

Sacrocolpopexia laparoscópica. Técnica quirúrgica y serie de casos

Laparoscopic Sacrocolpopexy: Surgical Technique and Case Series

Joel Laufer¹, Santiago Scasso^{1,2}, Lucas Mendieta^{1,3}
Valeria Bentancor^{1,3}, Juan Alves¹, Gonzalo Sotero^{1,3}

Resumen

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es una condición frecuente que afecta la calidad de vida de las pacientes. La sacrocolpopexia laparoscópica ha demostrado ser un tratamiento eficaz para el prolapso apical, con resultados clínicamente relevantes anatómicos y funcionales. Este estudio tiene como objetivo analizar los resultados clínicos y funcionales de la sacrocolpopexia laparoscópica en una serie de casos a nivel nacional.

Material y Métodos: Se realizó un estudio re-

trospectivo y descriptivo de 15 pacientes intervenidas mediante sacrocolpopexia laparoscópica entre octubre de 2022 y octubre de 2024 en el Departamento de Ginecología del Hospital Británico. Se evaluaron características clínicas, resultados quirúrgicos y complicaciones postoperatorias mediante un seguimiento sistemático.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 15 meses. La sacrocolpopexia mostró una tasa de éxito elevada, con una única recurrencia en una paciente con factores de riesgo significativos. Se observó una mejoría en la calidad de vida y función sexual en pacientes sexualmente activas. La mediana de estancia hospitalaria fue de 1,8 días y se registró una única complicación intraoperatoria menor. No se reportaron complicaciones asociadas al material protésico.

Conclusiones: La sacrocolpopexia laparoscópica es una técnica segura y eficaz para el tratamiento del prolapso apical, con alta satisfacción de las pacientes y baja tasa de complicaciones. Si bien su implementación requiere un entrena-

- 1 Departamento de Ginecología, Hospital Británico, Montevideo Uruguay.
- 2 Departamento de Medicina, Universidad Católica del Uruguay.
- 3 Unidad Académica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Joel Laufer <https://orcid.org/0000-0002-8554-8280>
Santiago Scasso <https://orcid.org/0000-0002-0149-6752>
Lucas Mendieta <https://orcid.org/0000-0001-8417-6852>
Valeria Bentancor <https://orcid.org/0000-0001-5305-6655>
Juan Alves <https://orcid.org/0000-0001-7902-4213>
Gonzalo Sotero <https://orcid.org/0000-0003-0359-963X>

Autor responsable: Joel Laufer, joellaufer@gmail.com m

Recibido: 9/9/2024 Aceptado: 30/9/2024

miento adecuado, ofrece importantes beneficios en términos de recuperación postoperatoria y resultados funcionales.

Palabras clave: sacrocolpopexia, prolapso apical, malla quirúrgica

Abstract

Introduction: Pelvic organ prolapse is a common condition that affects patients' quality of life. Laparoscopic sacrocolpopexy has proven to be an effective treatment for apical prolapse, offering favorable anatomical and functional outcomes. The present study aims to analyze the clinical and functional outcomes of laparoscopic sacrocolpopexy in a nationally collected case series.

Materials and Methods: A retrospective and descriptive study was conducted on 15 patients who underwent laparoscopic sacrocolpopexy between October 2022 and October 2024 in the Department of Gynecology at the British Hospital. Clinical characteristics, surgical outcomes, and postoperative complications were systematically evaluated.

Results: The median follow-up period was 15 months. Sacrocolpopexy showed a high success rate, with only one recurrence in a patient with significant risk factors. All sexually active patients reported an improvement in quality of life and sexual function. The median hospital stay was 1.8 days, with only one minor intraoperative complication. No prosthetic material-related complications were reported.

Conclusions: Laparoscopic sacrocolpopexy is a safe and effective technique for treating apical prolapse, with high patient satisfaction and a low complication rate. Its implementation requires proper training but provides advantages in postoperative recovery and functional outcomes.

Key words: Sacrocolpopexy, Apical Prolapse, Mesh.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una condición prevalente que afecta de manera significativa la calidad de vida de las pacientes, con una incidencia del 14 % para el prolapso uterino y del 12 % para el prolapso de cúpula vaginal posterior a la histerectomía¹.

Sus manifestaciones incluyen síntomas físicos y afectación en la esfera bio psico social de las pacientes, derivadas de disfunciones urinarias, intestinales y sexuales². El tratamiento del prolapso apical es predominantemente quirúrgico y representa un desafío constante en ginecología debido a su impacto funcional y anatómico, así como el riesgo de recurrencia tras la intervención inicial².

En las últimas décadas, los avances en cirugía mínimamente invasiva han revolucionado el manejo del prolapso genital, permitiendo la adopción de técnicas como la sacrocolpopexia (SCP) laparoscópica. Desde su introducción en 1962 por Fredrick Lane³, la SCP ha evolucionado en términos de resultados, refinamiento de la técnica quirúrgica, inclusión de cirugías concomitantes y optimización del perfil de riesgos.

En la actualidad, la SCP es considerada el estándar de referencia para el tratamiento del prolapso apical, mostrando tasas de éxito superiores al 90% a nivel mundial^{4,5}. Se ha demostrado que ofrece mejores resultados anatómicos y funcionales en comparación con técnicas clásicas como la fijación al ligamento sacroespinoso (descrita por Ritcher) o la fijación alta al ligamento uterosacro^{4,5}. Adicionalmente, el abordaje laparoscópico ha evidenciado ser igual de efectivo que el abordaje laparotómico, con beneficios adicionales como menor estancia hospitalaria, menor pérdida sanguínea y menos dolor postoperatorio^{6,7}. Los estudios reportan una tasa de éxito subjetiva del 82,5%,

una excelente suspensión de nivel I (DeLancey) en el 91,4% de los casos y una baja tasa de reintervención del 3,3%⁸.

A pesar de la consolidación de la SCP como un procedimiento altamente efectivo, la experiencia local en su implementación mínimamente invasiva aún no ha sido ampliamente documentada. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar los resultados clínicos y funcionales de una serie de casos tratados mediante SCP laparoscópica a nivel nacional, proporcionando datos que contribuyan al conocimiento y desarrollo de estrategias quirúrgicas adaptadas a nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo basado en el análisis de 15 casos consecutivos de SCP laparoscópica, llevados a cabo en la Unidad de Ginecología del Hospital Británico entre octubre de 2022 y octubre de 2024.

Se evaluaron de manera sistemática las características clínicas de las pacientes, los resultados quirúrgicos (anatómicos y funcionales) así como las complicaciones intra y postoperatorias. Dado el pequeño tamaño de la muestra, el análisis de los datos fue únicamente descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron pacientes con prolapso de órganos pélvicos sintomático, clasificado como estadio III o superior según la escala Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q), con compromiso del compartimento apical. Todas las pacientes fueron intervenidas mediante SCP laparoscópica para el tratamiento de su pro-

lapso apical, ya fuera uterino o de cúpula vaginal post-histerectomía.

Se excluyeron del análisis las pacientes que fueron intervenidas mediante laparotomía.

La evaluación preoperatoria incluyó un examen físico detallado, ecografía transperineal y en casos necesarios un estudio urodinámico, estableciéndose el diagnóstico final en base a criterios anatómicos y funcionales.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico con experiencia en cirugía mínimamente invasiva, siguiendo una técnica estandarizada. Se utilizó un puerto principal umbilical o supraumbilical de 12 mm (dependiendo de la distancia umbilicopúbica) y tres trócares accesorios de 5 mm (dos en fosas ilíacas y uno suprapúbico), empleando un sistema laparoscópico de alta definición.

En todos los casos, se utilizó una malla ligera, ultradelgada, no absorbible, monofilamento de polipropileno y de diseño macroporoso tipo 1 en forma Y invertida (Figura 1). Las mallas utilizadas no fueron de una única marca comercial. La extensión de la disección, las dimensiones de la malla y el número de suturas se ajustaron al grado de prolapso y las características anatómicas de cada paciente. En pacientes con prolapso uterino, se realizó inicialmente una histerectomía supracervical, preservando el peritoneo para el cierre final.

El procedimiento se sistematiza en 9 pasos resumidos en la Figura 2:

1. Suspensión del sigmoide y correcta exposición del promontorio y fondo de saco de Douglas.
2. Apertura y disección del retroperitoneo

Figura 1.

Malla parcialmente compuesta, constituida por polipropileno monofilamento, diseñada para el tratamiento mínimamente invasivo del prolapso de cúpula vaginal, fabricada por DIPRO MEDICAL DEVICES s.r.l. Imagen cedida por Dipromed y autorizada para su difusión

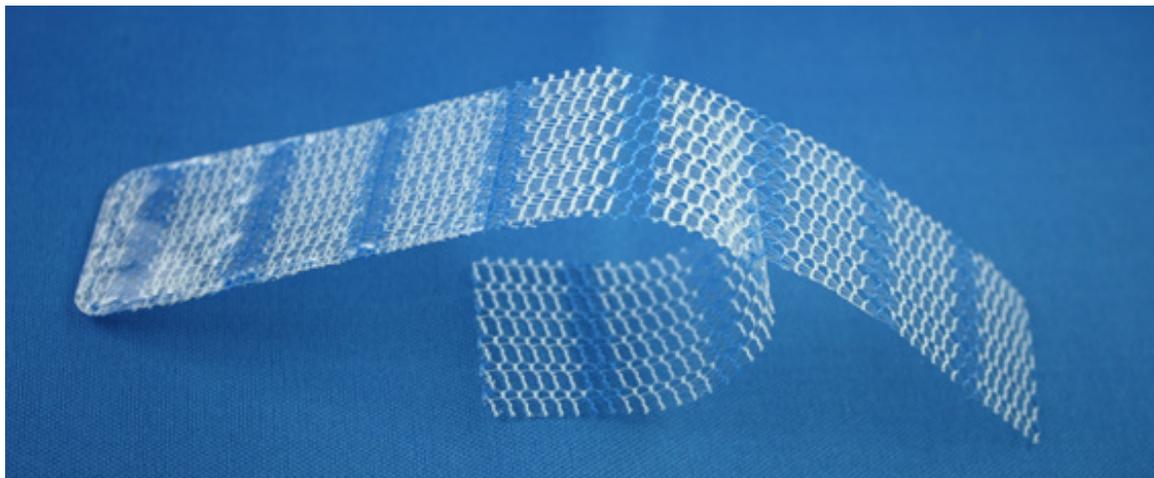


Figura 2.

Pasos sistematizados de la sacrocolpexia laparoscópica



1. Suspensión del Sigmoides



2. Apertura y disección peritoneal desde promontorio hacia ápice vaginal



3. Disección anterior: disección veiscal y exposición de ápice vaginal



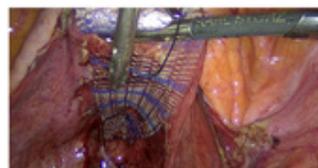
4. Disección posterior: disección espacio rectovaginal



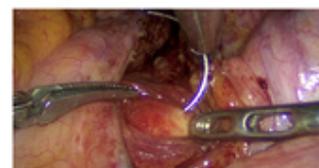
5. Exposición del promontorio: Vena iliaca comun izquierda y vasos presacros



6. Fijación de malla rama anterior



7. Fijación de malla rama posterior



8. Fijación de malla a promontorio



9. Cierre de peritoneo utilizando sutura continua

desde el promontorio hasta el ápice vaginal.

3. Disección del espacio véstico-vaginal y medición de su longitud para fijar la rama anterior de la malla.
4. Disección del espacio recto-vaginal y medición de su longitud para fijar la rama posterior de la malla.
5. Exposición del promontorio y sitio de fijación de rama vertical de la malla. Es muy importante durante este paso identificar estructuras anatómicas como uréter derecho, vasos presacros, plexo hipogastrio y vena iliaca primitiva izquierda a fin de evitar complicaciones.
6. Fijación de la rama anterior de la malla a la pared vaginal anterior con suturas absorbibles de polidioxanona (PDS® 2-0).
7. Fijación de la rama posterior de la malla a la pared vaginal posterior con suturas absorbibles de polidioxanona (PDS® 2-0).
8. Fijación de la rama principal de la malla al promontorio con suturas no absorbibles (Prolene® 2-0).
9. Cierre del peritoneo con sutura continua barbada absorbible de polipropileno (V-Loc®).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un seguimiento estandarizado con la finalidad de evaluar los resultados anatómicos y funcionales, así como la aparición de posibles complicaciones posoperatorias. Las pacientes fueron evaluadas clínicamente cada tres meses durante el primer año postoperatorio y luego de modo semestral.

Se realizó una evaluación sistemática de:

- Función vesical, intestinal y sexual (en pacientes sexualmente activas).
- Resultados anatómicos mediante exa-

men físico ginecológico. En caso de recurrencia, se utilizó el sistema POP-Q para cuantificar el grado de prolapso. La falla anatómica se definió como un estadio II o mayor en la escala POP-Q.

- Complicaciones: se interrogó a las pacientes sobre la aparición y el momento de cualquier complicación, comorbilidad o tratamiento adicional requerido desde la cirugía inicial.

RESULTADOS

La mediana de seguimiento fue de 15 meses (rango: 3 – 37 meses).

La mediana de edad de las participantes fue de 65 años (rango: 57 – 78 años), con una mediana de paridad de 3 (rango: 2 – 5) y un índice de masa corporal (IMC) promedio de 22 (rango: 19 – 26).

Del total de las 15 pacientes intervenidas, 11 presentaban prolapso de cúpula vaginal post-histerectomía. Los 4 casos restantes correspondieron a prolapso uterino estadio III o superior, en los cuales se realizó una histerectomía subtotal con preservación del anillo cervical sin apertura vaginal. En 3 casos se realizó al finalizar la SCP una perineoplastia concomitante.

Resultados quirúrgicos

El tiempo operatorio tuvo una mediana de 180 minutos (rango: 130 – 220 min), observándose una tendencia a la reducción progresiva de los tiempos con la experiencia acumulada del equipo. En los cuatro procedimientos en los que se realizó histerectomía subtotal, el tiempo quirúrgico fue superior a la mediana. La mediana de estadía hospitalaria fue de 1,8 días (rango: 1-3 días). No se registró ningún reingreso luego del alta hospitalaria.

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS

Se registró una única complicación intraoperatoria (1/15), correspondiente a una lesión vesical durante la disección del espacio vesicovaginal. Esta fue resuelta durante el intraoperatorio mediante sutura laparoscópica y sonda vesical durante 7 días, sin complicaciones posteriores (Grado I Clasificación Clavien–Dindo).

Durante el período postoperatorio, no se registraron complicaciones relacionadas con el material protésico (ej. extrusión, exposición, o dolor).

En cuanto a los aspectos funcionales, durante el seguimiento, una paciente requirió tratamiento con anticolinérgicos por incontinencia de urgencia, con buena evolución y resolución de los síntomas a la semana. Una segunda paciente fue intervenida quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo oculta, a los dos meses de la SCP, con resolución completa de la sintomatología.

En cuanto a la función sexual, todas las pacientes sexualmente activas reportaron una mejoría subjetiva en su calidad de vida con respecto a la etapa preoperatoria.

Se observó una única recurrencia en el compartimento posterior, en una paciente con EPOC, fumadora intensa, con antecedentes de tres cirugías previas por prolapso genital y dos cirugías previas por prolapso rectal, realizadas por el equipo de coloproctología (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La SCP laparoscópica demostró ser una técnica efectiva, logrando resultados clínicos y funcionales satisfactorios a lo largo del seguimiento. Se obtuvo una suspensión óptima del compartimento apical, con un ade-

Tabla 1.

Resultados de la serie

Total pacientes intervenidas (n=15)	
Prolapso cúpula vaginal	11
Prolapso uterino estadio III o mayor	4
Complicaciones	
Intraoperatorias	1 (lesión vesical)
Postoperatorias	0
Disfunciones	
Disfunción Urinaria	2
Disfunción Sexual	0
Disfunción Intestinal	0
Recurrencias	
	1

cuado soporte de nivel I según la clasificación de DeLancey. Solo se registró un caso de recurrencia durante el seguimiento de la serie, ocurrido en una paciente con factores de riesgo significativos debido a sus antecedentes personales y quirúrgicos.

En términos funcionales, se identificaron dos eventos postoperatorios relevantes: una paciente requirió reintervención por incontinencia urinaria de esfuerzo oculta, la cual se resolvió exitosamente mediante la colocación de un sling suburetral, mientras que otra paciente presentó incontinencia urinaria de urgencia, respondiendo favorablemente al tratamiento con anticolinérgicos. Estos aspectos ponen de manifiesto la importancia de una correcta evaluación preoperatoria así como de informar a las pacientes de la posible aparición de una incontinencia oculta durante el posoperatorio.

En el ámbito de la esfera sexual, las pacientes reportaron una mejoría significativa a lo largo del seguimiento, lo que sugiere un impacto positivo de la técnica en la calidad de vida en este aspecto.

A pesar del tamaño limitado de nuestra serie, los resultados obtenidos son compa-

rables a los reportados en estudios con un mayor número de pacientes y un seguimiento más prolongado. Pacqué et al. llevaron a cabo un estudio de cohorte descriptivo prospectivo en 331 pacientes consecutivas intervenidas mediante SCP laparoscópica por prolapso sintomático⁸. En su análisis comunicaron una tasa de curación objetiva del 92% a los siete años⁸. Asimismo, el 82,5% de las pacientes refirió una mejoría clínica significativa a los 86 meses de seguimiento. La tasa de reintervención por recurrencia del prolapso fue del 3,3%, mientras que las principales causas de reintervención incluyeron complicaciones relacionadas con la malla (7,0%) e incontinencia urinaria (6,7%)⁸. Estos hallazgos respaldan la durabilidad y eficacia de la técnica, incluso en estudios con mayores cohortes y tiempos de seguimiento más prolongados que nuestra serie.

No obstante, la tasa de exposición de la malla ha disminuido significativamente en los últimos años, en gran parte debido a la optimización de diversas variables quirúrgicas⁹. Factores como el perfeccionamiento de la técnica operatoria, una disección más precisa y la selección adecuada tanto del tipo de malla como del material de sutura han desempeñado un papel clave en esta reducción⁹. En particular, la sustitución de suturas permanentes por suturas absorbibles monofilamento, tal como se describe en la técnica quirúrgica, ha sido un factor determinante en la disminución de la exposición⁹. Asimismo, la introducción de mallas de poli-propileno ultraligeras ha permitido minimizar las complicaciones relacionadas con la prótesis, contribuyendo a una mejor tolerancia y seguridad del procedimiento⁹.

El metanálisis más sólido hasta la fecha sigue siendo la revisión Cochrane de 2023 titulado *Surgery for women with apical vaginal*

*prolapse*¹⁰. Esta revisión identificó siete ensayos clínicos aleatorizados que compararon la SCP con los procedimientos de soporte apical vía vaginal. Los ensayos incluyeron un total de 613 mujeres, con un seguimiento que varió de 6 meses a 4 años¹⁰. De los ensayos incluidos, 4 compararon SCP con la espinofijación¹¹⁻¹⁴, 2 ensayos compararon SCP con fijación a ligamentos uterosacros¹⁵⁻¹⁶, 1 ensayo comparó SCP con la reparación transvaginal¹⁵, mientras que el último ensayo comparó SCP con malla vaginal total¹⁷. La revisión determinó que la percepción del prolapso (RR 2,31; IC 95%: 1,27-4,21), la recurrencia del prolapso en el examen físico (RR 2,33; IC 95%: 1,34-4,04) y la necesidad de una cirugía repetida por prolapso (RR 1,87; IC 95%: 1,32-2,65) fueron más frecuentes después de los procedimientos vaginales para el prolapso de la cúpula apical en comparación con la SCP. Adicionalmente, la incontinencia urinaria de esfuerzo fue más común tras los procedimientos vaginales que después de la SCP (RR 1,86; IC 95%: 1,17-2,94)¹⁰.

A partir de esta publicación, la *International Continence Society*, en la séptima edición de su libro de consulta internacional sobre incontinencia 2023, incluyó estos hallazgos como evidencia de grado A según el Sistema de Clasificación de Oxford¹⁸.

Respecto a la calidad de vida de las pacientes, Guan et al. realizaron una revisión sistemática en la que evaluaron los beneficios de diversas cirugías para el prolapso de órganos pélvicos¹⁹. Destacaron que la SCP mostró resultados superiores en los desenlaces reportados mediante un cuestionario específico validado para esta condición, evidenciando una alta satisfacción global y una mejora funcional significativa¹⁹.

Históricamente, las complicaciones de la SCP han sido bien documentadas en un me-

taanálisis de 2015 que incluyó 79 estudios²⁰. Esta revisión encontró que, en comparación con las reparaciones vaginales con tejido nativo, la SCP se asoció con una mayor tasa de obstrucción intestinal (2,7% vs. 0,2%, $p < 0.1$), complicaciones relacionadas con la malla o las suturas (4.2% vs. 0.4%, $p < 0.01$) y enfermedad tromboembólica (0.6% vs. 0.1%, $p = 0.03$). En contraste, y más recientemente, un metaanálisis realizado por Zhang et al. demostró que, entre los 4,120 participantes incluidos, no hubo una diferencia significativa en las tasas de hemorragia (OR 0.46; IC 95%: 0.19–1.10; $p = 0.08$), infección de la herida quirúrgica (OR 0.46; IC 95%: 0.21–1.02; $p = 0.06$) y complicaciones gastrointestinales (OR 0.59; IC 95%: 0.28–1.02; $p = 0.06$)²¹. Esto podría reflejar un aumento progresivo en la destreza quirúrgica de los cirujanos con el tiempo y la evolución en los aspectos técnicos del procedimiento.

Recientemente, el ensayo clínico aleatorizado de Menefee et al.²² comparó la eficacia y seguridad de tres enfoques quirúrgicos para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal tras histerectomía: SCP, malla transvaginal y reparación transvaginal con tejido nativo. Si bien los resultados mostraron tasas de fallo similares entre la sacrocolpoxia (SCP) y la malla transvaginal —ambas superiores a la reparación con tejido nativo—, solo la SCP alcanzó significancia estadística²². Incluso, la SCP demostró ser segura y eficaz, con mejoras en calidad de vida, alta satisfacción y un perfil de complicaciones reducido, lo que respalda su uso clínico y la importancia de un soporte apical duradero²².

En cuanto a la SCP para el prolapso uterino, la mayoría de la evidencia disponible se ha centrado exclusivamente en el contexto del prolapso post histerectomía. Si bien los resultados anatómicos han sido favora-

bles para la histerectomía total concomitante, persisten preocupaciones debido a las mayores tasas de exposición de la malla²³. Una estrategia propuesta para reducir este riesgo es optar por una histerectomía supracervical en lugar de una histerectomía total. Si bien la eficacia y seguridad de la SCP con histerectomía subtotal han sido reportadas, aún se requiere una evaluación adicional mediante ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados y metodológicamente rigurosos⁹.

Reconocemos las debilidades de nuestro estudio. En primer lugar se trata únicamente de 15 casos, lo que refleja un número insuficiente para realizar pruebas estadísticas contundentes. En segundo lugar, si bien contamos con un seguimiento de todas las pacientes intervenidas, éste no es lo suficientemente prolongado como el de las series publicadas internacionalmente.

Finalmente, dado que se trata de un estudio descriptivo, no contamos con resultados comparativos de otros abordajes quirúrgicos que nos permitan establecer conclusiones generalizables.

CONCLUSIONES

La SCP debe considerarse una de las técnicas de referencia para el tratamiento del prolapso apical, respaldada por excelentes resultados a largo plazo, altos niveles de satisfacción por parte de las pacientes y bajas tasas de complicaciones. Su adopción ha crecido sostenidamente a nivel mundial, impulsada por una mayor difusión del procedimiento, avances en la capacitación quirúrgica y el perfeccionamiento técnico.

El abordaje laparoscópico se ha consolidado como la vía de elección, al ofrecer menor morbilidad, una recuperación más rápi-

da y costos hospitalarios reducidos en comparación con otras alternativas quirúrgicas.

Consideramos que la SCP laparoscópica debe formar parte del abanico de opciones terapéuticas ofrecidas a las pacientes con prolapso apical, dentro de un enfoque centrado en la evidencia y en la individualización del tratamiento.

Referencias

1. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014;123:1201–6.
2. Fitzgerald MP, Janz NK, Wren PA, Wei JT, Weber AM, Ghetti C, et al. Prolapse severity, symptoms and impact on quality of life among women planning sacrocolpopexy. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;98:24–8.
3. Lane FE. Repair of posthysterectomy vaginal–vault prolapse. *Obstet Gynecol*. 1962;20(1):72–7.
4. Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, Cundiff G, Richter H, Gantz M, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *JAMA* 2013;309:2016–24.
5. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol J* 2013; 24:1815–33.
6. De Gouveia De Sa M, Claydon LS, Whitlow B, Dolcet Artahona MA. Laparoscopic versus open sacrocolpopexy for treatment treatment of prolapse of the apical segment of the vagina: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2016;27:3–17.
7. Costantini E, Mearini L, Lazzeri M, Bini V, Nunzi E, di Biase M, et al. Laparoscopic versus abdominal sacrocolpopexy: a randomized, controlled trial. *J Urol* 2016;196:159–65.
8. Pacquée S, Nawapun K, Claerhout F, Werbrouck E, Veldman J, D'hoore A, Wyndaele J, Verguts J, De Ridder D, Deprest J. Long-Term Assessment of a Prospective Cohort of Patients Undergoing Laparoscopic Sacrocolpopexy. *Obstet Gynecol*. 2019 Aug;134(2):323–332.
9. Shahid U, Chen Z, Maher C. Sacrocolpopexy: The Way I Do It. *Int Urogynecol J*. 2024 Nov;35(11):2107–2123.
10. Maher C, Yeung E, Haya N, Christmann-Schmid C, Mowat A, Chen Z, Baessler K. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jul 26;7(7):CD012376.
11. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(6):1418–21.
12. Lo TS, Wang AC. Abdominal colposacropepy and sacrospinous ligament suspension for severe uterovaginal prolapse: a comparison. *J Gynecol Surg*. 1998;14:59–64.
13. Maher CF, Qatawneh A, Dwyer P, Carey M, Cornish A, Schluter P. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse. A prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:20–6.
14. Daneshpajooch A, Pakmanesh H, Sohbaty S, Mirzaei M, Zemanati E, Dehesh T. Comparing laparoscopic sacrocolpopexy with vaginal sacrospinous ligament fixation in the treatment of vaginal apical prolapse: the first randomized clinical trial: a pilot study. *Urol J*. 2022;19(2):131–7.
15. Rondini C, Braun H, Alvarez J, Urz.a MJ, Villegas R, Wenzel C, Descouvieres C. High uterosacral vault suspension vs sacrocolpopexy for treating apical defects: a randomized controlled trial with twelve months follow-up. *Int Urogynecol J*. 2015;26(8):1131–8.
16. Ow L, Lim YN, Lee J, Murray C, Thomas E, Leitch A, et al. RCT of vaginal extraperitoneal uterosacral ligament suspension (VEULS) with anterior mesh versus sacrocolpopexy: 4-year outcome. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2018;29(11):1607–14.
17. Maher C, Feiner B, DeCuyper E, Nichlos C, Hickey K, O'Rourke P. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(4):360.e1–7.
18. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. (eds) *Incontinence*, 7th Edition. Bristol: ICI-ICS, 2023.
19. Guan Y, Han J. Quality-of-life improvements in patients after various surgical treatments for pelvic organ prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2024;309(3):813–20.
20. Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, Abed HT, Jeppson PC, Olivera CK, et al. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2015;125(1):44–55.
21. Zhang W, Cheon WC, Zhang L, Wang X, Wei Y, Lyu C. Comparison of the effectiveness of sacrospinous ligament fixation and sacrocolpopexy: a meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2022;33:3–13.
22. Menefee SA, Richter HE, Myers D, Moalli P, Weidner AC, Harvie HS,

- Rahn DD, Meriwether KV, Paraiso MFR, Whitworth R, Mazloomdoost D, Thomas S; NICHD Pelvic Floor Disorders Network. Apical Suspension Repair for Vaginal Vault Prolapse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2024 Aug 1;159(8):845–855.
23. Matthews CA, Myers EM, Henley BR, Kenton K, Weaver E, Wu JM, Geller EJ. Long-term mesh exposure after minimally invasive total hysterectomy and sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J.* 2023;34:291–6.

Slinda®

DROSPIRENONA 4 mg
LIBRE DE ESTRÓGENO

Innovación en anticoncepción



24 + 4

DOP

ÚNICA DROSPIRENONE
ONLY PILL



APROBADO POR



U.S. FOOD & DRUG
ADMINISTRATION



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH



Sólida eficacia anticonceptiva
equivalente a los AOC.



Seguridad comprobada.



Único anticonceptivo
aprobado en adolescentes.



Excelente control de ciclo.
Sangrados predecibles.



Beneficios más allá
de la anticoncepción.



Slinda.uy



ANTICONCEPTIVOS
Urufarma