

# Resúmenes Seleccionados – Suspensión Laparoscópica de Prolapso de Órganos Pelvianos

## Dra. Rita L. O. Pastore

### 1. Laparoscopic ventral rectopexy, posterior colporrhaphy and vaginal sacrocolpopexy for the treatment of recto-genital prolapse and mechanical outlet obstruction. Slawik S\*, Soulsby R\*, Carter H†, Payne H‡, Dixon AR\*. *Colorectal Dis* 2008;10:138–43

Department of \*Colorectal Surgery, †GI Fluoroscopy and GI Physiology, North Bristol NHS Trust, Frenchay Hospital Bristol, UK.

**Objetivo:** Mientras que la fijación ±resección ofrece los mejores resultados funcionales y la menor recurrencia, la rectopexia con malla se acompaña de constipación. La rectopexia ventral laparoscópica preservadora de los nervios autonómicos permite la corrección de las anomalías del recto, vagina, vejiga y piso pelviano.

**Método:** Se usó una base de datos prospectiva para auditar nuestra experiencia de 7 años con esta técnica. El septum rectovaginal se movilizó anteriormente hasta el piso pelviano, evitando el daño nervioso. Se suturó una malla de Prolene® a la cara anterior del recto, posterior de la vagina y del fórnix vaginal y se fijó al promontorio sacro. Tres trocares (10 mm umbilical, 12 y 5 mm en fosa ilíaca derecha), óptica 30°. Se comenzó con la incisión del peritoneo a la derecha a nivel del promontorio siguiendo con la incisión a lo largo de la cara lateral del mesorrecto hasta el fondo de saco de Douglas y luego anterior abriendo la fascia de Denonvilliers llegando lo más bajo posible hasta el piso pelviano. No hubo disección posterior ni de los ligamentos laterales del recto. En los hombres se disecó hasta la base de la próstata evitando los márgenes laterales de las vesículas seminales. Una malla de prolypropilene de 15 x 15 cm se cortó por la hipotenusa para obtener 3 x 17 cm, los últimos 7 cm afinándola hasta 1 cm, se suturó a la seromuscular anterior del recto con 3 puntos separados irreabsorbibles (Ethibond®), incluyendo el más cefálico el peritoneo del Douglas. La cara posterior de la vagina se sutura luego a la cara anterior de la malla con otros 3 puntos, el más cefálico toma el fórnix vaginal posterior. La parte afinada de la malla se fija luego al promontorio con 4 Protack® de titanio sin tensión. Cierre del peritoneo con surget por encima de la malla. En presencia de cistocele y/o enterocele se disecciona la vejiga de la pared vaginal anterior por 3-4 cm. La malla se dobla en dos y la parte más corta se sutura a la pared vaginal anterior y se cubre con vejiga/peritoneo. En pacientes no hysterectomizadas se confecciona un túnel a través del ligamento ancho por donde se pasa otra tira más angosta de malla (2 cm), fijando su extremo al promontorio encima de la otra malla. En los pacientes con tránsito lento se reseccó el sigmoides y recto superior luego de la fijación, extrayendo la pieza por ampliación de la incisión umbilical. Se evaluaron los pacientes con los scores de la Cleveland Clinic. Todos completaron un cuestionario validado para evaluar los síntomas intestinales y del tracto urinario inferior en mujeres. Se realizaron estudios anorrectales fisiológicos en todos los pacientes los primeros 3 años. Luego en casos seleccionados al igual que el defecograma (con contraste oral y vaginal), enema baritado, marcadores de tránsito colónico, ecografía anal y estudio urodinámico.

**Resultados:** Se les realizó cirugía laparoscópica del prolapso (rectal completo 55%, intususcepción rectoanal 46%, cinco tenían úlcera solitaria) a 80 pacientes (6 hombres, edad media 59 años, rango 31-90), entre enero 1997 y diciembre 2005. A 74 mujeres se les realizó concomitante colporrafia posterior y sacrocolpopexia. El 58% tenía cirugía previa: hysterectomía 33%, colporrafia posterior 15%, rectopexia posterior 6%, Delorme 5% y colposuspensión de Birch 3%. La mitad (54%) eran incontinentes (Escore Wexner media: 11), 31% tenían síntomas de obstrucción del tracto de salida (OTS), 7 tenía constipación por tránsito lento y fueron ressecados. Tiempo operatorio medio 125 min. Una conversión. Hospitalización mediana 3 días. Control a las 6, 12, 26 semanas y luego anual. Mediana de seguimiento 54 meses (30-96). Incontinencia mejoró en 39/43 (91%) (Escore Wexner mediana: 1. La OTS mejoró en 20/25 (80%). Dolor pelviano resolvió en todos menos uno. Complicaciones: 21%, bolo fecal 4%, infección herida 2%, sangrado 2%, dehiscencia anastomótica 1%, infección pulmonar 1%, retención urinaria 1%. Tres desarrollaron dificultades evacuatorias menores y dos incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Conclusión:** La rectopexia ventral laparoscópica es segura con relativamente baja morbilidad. En el mediano

plazo muestra buenos resultados para el prolapso y los síntomas asociados de incontinencia y OTS.

**Comentario:** Tanto el grupo de Dixon en Bristol, UK como el de D'Hoore y Penninckx en Leuven, Bélgica han sido quienes describieron la técnica de sacrocolporrectopexia anterior laparoscópica en un intento de lograr las ventajas del abordaje abdominal mini-invasivo y la mejoría en los resultados funcionales, especialmente en la constipación que es atribuida a la posible lesión de los nervios hipogástricos por la disección posterior y lateral de las técnicas convencionales para el prolapso rectal. Incluso ha sido efectiva para los pacientes con prolapso rectoanal oculto significativo en el que la técnica de promontofijación posterior tiene malos resultados por agravamiento de la constipación. Estos resultados, a mediano plazo y en pacientes bien estudiados con objetivación de los síntomas por escores de función intestinal y urinaria avalan su indicación y el reemplazo de la rectopexia posterior tradicional. Es interesante además la posibilidad de corregir simultáneamente las alteraciones del compartimiento medio y anterior por abdomen que es la vía de mejores resultados para el prolapso genitourinario.

## 2. Feasibility and Functional Outcome of Laparoscopic Sacrocolporectopexy for Combined Vaginal and Rectal Prolapse Sagar PM<sup>1</sup>, Thekkinkattil DK<sup>1</sup>, Heath RM<sup>1</sup>, Woodfield J<sup>1</sup>, Gonsalves S<sup>1</sup>, Landon CR<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>John Goligher Department of Colorectal Surgery, Leeds General Infirmary, Leeds, United Kingdom.

<sup>2</sup>Department of Urogynecology, Leeds General Infirmary, Leeds, United Kingdom.

**Objetivo:** El prolapso de múltiples órganos pelvianos causa una variedad de síntomas que deterioran la calidad de vida. Se describe un procedimiento laparoscópico que utiliza una malla de fijación de la vagina al sacro más una rectopexia para corregir ambas deformidades anatómicas y la disfunción del compartimiento posterior.

**Método:** Se reclutaron pacientes con o sin rectocele. Se realizó una completa evaluación preoperatoria de la fisiología de cada uno de los compartimientos del piso pelviano. También completaron el cuestionario Pelvic Floor Distress Inventory antes y a los 6 meses de la cirugía.

**Resultados:** Diez pacientes fueron sometidos a la sacrocolporectopexia laparoscópica (edad mediana 47 años, rango 43–53). No hubo morbilidad. Mediana del global distress inventory score fue significativamente menor en el postoperatorio (8.3 vs. 37.5 P=0.012). Las tres medianas de las subescalas lo fueron. El procedimiento corrigió los rectoceles asociados y el descenso perineal de esfuerzo.

**Conclusión:** El procedimiento descrito fue seguro y factible con buena mejoría sintomática de la disfunción del piso pelviano.

**Comentario:** Este trabajo, si bien tiene una casuística reducida vuelve a reproducir los buenos resultados anatómicos y funcionales (bien evaluados por escores validados) de la técnica de sacrocolporrectopexia anterior. Cuando se evalúan las cirugías para el prolapso es importante analizar los resultados funcionales pues no siempre la corrección anatómica va acompañada de una mejoría de estos síntomas y en ocasiones hasta se agravan o aparecen en el postoperatorio.

## 3. Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapsed improves constipation and avoids de novo constipation. Boons P, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. *Colorectal Dis* 2010;12:526–32

Pelvic Floor Service, Department of Colorectal Surgery, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK.

**Objetivo:** La rectopexia abdominal es ideal para pacientes con prolapso rectal en buen estado general, aunque luego la mitad se queja de constipación severa. La resección disminuye esta disfunción aunque conlleva los riesgos de una anastomosis pelviana. La nueva técnica de rectopexia ventral preservadora de los nervios parece evitar la denervación de la disección rectal postero-lateral y de ese modo la constipación postoperatoria. Nuestro objetivo es evaluar nuestros resultados funcionales con la rectopexia ventral laparoscópica.

**Método:** Pacientes consecutivos fueron evaluados prospectivamente (Escore de Wexner de constipación e incontinencia fecal) en el preoperatorio, a 3 meses del postoperatorio y > 12 meses. Los cirujanos fueron entrenados por el grupo de Leuven tanto en Leuven como en Oxford en la técnica descrita por D'Hoore y Penninckx: Posición de Lloyd-Davies, cámara de 30° subumbilical por técnica abierta. Otros tres trócares en fosa ilíaca derecha (10 mm), hipocondrio derecho (5 mm) y suprapúbico (5 mm). Apertura con hook del peritoneo a la derecha del promontorio sobre el borde del mesorrecto hacia el lado derecho del fondo de saco de

Douglas, respetando los nervios hipogástricos (más profundo) y el uréter (más lateral) y evitando la movilización del mesorrecto. La incisión termina en la parte más profunda del Douglas. El peritoneo posterior al ápex del septum rectovaginal se retrae en forma posterocefálica. Una valva fina de Deaver colocada en la vagina la retrae antero-caudalmente de forma igual opuesta poniendo en evidencia el plano areolar, incidiendo el peritoneo sobre el ápex del septum rectovaginal. Una disección rectal puramente anterior en este plano areolar para crear un bolsillo de 4-5cm de ancho hasta el piso pelviano confirmando el límite distal por tacto rectal. Una tira de 3x20cm de polypropylene se coloca lo más distalmente posible suturándola a la cara anterior del recto con dos filas paralelas de puntos separados no reabsorbibles (Éthibond®) en forma levemente oblicua desde la línea media al promontorio sacro derecho al cual se fija con ganchos de Protack®. La cúpula vaginal o el cérvix se fijan a la malla sin tensión con dos puntos (Vicryl 2-0 de 75 cm) y se sutura el neo-fondo de saco de Douglas con 3 puntos en x cubriendo la malla. Para evitar ejercer esfuerzo sobre la malla se evitaron los narcóticos EV y la anestesia epidural. En el postoperatorio se usó laxantes osmóticos 3 veces por día, disminuyendo progresivamente hasta uno diario para la fecha del control a la 6<sup>ta</sup> semana.

**Resultados:** 65 pacientes consecutivos con prolapso rectal externo (edad mediana 72 años, 34% > 80 años, seguimiento mediano 19 meses) fueron operados. Hubo una recurrencia (2%) y una conversión. Morbilidad (17%) y mortalidad (0%). Tiempo operatorio mediano 140 minutos y estadía postoperatoria mediana 2 días. A 3 meses la constipación mejoró en el 72% y se produjo levemente en el 2% (Escore de Wexner: mediana pre y postoperatoria 9 vs. 4,  $P < 0,0001$ ). La continencia mejoró en el 83% y una leve incontinencia apareció o empeoró en el 5% (incontinencia mediana pre y postoperatoria 40 vs. 4,  $P < 0,0001$ ). Una mejoría significativa tanto de la constipación y la incontinencia ( $P < 0,0001$ ) permaneció con una mediana de seguimiento de 24 meses.

**Conclusión:** La rectopexia ventral tiene una recurrencia del prolapso de < 5%, similar a la de la rectopexia posterior. Aunque por la corrección de la constipación preoperatoria y el evitar la constipación de novo resulta superior con respecto a los históricos resultados funcionales de la rectopexia posterior. Un abordaje laparoscópico permite baja morbilidad y corta estadía hospitalaria, aún en los >80 años en quienes se prefiere usualmente un abordaje perineal por seguridad.

**Comentario:** Otro estudio en un centro entrenado en la técnica de promontofijación ventral laparoscópica con un número interesante de casos y resultados muy buenos aunque en un plazo de seguimiento de 2 años que será necesario evaluar a mayor distancia. Muy importante la demostración de que ha sido segura en los mayores de 80 años, en quienes el abordaje abdominal tiende a evitarse por el mayor riesgo quirúrgico.

#### 4. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusceptions. Samaranyake CB\*, Luo C\*, Plank AW†, Merrie AEH\*, Plank LD\*, Bissett IP\*. *Colorectal Dis* 2010;12,504-14.

\*Department of Surgery, Faculty of Medical and Health Sciences, The University of Auckland, Auckland, New Zealand and †Department of Mathematics and Computing, University of Southern Queensland, Toowoomba, Queensland, Australia.

**Objetivo:** Esta revisión sistemática evalúa la efectividad de la rectopexia ventral (RV) para el tratamiento del prolapso rectal (PR) y la intususcepción rectal (IR) en adultos.

**Método:** Se buscaron en MEDLINE, EMBASE, Scopus y otra base de datos relevantes estudios controlados randomizados o estudios no randomizados con más de 10 pacientes operados con esta técnica.

**Resultados:** Se incluyeron 12 series de casos no randomizados con 728 pacientes en total. Siete estudios usaron el procedimiento de Orr-Loygue (RV con movilización rectal posterior hasta el piso pelviano) y 5 estudios usaron RV sin movilización rectal posterior. La media de disminución de la incontinencia fecal (IF) fue del 45% y de la constipación del 24%. La recurrencia media del 3,4%.

**Conclusiones:** Hubo limitaciones en la literatura publicada sobre RV. Los datos disponibles indican que tiene baja recurrencia y mejora la IF. Hay una mayor reducción en la constipación postoperatoria si la RV se realiza sin movilización rectal posterior.

**Comentario:** De nuevo una revisión sistemática confirma las bondades de la rectopexia anterior sin disección posterior en cuanto a la corrección del prolapso completo y de la intususcepción con ventajas respecto a

la rectopexia con movilización posterior en relación la mayor reducción de la constipación.

**5. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD004014. DOI: 10.1002/14651858.CD004014.pub5.**

<sup>1</sup>Royal Brisbane Women's Hospital, Brisbane, Australia. <sup>2</sup>Division of Urogynecology, Hillel Yaffe Medical Center, Hadera, Israel. <sup>3</sup>Urogynaecology Department, Pelvic Floor Centre Charite, Berlin, Germany.

<sup>4</sup>Royal Brisbane Hospital and Wesley Urogynaecology, Brisbane, Australia.

**Antecedentes:** El prolapso de órganos pelvianos (POP) puede ocurrir en hasta un 50% de mujeres que han sufrido partos. Una variedad de síntomas urinarios, intestinales y sexuales pueden asociarse a la sensación de bulto vaginal.

**Objetivos:** Determinar los efectos de muchas diferentes cirugías usadas en el manejo del POP.

**Método de búsqueda:** Se buscaron estudios controlados randomizados o cuasi-randomizados de operaciones para el POP en: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, MEDLINE In Process, manualmente en revistas y conferencias (búsqueda 20 agosto 2012), bases de datos bibliográficas y listas de referencia de artículos relevantes.

**Resultados principales:** Se evaluaron 56 estudios controlados randomizados con 5954 mujeres. Para el prolapso vaginal superior (uterino o de cúpula vaginal) la colpopexia sacra abdominal tuvo menor porcentaje de recurrencia del prolapso y de dispareunia que la colpopexia vaginal al sacrospinoso. Esos beneficios deben balancearse con el mayor tiempo operatorio y de retorno a las actividades y el mayor costo. La colpopexia sacra mayor éxito y menor reoperación que la suspensión vaginal alta uterosacra y la malla de polypropylene transvaginal. El reparo del compartimiento anterior (cistocele) con tejido propio tuvo más recurrencia que cuando se usó malla reabsorbible (polyglactin) (RR 1.39, 95% CI 1.02 a 1.90) o dermis porcina (RR 2.08, 95% CI 1.08 a 4.01), sin diferencia entre ambos injertos. Faltan datos sobre morbilidad y otros resultados clínicos. El reparo anterior estándar también tuvo más prolapso anterior al examen físico que el uso de malla de polypropylene (RR 3.15, 95% CI 2.50 a 3.96), igual que la sensación de prolapso (28% versus 18%, RR 1.57, 95% CI 1.18 a 2.07). Sin embargo, el porcentaje de reoperación del prolapso fue similar 14/459 (3%) después del reparo con tejido propio comparado con 6/470 (1.3%) (RR 2.18, 95% CI 0.93 a 5.10) después del reparo anterior con malla de polypropylene, sin diferencias en calidad de vida o dispareunia de novo. La pérdida de sangre (MD 64 ml, 95% CI 48 a 81), tiempo operatorio (MD 19 min, 95% CI 16 a 21), recurrencias en compartimiento apical o posterior (RR 1.9, 95% CI 1.0 a 3.4) e incontinencia urinaria de esfuerzo de novo (RR 1.8, 95% CI 1.0 a 3.1) fueron significativamente mayores con las mallas transobturador que el reparo anterior con tejido propio. Erosiones se reportaron en 11.4% (64/563), con reoperaciones en 6.8% (32/470). Tres estudios compararon tejido propio con mallas en múltiples compartimientos: sin diferencias en la sensación de prolapso (RR 1.3, 95% CI 0.6 a 1.7) aunque la recurrencia al examen con tejido propio fue mayor que con malla de polypropylene transvaginal (RR 2.0, 95% CI 1.3 a 3.1). El porcentaje de erosión fue 35/194 (18%), y 18/194 (9%) debieron reoperarse. La reoperación luego del reparo con polypropylene transvaginal 22/194 (11%) fue mayor que luego del uso de tejido propio (7/189, 3.7%) (RR 3.1, 95% CI 1.3 a 7.3). Tres estudios compararon el reparo vaginal posterior y el transanal para el tratamiento del prolapso del compartimiento posterior (rectocele). El reparo vaginal tuvo menor recurrencia de los síntomas del prolapso (RR 0.4, 95% CI 0.2 a 1.0) y de prolapso al examen (RR 0.2, 95% CI 0.1 to 0.6) y en la defecografía (MD -1.2 cm, 95% CI -2.0 a -0.3). Hay beneficio en realizar concomitantemente cirugía de la continencia, especialmente si hay incontinencia de esfuerzo (RR 7.4, 95% CI 4.0 a 14) o tenían incontinencia oculta demostrada preoperatoriamente (RR 3.5, 95% CI 1.9 a 6.6). Luego de cirugía del prolapso el 12% desarrolló de novo síntomas de hiperactividad vesical y 9% de disfunción urinaria.

**Conclusiones de los autores:** La colpopexia sacra tiene resultados superiores a una variedad de procedimientos vaginales incluidos la colpopexia sacrospinosa, uterosacra y la malla transvaginal. Esos beneficios deben balancearse contra un mayor tiempo operatorio, de retorno a las actividades y costo del abordaje abdominal. El uso de mallas o injertos en el reparo anterior reduce el riesgo de recurrencia del prolapso al examen. Con la malla de polypropylene esos beneficios deben balancearse contra los riesgos de mayor tiempo operatorio, mayor porcentaje de prolapso apical o del compartimiento posterior, incontinencia urinaria de esfuerzo de novo y reoperación por erosión de la malla.

El reparo vaginal posterior puede ser superior al transanal para el tratamiento del rectocele en relación a la recurrencia. La evidencia no apoya el uso de ningún injerto para el rectocele.

**Comentario:** Es importante para los coloproctólogos tener en cuenta los resultados de esta revisión de 56 estudios controlados randomizados con casi 6000 mujeres, con respecto a que la colpopexia sacra abdominal tiene menor porcentaje de recurrencia del prolapso y de dispareunia que la colpopexia vaginal, ya que sería útil corregir el prolapso vaginal sintomático y/o el cistocele sintomático de existir, en el mismo acto quirúrgico que la corrección del prolapso rectal. También es importante la conclusión de que la vía transvaginal sin malla tiene mejores resultados que la transanal para la corrección del rectocele significativo.

## 6. Technique and outcomes about a new laparoscopic procedure: The Pelvic Organ Prolapse Suspension (POPS). Ceci F. Spaziani E. Corelli S, et al. *G Chir* 2013, 34: 141–44.

Sapienza University Rome, A. Fiorini Hospital.

**Introducción:** La suspensión del prolapso de órganos pelvianos (POP) es un nuevo procedimiento quirúrgico para el tratamiento en un tiempo del prolapso pelviano multiorgánico en la mujer. Si una obstrucción del tracto de salida (OTS) persiste o es creada de novo luego de la cirugía por POP, el esfuerzo evacuatorio resultante podría ser una causa mayor de los altos índices de recurrencia posteriores a la cirugía convencional. Por eso creemos que corregir la OTS es un prerrequisito para evitar la recurrencia y mejorar la calidad de vida. Esto se logra evitando procedimientos que interfieran con la función rectal tales como el cierre del fondo de saco de Douglas, y que corrijan el prolapso y el rectocele.

**Objetivo:** Evaluar el resultado del POPS laparoscópico.

**Material y Método:** 54 mujeres, edad mediana: 55,2 años, IMC: 28,3 kg. Estudios urodinámicos sólo en pacientes con alteraciones urinarias. Se realizó un cuestionario sobre la sintomatología, PAP, ecografía ginecológica, pelvigrafía dinámica (contrastando vejiga, vagina, intestino delgado y recto). Se utilizó el score de Longo para OTS y el de Wexner para incontinencia. Tenían OTS: 87,4%, incontinencia fecal: 12,9%, rectocele: 90,7%, prolapso rectal 83,3%, enterocele: 70,3%, incontinencia urinaria de esfuerzo: 79,6%, urgencia urinaria: 57,4%, distancia de la cúpula vaginal a la línea sacropubiana: 4,3 cm. Se repitieron el cuestionario y los estudios a 1-3-6-12 meses del postoperatorio (cinedefecografía a los 3 meses). Se realizó POPS y al mismo tiempo resección rectal transanal (STARR) para corregir el prolapso rectal residual.

**Técnica quirúrgica:** Posición de litotomía. Colocación del dilatador del PPH. Tres trocares (10 mm subumbilical abierto, cámara 30°, 10 mm a nivel de la línea umbilical derecha y 5mm simétrico a la izquierda), Trendelenburg 30°, preparación de malla de Prolene® en forma de V, con dos tiras de 25x2cm, incisión de 2cm del peritoneo del ápex del fórnix vaginal anterior, fijación de la malla al mismo con punto de Prolene 0®. Incisión cutánea de 2 cm arriba y 2 cm posterior a la espina iliaca anterosuperior, labrado de un túnel preperitoneal hasta llegar al fórnix vaginal anterior e ingresar a través de la incisión peritoneal creada previamente. Se fija la malla con otros dos puntos a la cara lateral de la vagina, se extrae la tira y se la pasa por el túnel fijando su extremo con puntos de Vycril 2-0® sobrepasando 5 cm la incisión a ambos lados de la pared abdominal. Si el prolapso vaginal es prevalente en la cara posterior se fija la malla en el fórnix posterior. En caso de cistocele avanzado con redundancia y distrofia de la pared vaginal anterior se abre el espacio vesico-vaginal y otra malla de 10 x 5 cm se fija allí y la malla en V ocupando dicho espacio. Fijación de los ligamentos redondos a la malla para evitar la retroversoflexión. Cualquier intususcepción sigmoideorectal se corrige fijando el mesorrecto distal a la tira izquierda de la malla. Se evalúa si al final del procedimiento persiste prolapso rectoanal o rectocele y en ese caso se realiza un procedimiento de STARR.

**Resultados:** Complicaciones posoperatorias: Urgencia defecatoria resuelta sin medicación 16,6% y con medicación 3,7%, retención urinaria 5,5%. No hubo recidivas. Los resultados preliminares fueron excelentes y confirmados en el seguimiento a 1 año: OTS: 7,4%, incontinencia fecal: 0%, rectocele: 7,4%, prolapso rectal 7,4%, enterocele: 12,9%, incontinencia urinaria de esfuerzo: 9,2%, urgencia urinaria: 5,5%, distancia de la cúpula vaginal a la línea sacropubiana: 0,4 cm.

**Conclusión:** La técnica es más simple que los tratamientos tradicionales con una importante reducción o completa desaparición de la sintomatología preoperatoria.

**Comentario:** Esta técnica combina la vía abdominal con la perineal al adicionar una resección transanal con

la técnica de STARR a la fijación rectal y vaginal por vía abdominal. No pareciera justificado en el mismo acto de corrección de un prolapso por vía abdominal tener la necesidad de agregar un STARR ya que sería la comprobación del fracaso inmediato de la fijación abdominal. Por otra parte el STARR agrega una morbilidad no despreciable. Además para comprobar si los resultados de esta técnica pueden igualar o superar a los de la promontofijación ventral abdominal deberían juzgarse a más largo plazo, especialmente si se considera que la suspensión ósea puede ser más estable que la que se realiza a partes blandas.