del cistocele, pero solo 10 de ellas (11%) fue en grado 2 o superior, frente a 81 (89%) que no recidivaron.

La edad media de las pacientes fue mayor en el grupo con recidiva, de 72.7 ± 7.3 años, respecto al otro grupo (66.3 ± 9.3). Otros valores que fueron superiores en el grupo de las recidivas fueron el IMC siendo de 28.4 ± 1.7 , frente a 26.9 ± 0.4 ; la edad de la menopausia, 49.2 ± 0 y 48.7 ± 3.0 ; y la HTA, siendo de hasta un 70% en el grupo con recidiva y de un 38.2% en el de no recidiva. A pesar de ello, solo la edad media obtuvo un valor que le proporcionaba **una significación estadística** ($p = 0.051$), mientras que el IMC, la edad de la menopausia y la HTA obtuvieron valores no significativos estadísticamente.

Además, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al hábito tabáquico, presencia de EPOC, diabetes mellitus, antecedentes de parto vaginal, macrosomía fetal, estado menopáusico, edad de la menopausia, presencia de atrofia genital, tratamiento hormonal sustitutivo, ni en el grado del prolapso al diagnóstico. Tampoco se encontraron diferencias significativas con la presencia de IUE, la IUU, la nicturia o la presencia de ITUs prequirúrgicas.

Las comparativas entre el grupo con recidiva y el grupo que no quedaron plasmadas en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Comparación de variables en relación con las recidivas / no recidivas.

	No recidiva (n = 81)	Recidiva (n = 10)	p
Edad (años)	66.3 ± 9.3	72.7 ± 7.3	0.051
Menopausia *	73 (90%)	10 (100%)	0.591
Edad menopausia (años)	48.7 ± 3	49.2 ± 0	0.943
Fumadora	7 (8.64%)	0 (0%)	0.333
EPOC *	5 (6,17%)	1 (10%)	0.513
HTA *	31 (38.2%)	7 (70%)	0.087
Diabetes Mellitus	11 (13.5%)	1 (10%)	0.752

IMC (kg/m²)	26.9 ± 0.4	28.4 ± 1.7	0.516
Paridad	80 (98.7%)	9 (90%)	0.465
Macrosomas	7 (8.64%)	0 (0%)	0.175
Atrofia Genital *	9 (11.1%)	2 (20%)	0.347
THM	4 (4.9%)	0 (0%)	0.472
IUE preQx *	7 (8.64%)	1 (10%)	0.456
IUU preQx *	21 (25.92%)	0 (0%)	0.167
Nicturia (presente)	11 (13.5%)	0 (0%)	0.426
ITUs preQx	4 (4.9%)	0 (0%)	0.684
Según Chi - Cuadrado de Pearson			
* Test exacto de Fisher			

DISCUSIÓN:

El objetivo de este estudio era valorar la eficacia de la colporrafia anterior en mujeres con cistocele de grado II o mayor, tanto anatómicamente como sintomatológicamente. La mayoría de las pacientes presentaron una evolución clínica favorable en las consultas de seguimiento, viéndose reducidos los síntomas urinarios y de sensación de bulto vaginal, y mejorando la calidad de vida de las pacientes.

Las características principales de este estudio eran similares a las de la población con cistocele, según la literatura. Con respecto a la edad de las pacientes, según algunos artículos, el cistocele tiene un aumento de su incidencia entre los 60 y 69 años, valores entre los cuales se encuentra la media en nuestro caso (67 ± 9.3 años) (11). La gran mayoría presentaban la menopausia, que está considerado un factor de riesgo del cistocele, debido al descenso de los estrógenos y de la propia exposición a estos (9). Que 38 de nuestras pacientes fueran hipertensas (un 41.8%) es una cifra ligeramente superior a las de incidencia de la hipertensión en la población española en personas de entre 30 y 79 años, siendo esta de un 27% (21). La IUE estaba presente en un 21.1% de las pacientes, cuando la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres en el periodo post reproductivo se considera de hasta un 50% (6). Cabe destacar que muchas de las pacientes presentaban prolapsos de otras cavidades asociados, siendo de hasta un 57.1% en el caso del histerocele de grado I, y de un 19.8% en el rectocele de grado I. Es coherente pensar que conforme aumenta la edad de las pacientes, la presencia de comorbilidades o de un grado mayor del prolapso se verá también aumentadas.

Una vez llevada a cabo la intervención de colporrafia anterior, en la primera consulta de seguimiento, se pudo ver que las cifras de pacientes que presentaban un cistocele habían disminuido hasta un 13.2%. Se consideró el éxito anatómico a aquel cistocele menor a grado II. Los otros prolapsos asociados también se vieron favorecidos por la intervención, disminuyendo hasta un 2.2% el rectocele y únicamente manteniéndose un caso de histerocele grado I. La sintomatología varió con respecto al preoperatorio. Hubo 7 casos de incontinencia *de novo*, pudiendo estar relacionados con el efecto masa que ejercía el cistocele, impidiendo el escape de la orina de forma involuntaria. La mayor parte de estos casos nuevos se trataban de una incontinencia de esfuerzo (6.6%). La nicturia disminuyó hasta un 4.3% de las pacientes, siendo previamente de un 12.1% y la frecuencia de esta también hasta un 0.17 ± 0.46 por noche (previamente de 0.76 ± 1.21 por noche). La gran mayoría de las pacientes presentaron una disminución del residuo postmiccional y las ITUs de repetición. Lo más destacable fue la desaparición de la sensación de vaciado incompleto en el 100% de las pacientes que previamente lo referían. Debemos comentar también que hasta en cinco ocasiones se les colocó un pesario tras el primer o segundo control por presencia de sintomatología urinaria en determinadas pacientes. Otras 3 mantuvieron su tratamiento con fármacos para la incontinencia hasta después del primer control.

Como complicaciones asociadas, 1 paciente hizo una retención urinaria y otra una infección urinaria y un absceso en la cicatriz de la herida requiriendo tratamiento antibiótico. Todas ellas son complicaciones frecuentes y factibles de aparecer en las cirugías de cistocele (9).

Tras el segundo control a los 6 meses el número de cistoceles presentes aumentó, pero la gran mayoría eran de grado I (12.1%), por lo tanto, no se tuvieron en cuenta como recidivas anatómicas. Únicamente un **5.5%** eran de grado II y otro **5.5%** de grado III. Esto nos puede indicar que, a pesar de un buen éxito temprano de la cirugía, con el paso del tiempo, ciertas pacientes volverían a recaer, por ello era necesario un control más a largo plazo. También se vieron aumentados los casos de prolapso de otras cavidades. Fue por estas cifras por las que 4 pacientes fueron reintervenidas del cistocele (4.4% del total). A tres de ellas se les intervino mediante plastia anterior y posterior para la corrección de un cistocele grado II-III. Una de estas pacientes acabó sometándose a una histerectomía vaginal también. La cuarta paciente se reintervino por la aparición de una incontinencia de esfuerzo *de novo* en el segundo control, mediante una TVT-O, quedando sin síntomas de incontinencia o prolapso tras dos meses de la intervención.

El resto de la sintomatología asociada al cistocele presentó una mejoría tras la colpografía. Hasta un 40.7% de las pacientes referían estar asintomáticas, y las que no lo estaban, se sentían satisfechas con los resultados. A pesar de ello, una de las limitaciones que presentó este estudio estaba asociada a la recogida de estos datos sobre la sintomatología. A las pacientes se les proporcionó los cuestionarios específicos para valorar la sintomatología que presentaban (adjuntos en **Anexo I**), pero la gran mayoría no los rellenaron de manera correcta, quedando sin recoger datos como los síntomas sexuales o de dolor preoperatorios y, por lo tanto, no se pudo analizar la evolución de estos síntomas.

Con respecto a los resultados de la investigación estadística del estudio, en total hubo 10 casos de recidiva anatómica (11%) entre las 91 pacientes del estudio, suponiendo estos números una **tasa de éxito del 89%**. Si tuviéramos en cuenta las recidivas sintomatológicas ese número aumentaría, ya que muchas de las pacientes tuvieron que colocarse un pesario tras la intervención o volvieron a presentar síntomas urinarios. Esto nos plantea que tal vez la mejor solución para el cistocele en determinadas pacientes es combinar ambos tratamientos. Recurriendo a la cirugía para resolver los problemas anatómicos y al pesario para el control de la sintomatología urinaria, y en ambos casos, a la mejoría de la sensación de bulto.

La gran mayoría de las variables epidemiológicas obtuvieron resultados no significativos en relación con la presencia o no de recidiva. Únicamente la edad media presentó una significación estadística (**p = 0.051**), teniendo una media en el grupo con recidiva de **72.7 ± 7.3 años**, frente a un **66.3 ± 9.3** del grupo de no recidivas. Esto nos puede hacer pensar en la presencia de mayor número de comorbilidades presentes en las pacientes del grupo de recidiva, simplemente asociadas a la edad, como puede ser la propia debilidad del suelo pélvico o de las estructuras anatómicas, y la toma de fármacos. También podemos asociar un mayor tiempo de menopausia, y por ende una menor exposición a estrógenos, que son factores protectores de la debilidad del suelo pélvico. Por otro lado, estudios previos respaldan la idea de que son las pacientes más jóvenes las que más acaban

recidivando, ya que tienden a tener sintomatología mayor y a retrasar el tratamiento (4). Esto respalda la necesidad de seguir investigando la fisiopatología del cistocele y sus recurrencias, y la relación que tienen las mismas con la edad.

Las variables que más se vieron asociadas con la recidiva fueron la paridad y la menopausia. Presentes hasta en 90 y 100% de los casos respectivamente, pero ninguna de ellas fue estadísticamente significativa ($p = 0.465$ y $p = 0.591$). Otras variables que según la evidencia científica podrían considerarse factores de riesgo del cistocele o de la recurrencia o gravedad del mismo, como, por ejemplo, un IMC elevado, el tabaquismo o la presencia de EPOC, en este estudio no obtuvieron resultados significativos estadísticamente. El total de pacientes fumadoras del estudio se encontraban en el grupo de no recidiva, únicamente 1 paciente EPOC recidivó. Con respecto al IMC, sí que se vio que era superior en el grupo de recidiva, de 28.4 ± 1.7 , frente a 26.9 ± 0.4 , pero no obtuvo una $p < 0.05$. No obstante, aunque no fuera significativo el resultado del IMC de cada grupo, es destacable que en ambos grupos la cifra se correspondería con el rango de sobrepeso, siendo el del grupo de recidiva cercano a la cifra de obesidad ($IMC > 29.9$). A pesar de no presentar relevancia estadística en nuestro caso, estudios previos si han descrito el sobrepeso como un factor de riesgo del cistocele, lo que podría justificar la prevalencia elevada de IMC en nuestra muestra (11).

Se estudio también la posibilidad de que la presencia de síntomas urinarios previos a la cirugía tuviera relación con la recidiva anatómica posterior, pero ninguna de las variables obtuvo un resultado estadísticamente significativo. Es más, casi ocurría el efecto contrario, el grupo con no recidiva presentaba la totalidad de los casos en la mayor parte de las variables de síntomas urinarios: de los 8 casos de incontinencia urinaria de esfuerzo que hubo en el estudio, 7 estaban en el grupo de no recidiva; de los 21 casos de incontinencia de urgencia, fueron 100%, e igual ocurrió con la presencia de nicturia y de ITUs prequirúrgicas.

En cambio, con respecto a los síntomas urinarios si se vio mejoría tras la intervención quirúrgica obteniendo resultados con relevancia estadística. El **residuo postmiccional medio**, el **residuo patológico**, la **IUU**, la presencia de **nicturia** y su **frecuencia** e incluso la **sensación de vaciado incompleto** tuvieron una $p < 0.05$. Esto sugiere una buena eficacia de la técnica a la hora de mejorar los síntomas urinarios de las pacientes. Lo más correcto sería poder comparar también si los demás síntomas asociados al cistocele también mejoraron.

Comparando este estudio con otros anteriores, la principal diferencia es el tamaño muestral. Muchos de los estudios que existen a cerca del cistocele, su corrección o la sintomatología que la acompaña tienden a presentar una muestra con gran número de pacientes, como, por ejemplo, el llevado a cabo por la *Division of Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Department of Obstetrics and Gynecology, Oregon Health & Science University, Portland, OR* y publicado en agosto de 2004. (22)

Este estudio analizó la relación entre el grado de prolapso de los órganos pélvicos y la presencia de síntomas en 905 mujeres de unos 56 años y con una media de partos de 2.8. Para medir el grado del prolapso utilizaron la clasificación POPQ, y para valorar los

síntomas el *symptom questionnaire, the short versión of the Urogenital Distress Inventory (UDI)*.

De las 905 pacientes, un 5% presentaban un Estadio 0 del prolapso, un 19% un Estadio I, un 53% un Estadio II, 12% Estadio III y un 11% Estadio IV. El estudio confirmó que conforme evoluciona el grado de prolapso, la frecuencia de los síntomas aumenta, destacando la sensación de bulto genital. Cuando el prolapso llega a sobrepasar el himen, un 70% de las mujeres percibían molestias genitales (Estadio III), pero si este alcanza entre 1 y 5 cm más allá del himen, el porcentaje asciende hasta el 90% de las pacientes. Sin embargo, cuando nos encontramos frente a un prolapso muy severo, superando los 5 cm de descenso respecto al himen, el porcentaje de mujeres que presentan molestias desciende de nuevo hasta el 70%. El rango de pacientes que referían una sensación de bulto genital al presentar un Estadio II de prolapso variaba entre un 57 y 87%, y hasta un 30% de pacientes sin prolapso (Estadio 0) referían también este síntoma. Bien es cierto que, al tratarse de mujeres en edad menopáusica, otros factores como la atrofia vaginal, la sequedad o incluso el sobrepeso podían favorecer la aparición de dicho síntoma.

El estudio también destacaba que, así como los síntomas genitales sí se correlacionan con el grado de prolapso, los síntomas urinarios y los defecatorios no presentan relación directa con los prolapsos anterior y posterior, respectivamente.

Al comparar nuestro estudio con este podemos encontrar diferencias en la edad media de las pacientes, siendo hasta 10 años superior en nuestro caso, o en los grados del prolapso. La mayor parte de las pacientes de nuestro estudio presentaban un cistocele de grado III, mientras que con el que lo comparamos, el grado con mayor número de pacientes era el estadio II.

Un estudio realizado por E. Baser et al. en el 2013, comparaba los síntomas que presentaban las pacientes operadas mediante colpografía anterior y malla transvaginal. En él se estudió a 30 mujeres con un estadio II o mayor de POP del compartimento anterior. Se recogieron los síntomas de las pacientes tanto prequirúrgicos como postquirúrgicos encontrando los siguientes resultados:

- El 100% de las pacientes presentaban síntomas de urgencia miccional antes de la operación. Un 83.3% referían nicturia y hasta un 40% necesitaban usar absorbentes. El dolor pélvico aparecía en el 50% de las pacientes y la dispareunia en el 60%. (10)

Tras las intervenciones respectivas los datos variaron, viéndose un claro descenso de la sintomatología urinaria. El seguimiento se llevó a cabo durante aproximadamente 6 meses y medio:

- El 26,7% de las pacientes presentaban ahora síntomas de urgencia miccional. Tan solo un 6.6% siguieron necesitando usar absorbente y la aparición de dolor pélvico y la dispareunia también descendió hasta un 13.3% en ambos casos. Con respecto a la nicturia, se vio un descenso menor en la prevalencia de los síntomas, manteniéndolo hasta un 60% de las pacientes. **Figura 5.**

	Preoperative n (%)	Postoperative n (%)	P-value
Urgency	30 (100)	8 (26.7)	0.001 †‡
Urge incontinence	21 (70)	5 (16.7)	0.001 †‡
Frequency	23 (76.7)	4 (13.3)	0.001 †§
Abnormal emptying	17 (56.7)	3 (10)	0.001 †§
Hesitancy	9 (30)	2 (6.7)	0.016 †§
Dysuria	9 (30)	2 (6.7)	0.039 †§
Nocturia	25 (83.3)	18 (60)	0.016 †§
Pad used	12 (40)	4 (13.3)	0.021 †§
Dyspareunia complaints	9 (60)	2 (13.3)	0.003 †‡
Pelvic pain	15 (50)	4 (13.3)	0.007 †§

†Statistically significant. ‡Wilcoxon Signed Ranks analysis. §McNemar Bowker analysis.

Figura 5. Cambios proporcionales de los síntomas asociados al cistocele antes y después de la intervención quirúrgica. Tomado de: Baser E, Ozdemirci S, Uysal D, Karahanoglu E, Sivaslioglu A. Effects of surgical anatomical correction of pelvic anterior compartment defect on lower urinary tract symptoms. *Low Urin Tract Symptoms*. 2017;9(1):24–29.

M.Turgal et al. en 2013 comparó a 40 pacientes con cistoceles de grado II y III, intervenidas mediante colporrafia anterior (grupo I) y con malla de polipropileno (grupo II), para ver la sintomatología que presentaban respectivamente, antes y después de la operación. **Figura 6.**

	Group I				Group II				p-Value*
	Preoperatively		End of the 1st year		Preoperatively		End of the 1st year		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bulging	20	100	5	25	20	100	1	5	0.04
Abnormal emptying	4	20	1	5	5	25	1	5	1.0
Frequency	2	10	1	5	2	10	0	0	1.0
Urgency	2	10	1	5	2	10	0	0	1.0
Nocturia	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Pelvic pain	2	10	1	5	2	10	0	0	1.0
Faecal incontinence	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A
Urinary incontinence	0	0	2	10	0	0	0	0	1.0

N/A: Statistical analysis cannot made.

* Comparison outcome by using Fishcer Exact test.

Figura 6. Evaluación de síntomas uro-ginecológicos antes de la cirugía y al año postoperatorio en pacientes sometidas a colporrafia anterior o cirugía con malla. Tomado de: Turgal M, Sivaslioglu A, Yildiz A, Dolen I. Anatomical and functional assessment of anterior colporrhaphy versus polypropylene mesh surgery in cystocele treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(2):555–558.

En la tabla podemos ver como los síntomas antes y después de la cirugía disminuían notablemente, pero lo hacían incluso más en el grupo intervenido con malla. Concretamente el síntoma más destacable del cistocele, como es la sensación de bulto, aún permanecía en un 25% de las pacientes intervenidas mediante colporrafia, mientras que solo estaba presente en un 5% del otro grupo. Ambos grupos fueron seguidos durante un año para llevar a cabo esta comparación. Centrándonos solo en el grupo I, casi todos los síntomas se habían reducido a menos de un 5% de las pacientes, con la excepción del bultoma y la incontinencia urinaria. (16)

Con respecto a estos dos últimos estudios presentados, que tal vez se asemejen más a la investigación que nosotros hemos realizado, tanto en tamaño muestral, como en objetivos, podemos observar que la mejoría de los síntomas era más significativa que en el nuestro. Comparando con el estudio realizado por E. Baser, se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa en la totalidad de los síntomas analizados. A pesar de ser un estudio con menor número de pacientes, la gravedad y frecuencia de sus síntomas era mayor en comparación con el nuestro. Si comparamos una a una las variables que tenemos en común podemos ver que la incontinencia de urgencia sigue una progresión igual a la nuestra, y la nicturia presenta la misma relación estadística ($p = 0.016$). El estudio realizado por M. Turgal et al, solo compararíamos el grupo I, el intervenido mediante colporrafia anterior. En él las mejorías fueron de un 50% en el caso de la urgencia urinaria, mientras que en el nuestro fue de un 76.2% (de 21 pacientes con incontinencia de urgencia a 5 tras la intervención). No obstante, el número reducido de casos (2 pacientes) del estudio con el que nos comparamos, limita la posibilidad de establecer una conclusión correcta. El resto de las variables no podemos compararlas por la ausencia de datos.

Tras llevar a cabo el análisis estadístico y descriptivo de nuestro estudio y compararlo con otros de características similares o con las mismas variables podemos confirmar ciertas teorías. La mayoría de las pacientes presentaban una mejoría de su sintomatología tras la intervención del cistocele, al menos en el apartado de los síntomas urinarios, y estaban satisfechas con los resultados. Como hemos comentado antes, el principal síntoma que hacía a las pacientes acudir a consulta era la sensación de bulto genital, que mediante la colporrafia se soluciona, obteniendo buenos resultados anatómicos. Asociados a este mismo, podemos eliminar otros muchos síntomas, como por ejemplo la dispareunia o la sensación de pesadez.

Es importante también conocer los factores que pueden aumentar el riesgo de recurrencias, ya que, si los valoramos de manera preoperatoria, podemos reducirlo u optar por una intervención que no los favorezca. Como factores de riesgo destacan una edad joven, una historia familiar de prolapso, grados avanzados (cistocele >2), un suelo pélvico debilitado, antecedentes de histerectomía, IMC elevado, antecedentes de cirugía pélvica y del prolapso, daño en el elevador del ano, etc. De todos los factores de riesgo, la edad es el que más problemas conlleva, como hemos podido comprobar con nuestro estudio. Muchas de las pacientes jóvenes tardan en operarse por miedo a posibles recurrencias futuras, aumentando el grado del prolapso y empeorando el tratamiento futuro por mayor dificultad para la corrección anatómica. Estas pacientes son con las que más habría que tener precaución a la hora de intervenir y sobre todo recomendar evitar los factores de riesgo y tratar no retrasar la intervención. (4)

La sintomatología condiciona en gran medida la calidad de vida de las pacientes, afectando tanto a la parte física, como a la psicosocial. Los síntomas del cistocele pueden contribuir a: disminuir el deseo sexual, aumentar el riesgo de desarrollo de una depresión, favorecer la ansiedad relacionada con la incontinencia y la incomodidad asociada al uso de compresas o pañales. Es por todo esto que el tratamiento, tanto quirúrgico, como médico o mediante fisioterapia, debe estar centrado en la reconstrucción anatómica y

funcional del prolapso, de manera individualizada, y con el objetivo de aliviar o eliminar los síntomas asociados a este, para así mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes (10). Esto último lo hemos podido comprobar mediante la realización de este mismo estudio, ya que, a pesar de mantener sintomatología miccional o de tener que recurrir a la colocación de pesarios cierto número de pacientes, los resultados de satisfacción eran altos.

El estudio cumplió con los objetivos que se habían propuesto, ya que permitió comprobar la eficacia de la colpografía anterior, analizar la sintomatología de las propias pacientes y ver la mejoría de los mismos tras la intervención.

A pesar de ello, deben tenerse en cuenta las limitaciones del estudio, como su diseño retrospectivo, el reducido tamaño muestral, la falta de datos de determinados síntomas o el proceso de selección no aleatorizado, lo que puede haber limitado la evaluación de la sintomatología funcional de forma más precisa.

Sería conveniente ampliar la muestra en futuros estudios y plantear realizar un seguimiento más a largo plazo para comprobar la duración en el tiempo de los resultados y establecer las variables relacionadas con la recidiva anatómica del cistocele.

CONCLUSIONES:

- Las pacientes intervenidas quirúrgicamente mediante colporrafia anterior por un cistocele de grado II-III presentaron una mejoría significativa en la sintomatología urinaria, con una reducción destacable en determinados síntomas como:
 - El residuo postmiccional medio disminuyó hasta en 40 mL tras la cirugía (de 55.1 ± 71.5 a 14.78 ± 51.25).
 - La presencia de incontinencia urinaria de urgencia presentó una mejoría relativa del **76.2%**, pasando de estar presente en 21 pacientes a tan solo en 5.
 - La mejoría en la aparición de la nicturia tras la cirugía fue del **63.6%**, y la frecuencia de la misma disminuyó hasta 0.17 ± 0.46 .
 - La sensación de vaciado incompleto tuvo un resultado de una mejoría del **100%**, desapareciendo por completo en las 13 pacientes que lo presentaban.
 - Otros síntomas como la sensación de bulto vaginal o de pesadez pélvica también mejoraron.
- Hasta un **40.7%** de las pacientes refirieron estar asintomáticas tras la intervención en los siguientes controles.
- La tasa de recidiva anatómica fue baja, del **10.9%** ($n = 10$).
- Tan solo 4 de las pacientes del estudio (4.4%) fueron reintervenidas quirúrgicamente, siendo una de ellas intervenida por una incontinencia de esfuerzo *de novo*.
- En el análisis de factores asociados a la recidiva no se encontraron resultados estadísticamente significativos en variables como el IMC, la HTA o la paridad, a pesar de mayor frecuencia en el grupo de las recidivas.
- Únicamente la edad obtuvo un valor de significación estadística ($p = 0.051$), siendo la media de **72.7 ± 7.3 años** en el grupo de recidiva.
- Estos hallazgos refuerzan el papel de la colporrafia anterior como una opción eficaz y segura en pacientes con cistoceles de grado II o superior sin antecedentes quirúrgicos vaginales previos. Con una tasa de éxito del **89.1%**.

BIBLIOGRAFÍA:

1. International Urogynecological Association. Prolapso genital: una guía para mujeres [Internet]. 2011 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.iuga.org/resources/resources-in-spanish>
2. Doumouchsis SK, de Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, et al. An International Continence Society (ICS)/International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2023;34(1):1–42.
3. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence, Paris*, February 2012. ICUD-EAU; 2013.
4. Vergeldt TFM, Notten KJB, Kluivers KB, Weemhoff M. Recurrence risk is associated with preoperatively advanced prolapse stage: is there a difference between women with stage 2 and those with stage 3 or 4 cystocele? *Int Urogynecol J*. 2017;28(7):983–7.
5. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de órganos pélvicos: clínica y exploración POP-Q. Guía Asistencial Suelo Pélvico [Internet]. Febrero 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/SueloPelvico/popq.pdf>
6. Cohen SD. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev Méd Clínica Las Condes* [Internet]. 2013 [cited 2025 Feb 26];24(2):202–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>
7. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol* [Internet]. 2004 [cited 2025 Feb 26];6(Suppl 5):S2. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1472875/>
8. Song C, Wen W, Pan L, Sun J, Bai Y, Tang J, et al. Analysis of the anatomical and biomechanical characteristics of the pelvic floor in cystocele. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 17];102(12):1661. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10619611/>
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol*. 2020;63(1):54–9.
10. Baser E, Ozdemirci S, Uysal D, Karahanoglu E, Sivaslioglu A. Effects of surgical anatomical correction of pelvic anterior compartment defect on lower urinary tract symptoms. *LUTS*. 2018;10(3):277–80.
11. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 13];96(3):179–85. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0801/p179.html>
12. Mussawar M, Khademiore S, Chandra A, Hanafimosalman M, Chan G. Examining pessary use and satisfaction in managing pelvic organ prolapse: results from a cross-sectional multicentre patient survey. *BMC Urol* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 13];24(1):278. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11665120/>
13. de Carvalho MLAS, Bezerra LO, Oliveira JMP, Oliveira MCE, Micussi MTABC. Pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a protocol study. *PLoS One* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 12];19(8):e0308701. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11329135/>

14. Houman J, Weinberger JM, Eilber KS. Native tissue repairs for pelvic organ prolapse. *Curr Urol Rep*. 2017;18(12):98.
15. Bocardo U, Moreno J, Redondo E, Coaña J, Silmi A. Manejo de la incontinencia en pacientes con cistocele moderado y severo. *Clín Urol Complut*. 2000;8:459–72.
16. Turgal M, Sivaslioglu A, Yildiz A, Dolen I. Anatomical and functional assessment of anterior colporrhaphy versus polypropylene mesh surgery in cystocele treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(2):555–8.
17. Altman D, Väyrynen T, Engh ME, Axelsen S, Falconer C. Anterior colporrhaphy versus transvaginal mesh for pelvic-organ prolapse. *N Engl J Med* [Internet]. 2011 [cited 2024 Dec 17];364(19):1826–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561348/>
18. Maher C. Anterior vaginal compartment surgery. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1791–802.
19. Nüssler E, Kesmodel US, Löfgren M, Nüssler EK. Operation for primary cystocele with anterior colporrhaphy or non-absorbable mesh: patient-reported outcomes. *Int Urogynecol J*. 2015;26(3):359–66.
20. Vitale SG, Laganà AS, Gulino FA, Tropea A, Tarda S. Prosthetic surgery versus native tissue repair of cystocele: literature review. *Updates Surg*. 2016;68:325–9.
21. Banegas JR, Sánchez-Martínez M, Gijón-Conde T, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, et al. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 20];77(9):767–78. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893224001076>
22. Ghetti C, Gregory WT, Edwards SR, Otto LN, Clark AL. Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(1):53–7.

Anexo I:



PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY

NOMBRE

FECHA

Por favor, responda cada pregunta marcando la mejor respuesta. Al responder a estas preguntas, considere sus síntomas durante los últimos 3 meses. A pesar de que no pueda estar teniendo problemas en algunas de estas áreas, intente rellenar este cuestionario de la forma más completa posible.

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN URINARIA 6 (UDI-6)

¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta...		No me molesta en absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
Experimentar frecuentemente deseos de orinar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener frecuentes pérdidas de orina asociadas a sensación de urgencia miccional (necesidad imperiosa de ir al baño)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener frecuentes pérdidas de orina relacionadas con la tos, el estornudo o la risa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener frecuentes pérdidas de pequeña cantidad de orina (gotas)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener usualmente dificultad para vaciar la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Experimentar frecuentemente dolor o disconfort en la región abdominal baja o genital?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN COLORRECTAL-ANAL 8 (CRADI-8)

¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta...		No me molesta en absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
La necesidad de realizar un gran esfuerzo para defecar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de no haber evacuado el recto por completo tras la defecación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La imposibilidad de evitar escapes de heces sólidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La imposibilidad de evitar escapes de heces de consistencia líquida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La falta de control sobre escapes de gases a través del ano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación urgente de tener que defecar que le hace ir corriendo al baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de abultamiento o salida de recto o asas intestinales a través del ano durante o después de la defecación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN POR PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS 6 (POPDI-6)

¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta...		No me molesta en absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
La sensación de presión en la región inferior del abdomen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de pesadez o dolor en la pelvis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación o la visión directa de bulto o salida de órganos a través de su vagina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La necesidad de empujar en la vagina o el recto para completar la defecación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de vaciado incompleto de la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La necesidad de introducir el abultamiento empujando con sus dedos dentro de la vagina para iniciar o finalizar la micción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

PELVIC FLOOR IMPACT QUESTIONNAIRE

Instrucciones: Algunas mujeres encuentran que los síntomas urinarios, fecales y/o vaginales afectan a su actividad diaria, el modo de relacionarse con los demás a así como al plano emocional. Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describe en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectados por la clínica urinaria, fecal o vaginal en los últimos 3 meses. Por favor,

Asegúrese de marcar una respuesta en las 3 columnas en cada pregunta.

¿En qué medida afectan los síntomas que padece en...

1. Su capacidad para hacer las tareas del hogar?

Clínica urinaria	Clínica fecal	Clínica vaginal-pélvica
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Algo	<input type="checkbox"/> Algo	<input type="checkbox"/> Algo
<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Moderadamente
<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Bastante

2. Su capacidad para realizar actividades físicas, tales como caminar, natación, u otro ejercicio?

Clínica urinaria	Clínica fecal	Clínica vaginal-pélvica
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Algo	<input type="checkbox"/> Algo	<input type="checkbox"/> Algo
<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Moderadamente
<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Bastante

3. Las actividades de entretenimiento tales como ir al cine o a un concierto?

Clínica urinaria

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica fecal

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica vaginal-pélvica

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

4. Su capacidad para viajar en coche o en autobús durante una distancia mayor de 30 minutos fuera de casa?

Clínica urinaria

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica fecal

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica vaginal-pélvica

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

5. Participar en actividades sociales fuera de casa?

Clínica urinaria

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica fecal

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica vaginal-pélvica

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante



The Institute for
Female Pelvic Medicine
& Reconstructive Surgery®

Caring Specialists. Restoring Pelvic Support. Curing Incontinence.

6. Salud Emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?

Clínica urinaria

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica fecal

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica vaginal-pélvica

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

7. Sentirse frustrado

Clínica urinaria

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica fecal

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante

Clínica vaginal-pélvica

En absoluto

Algo

Moderadamente

Bastante



PUNTUACIÓN

Total x 100 x 100 x 100

Todos los artículos utilizan la escala de respuesta siguiente:

0, No, en absoluto; 1, un poco; 2, moderadamente; 3, un poco

Escalas:

Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7): 7 artículos bajo título de la columna "Clínica urinaria "

Colorectal-Anal Impact questionnaire (CRAIQ-7): 7 artículos bajo título de la columna " Clínica fecal"

Prolapso de órganos pélvicos Impact Questionnaire (POPIQ-7): Los artículos en la columna "Clínica Vaginal-Pélvica".

Puntuaciones:

Obtener el valor medio de todos los elementos contestadas dentro de la correspondiente escala (valor posible 0-3) y luego se multiplica por (100/3) para obtener la puntuación de la escala (rango 0-100).

Los valores "missing" se tratan mediante el uso de la media de los únicos elementos contestadas.

PFIQ-7 Resumen de puntuación: Agregar las puntuaciones de las escalas de 3 en conjunto para obtener la puntuación

Anexo II:



Comité de Ética de la Investigación de la CA de Aragón
Informe sobre Trabajos académicos

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEI Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) ha recibido la declaración relativa al trabajo académico:

Título: PATOLOGIA EN PACIENTES CON CISTOCELE. EVOLUCIÓN TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.

Estudiante: LUCÍA CALAVIA CIFUENTES

Tutoras: MARTA LAMARCA BALLESTERO, LEYRE RUIZ CAMPO

2º. Que, según consta en la declaración del tutor, dicho trabajo se enmarca íntegramente dentro de los objetivos del proyecto de investigación:

Título: COLPORRAFIA ANTERIOR PARA LA CORRECCIÓN DEL CISTOCELE. ESTUDIO NATCYS (Native Tissue repair of CYStocele). SINTOMATOLOGÍA, FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA

Que ha sido previamente evaluado por el CEICA (PI21/082)

3º. Considera que

- El Tutor/Director garantiza el cumplimiento de los principios éticos y legales aplicables, la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para el acceso a los datos (si procede), el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

4º. Por lo que este CEI considera adecuada la realización del trabajo académico en estas condiciones.

Lo que firmo en Zaragoza

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo III:

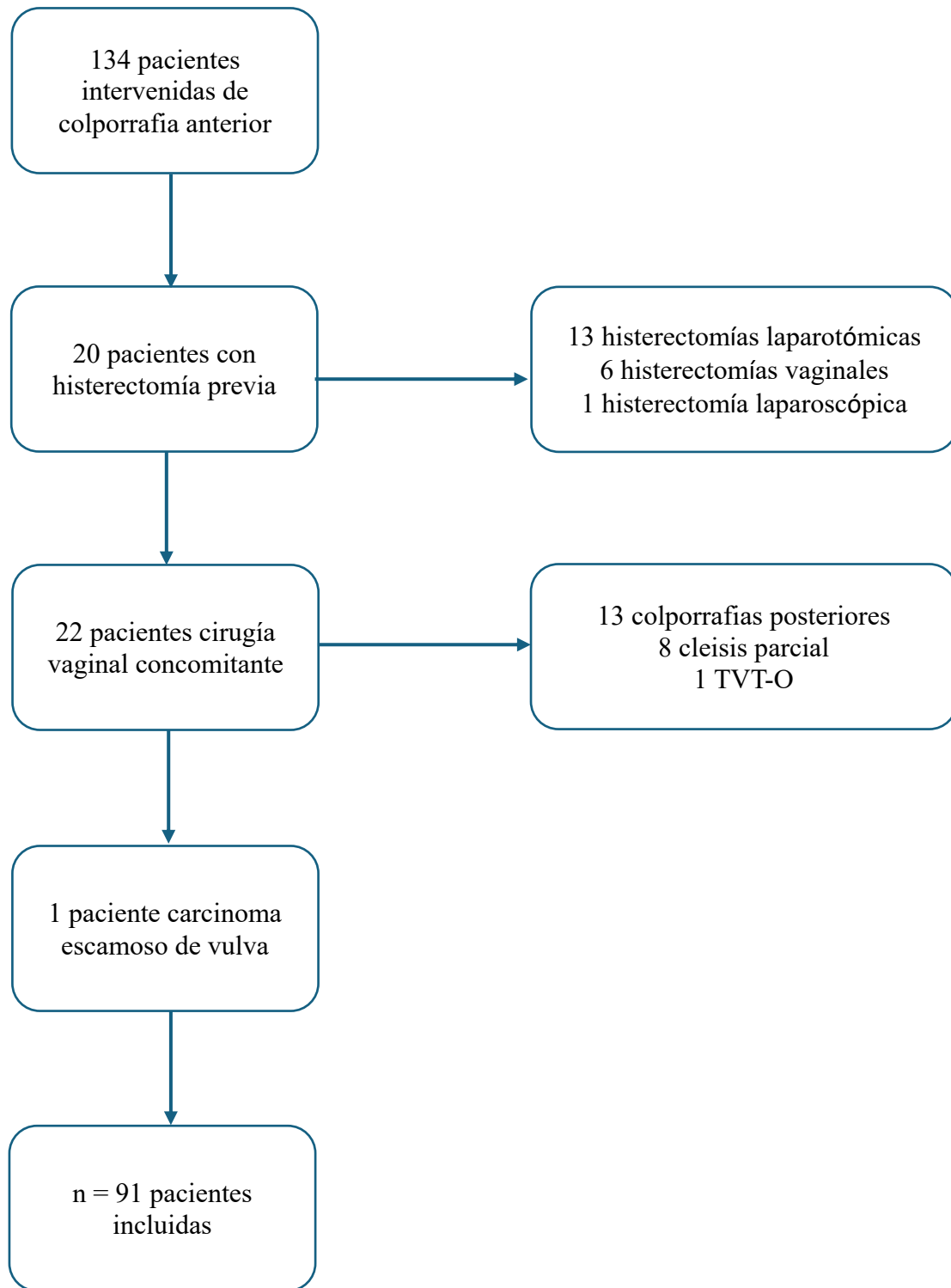


Figura 3. Flujo de pacientes incluidas y excluidas en el estudio.