

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Aspectos prácticos en el manejo conservador del prolapso genital. Pesarios vaginales

J. Grau¹, C. Ros Cerro², M. Espuña Pons²

¹Unidad de Suelo Pélvico. Hospital General de Vic y ASSIR de Osona (Barcelona)

²Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic de Barcelona

RESUMEN

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es una anomalía prevalente en nuestra población, cuyo tratamiento de elección es la corrección quirúrgica. Las alternativas conservadoras, como el pesario, son opciones terapéuticas para determinados grupos de pacientes.

Resumen de la evidencia: El pesario es una alternativa terapéutica conservadora bien tolerada, segura y eficaz, para paliar los síntomas que causa el prolapso genital. Existen distintos tipos de pesario que se adaptan a los diversos defectos del suelo pélvico. Está indicado en los prolapsos sintomáticos, de forma temporal durante la lista de espera quirúrgica, o bien en mujeres de determinados grupo de edad o con comorbilidades asociadas que contraindican la cirugía reconstructiva. Existen pesarios para la incontinencia urinaria de esfuerzo, que soportan el cuello vesical. Es necesario establecer un circuito asistencial para educar a la paciente y garantizar un cuidado y un seguimiento adecuados.

Conclusiones: El pesario constituye una opción terapéutica conservadora de primera línea para las mujeres con prolapso genital en determinados casos y grupos de edad, con una respuesta clínica y una relación coste-efectividad muy favorable. Es necesario realizar estudios controlados para evaluar la efectividad de los pesarios a largo plazo y su efecto sobre el prolapso.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Prolapso genital, cistocele, pesario, incontinencia urinaria, histerectomía.

ABSTRACT

Practical issues in the conservative management of genital prolapse. Vaginal pessaries

Introduction: Pelvic organ prolapse is a common disorder in our population, and surgical correction is the first line treatment. Conservative alternatives, such as pessaries, are therapeutic options for selected groups of patients.

Summary of evidence: Pessary is an option of conservative treatment well tolerated, safe and effective for improving genital prolapse symptoms. Different sizes and models of pessaries exist, which are suitable to various types of pelvic floor defects. The main indication is for symptomatic prolapses, temporally during surgical waiting list, or for women of certain group of age, or with comorbidities that contraindicate reconstructive surgery. Pessaries for stress urine incontinence exist, which support the bladder neck. In order to get patients education and correct follow-up, an organized care circuit is needed.

Conclusions: The pessary is a therapeutic option in women with pelvic organ prolapse, specially in some cases and groups of age, with a kind clinical response and favorable cost-effectiveness results. Controlled studies to evaluate the pessaries long-term effectiveness are needed, and its effect on the prolapse.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Genital prolapse, cystocele, pessary, urine incontinence, hysterectomy.

Introducción

El prolapso genital es frecuente en nuestra población, y es probable que se incremente su prevalencia debido al envejecimiento de la misma^{1,2}. Hasta un 50% de las mujeres que han tenido hijos presentarán algún tipo de prolapso

genital, aunque la mayoría de ellos son asintomáticos³. Cuando se aplica el criterio exploratorio de la Pelvic Organ Prolapse (POPQ), que utiliza una definición clínica para el prolapso, las cifras de prevalencia oscilan entre el 23,5 y el 49,4%⁴. Sin embargo, cuando nos referimos a la sensación de «abultamiento vaginal sintomático», las cifras descienden hasta el 2,9-5,7%⁵. Separando los compartimentos del suelo pélvico, se estima un prevalencia del 14,2%

Dirección para correspondencia:

M. Espuña Pons. Correo electrónico: mespuna@clinic.ub.es

para el prolapso uterino, del 34,3% para el cistocele y del 18,6% para el rectocele⁶.

A lo largo de la vida de una mujer, la probabilidad de precisar una intervención quirúrgica debido a un prolapso puede llegar al 11%⁷, con la posibilidad de requerir una reintervención a corto o a largo plazo⁸. Por tanto, el impacto asistencial puede ser enorme, y es necesario seleccionar bien los casos quirúrgicos según los protocolos elaborados por las sociedades científicas. En general, las intervenciones quirúrgicas deberían reservarse para los prolapsos sintomáticos, mientras que las alternativas conservadoras se indicarían en los casos asintomáticos o con contraindicaciones quirúrgicas.

El pesario vaginal es un método efectivo y simple para aliviar los síntomas del prolapso genital asociado a disfunciones del suelo pélvico^{2,9}. A pesar de que no existen suficientes estudios aleatorizados y controlados sobre el uso del pesario en el prolapso de órganos pélvicos¹⁰, existe un interés creciente por el uso de los pesarios¹¹ desde finales del siglo pasado. Este interés se deriva de la necesidad de ofrecer una opción no quirúrgica a pacientes con morbilidades asociadas, con un fracaso de la cirugía reconstructiva, o simplemente a mujeres con una actitud diferente ante los defectos del suelo pélvico. Por otra parte, el incremento de pacientes de más de 75 años en la sociedad occidental, con el consecuente aumento de la prevalencia del prolapso genital, exigirá plantear nuevas políticas de coste-beneficio. En este contexto, si las alternativas conservadoras, como el pesario o la rehabilitación^{12,13}, demuestran su seguridad y aceptación, es posible que se conviertan en opciones prioritarias para los gestores sanitarios.

Por tanto, es necesario un mayor conocimiento de las alternativas conservadoras para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, con la finalidad de consensuar una actuación reglada en sus indicaciones, su manejo y su posterior evaluación.

Tipos de pesario

Los pesarios vaginales son de silicona, moldeables, y con un refuerzo en su armazón que les confiere rigidez cuando están colocados. El mejor pesario es el que soporta el prolapso y se mantiene colocado correctamente cuando la mujer realiza sus actividades habituales. No debe causar molestia ni dolor, y la mujer no ha de notar que lo lleva colocado en el interior de la vagina.

Existen diversos tipos, formas y tallas (figura 1):

- Anillo vaginal. Es el más empleado en nuestro medio. Está indicado en los prolapsos uterinos de grados II-IV (según la clasificación de Badem), asociados a cistoceles o prolapsos apicales. Requiere que el cuerpo perineal y el músculo elevador se encuentren en buen estado para

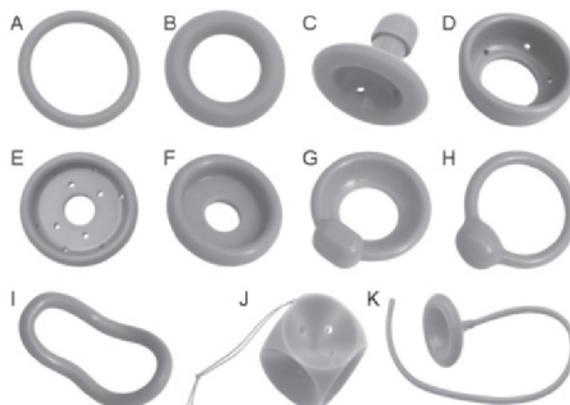


Figura 1. Tipos de pesarios. A y B) pesarios en forma de anillo; C) pesario de Gelhorn; D) pesario obstétrico; E y F) pesarios en forma de cazoleta; G y H) pesarios con protuberancia para la incontinencia de orina; I) pesario de Hodge; J) pesario en forma de cubo; K) pesario inflable de Göttinger

conseguir una sujeción correcta. En caso de protrusión del cérvix uterino, existe una variedad con soporte. Su forma permite la introducción en vaginas estrechas por atrofia. Existen tamaños desde 44,5 a 127 mm.

- Pesario en forma de donut. Presenta un tamaño más reducido que el anillo vaginal. También está indicado en prolapsos uterinos de grados III y IV. Requiere la integridad del introito vaginal, pero no es necesario que el periné este intacto ni que el músculo elevador del ano sea competente. Puede llevar incorporado un sistema de llenado. Está comercializado en tallas de la 0 a la 8.
- Pesario en forma de cazoleta. Se emplea en mujeres con prolapsos sintomáticos leves. Se requiere la integridad de los músculos de la pelvis para sujetarlo. Existen pesarios con perforaciones.
- Pesario de Gehrung. Se suele utilizar cuando fracasa el anillo vaginal. Se puede usar en prolapsos anteriores (cistoceles de grados III y IV) y posteriores (rectocele de grados III y IV). Existe un modelo con una protuberancia añadida, diseñado para casos con incontinencia urinaria asociada. Se encuentran tallas de la 0 a la 10.
- Pesario de Gelhorn (*club pessary*). Está indicado para prolapsos uterinos de grados III y IV, y también cuando existe un componente apical. Requiere la integridad de los músculos del suelo pélvico, y es necesario retirarlo en las relaciones sexuales, aunque su extracción es dificultosa. El modelo de Shaatz es similar al pesario de Gelhorn, pero sin el apéndice. Se usa en los prolapsos de cúpula vaginal, y se coloca en el fórnix vaginal.
- Pesario en forma de cubo. Está indicado en los prolapsos de cúpula vaginal u otros casos donde no se consigue una buena respuesta con el anillo vaginal. Es útil en pacientes con un tono vaginal francamente disminuido; algunos modelos llevan unas tiras para facilitar la extrac-

ción. Está comercializado en tallas de la 0 a la 7, y debe ser retirado para mantener relaciones sexuales.

- Pesarios para la incontinencia urinaria. Su forma es similar al pesario en forma de anillo vaginal, aunque con un soporte que permite su alojamiento en la zona retropúbica para soportar el cuello vesical. El pesario de Hodge es un ejemplo de este tipo. También existe el pesario inflable de Göttinger, que mejora las funciones de constricción de la vejiga urinaria al elevar el suelo de la pelvis, y ofrece a los efectos de cierre debido a la presión suave hacia la uretra.
- Pesarios inflables. Existen pesarios ajustables, de uso intermitente o continuo según la sintomatología de la paciente. Deben cambiarse cada 1-2 días debido a la impacción sobre las paredes vaginales. No se puedan usar en pacientes alérgicas al látex.

A pesar de las indicaciones descritas con anterioridad, se han realizado pocos estudios para analizar el tipo de pesario indicado en cada variedad y grado de prolapso genital², y además con resultados contradictorios. Por ejemplo, Clemons et al.¹⁴ concluyeron que el pesario en anillo se adaptaba con éxito en los prolapsos de grados II y III, mientras que el de Gellhorn era superior en prolapsos más severos. Sin embargo, el estudio PESSRI¹⁵ no encontró diferencias en la efectividad de estos dos tipos de pesario.

Indicaciones y contraindicaciones de los pesarios

Existe un perfil de paciente favorable para el uso del pesario: mujer de más de 65 años, con un prolapso genital de grado III o IV, sin incontinencia urinaria asociada¹⁶. Otro aspecto relevante para el uso correcto del pesario en el prolapso genital es un sistema asistencial bien coordinado entre los diferentes niveles, así como proporcionar una información correcta a las pacientes y un buen entrenamiento en el manejo del pesario². Sin embargo, la terapia conductual asociada al uso del pesario para la incontinencia urinaria a largo plazo no ha demostrado mejores resultados que el uso del pesario aislado².

En la tabla 1 se resumen algunos de los factores que se consideran desfavorables para el uso de los pesarios.

Las indicaciones principales del tratamiento con pesario en mujeres con prolapso son:

1. En el prolapso sintomático en las mujeres que no desean cirugía.
2. Cuando la cirugía no se recomienda por el riesgo que conlleva y/o por las comorbilidades asociadas.
3. Como herramienta diagnóstica para la detección de la incontinencia urinaria oculta y para la predicción de resultados quirúrgicos en cuanto a la resolución de los síntomas asociados.

Tabla 1. Factores que pueden limitar el uso del pesario^{9,14,26,38}

- Vagina corta (<6 cm de longitud)
- Introito vaginal ancho (>3 dedos de amplitud)
- Cuerpo perineal corto (<4 cm)
- Prolapso posterior (rectoenteroceles)
- Atrofia vaginal significativa
- Mujeres sexualmente activas con actividad coital
- Cirugía vaginal previa, sobre todo la histerectomía
- Prolapso asociado a una incontinencia de esfuerzo oculta
- Obesidad
- Edad <65 años

4. Para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso (se recomienda el uso de pesarios diseñados específicamente para este propósito).

Existen algunas contraindicaciones relativas, como la presencia de una enfermedad inflamatoria pélvica activa y la falta de compromiso de algunas pacientes a seguir los controles y cuidados adecuados. En las pacientes con alergia al látex deberá asegurarse que el pesario utilizado no contiene esta sustancia.

En el prolapso sintomático

El pesario es una opción terapéutica en un gran porcentaje de los prolapsos, siempre que la paciente acepte seguir los cuidados y controles pertinentes⁹. Algunos autores sitúan el pesario en la primera línea de tratamiento¹⁷, a pesar de que aún no existen estudios aleatorizados que avalen su uso en el prolapso genital¹⁰.

Existe evidencia de que hasta el 50% de las mujeres a quienes se les inserta un pesario al año de seguimiento continuará usándolo, y hasta un 35% lo mantendrá durante más de 1 año¹⁸. El grado de resolución de los síntomas se estima en hasta un 73% en pacientes que a los 15 días de la inserción continuaban usando el pesario, con un alto grado de satisfacción en el 92% de ellas. La causa más frecuente de insatisfacción es la aparición de una incontinencia urinaria oculta tras la colocación del pesario. En un 10% de los casos no es posible su inserción¹⁴.

Es un tratamiento no curativo, pero de bajo coste, seguro, que alivia los síntomas del prolapso con rapidez y que no excluye una posterior cirugía reconstructora¹⁹. Así, un estudio prospectivo a 5 años de seguimiento concluyó que el

75% de las pacientes continuaban usando el pesario al mes de la inserción, y la gran mayoría lo mantenían a los 5 años, con pocas complicaciones en número y severidad²⁰. Al comparar la cirugía y el pesario²¹, la mejora en los parámetros urinarios, digestivos y en la calidad de vida era similar en los dos grupos de pacientes. Si además se ha proporcionado una adecuada información a la paciente y a su familia, los resultados mejoran, sobre todo en los casos de incontinencia urinaria oculta y en mujeres diabéticas²².

Cuando la cirugía es no deseada o no recomendada

La cirugía del prolapso genital no es siempre una solución definitiva, pues una proporción variable de pacientes intervenidas precisa una reintervención por recidiva del prolapso⁸. Por tanto, las terapias conservadoras rehabilitadoras vuelven a valorarse y, conjuntamente con los pesarios, son una buena opción terapéutica en casos no severos. Sin embargo, la rehabilitación del suelo pélvico no ha demostrado su coste-efectividad en la actualidad^{23,24}.

El pesario puede ser una buena opción temporal para pacientes que no tienen completado su deseo reproductivo, por motivos laborales, o que desconfían de los métodos quirúrgicos y desean intentar una terapia conservadora. Es una buena solución para paliar los síntomas de mujeres con prolapso avanzados mientras se encuentran en las listas de espera quirúrgicas, sobre todo en las que sufren disfunciones de vaciado y hasta retenciones urinarias debidas al prolapso genital.

La cirugía puede no estar recomendada en algunas mujeres con prolapso sintomáticos y comorbilidades asociadas a riesgos quirúrgicos no asumibles debido a las posibles complicaciones intraoperatorias y posquirúrgicas. En estos casos, el pesario es la mejor alternativa terapéutica, con un índice de cumplimiento muy alto, sobre todo en mujeres mayores de 75 años²⁵.

Como herramienta diagnóstica y de predicción de resultados quirúrgicos

Frecuentemente, se atribuyen síntomas de dolor pélvico y lumbar a la presencia de un prolapso, así como infecciones urinarias de repetición. En estos casos, el pesario puede ser de gran utilidad para valorar la posible relación causa-efecto, y evitar insatisfacciones en las pacientes tras la cirugía.

Las infecciones urinarias de repetición en mujeres con prolapso se asocian con frecuencia a la presencia de residuos posmiccionales patológicos. Valorar la función miccional de las mujeres con prolapso mediante la reducción con un pesario, así como comprobar la desaparición de los residuos patológicos, puede contribuir a tomar la decisión de

intervenir para solucionar el problema de las infecciones urinarias en estas mujeres²⁶.

Para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Existen pesarios específicos para la incontinencia urinaria de esfuerzo, que soportan el cuello vesical. Sin embargo, la revisión Cochrane de 2006 concluyó que existen pocas pruebas a partir de ensayos controlados para juzgar si el uso del pesario es mejor que no realizar ningún tratamiento²⁷. Igualmente, una revisión sobre los métodos conservadores para la incontinencia urinaria afirmó que el efecto de los pesarios era inconsistente²⁸.

En 2010 se publicó el ensayo aleatorizado y controlado ATLAS, que comparaba el uso del pesario con el tratamiento conductual. Al efectuar un seguimiento de tres grupos distintos de tratamiento (pesario, tratamiento conductual y ambos asociados), el tercer grupo presentó mejores resultados a los 3 meses. Sin embargo, estas diferencias no persistían al año de tratamiento. En los tres grupos, los resultados de satisfacción fueron del 50%²⁹, en concordancia con los resultados publicados en estudios previos^{30,31}.

Al comparar estos resultados con la cirugía mínimamente invasiva (bandas suburetrales libres de tensión), éstos son claramente inferiores al cabo de un año de seguimiento³².

Inserción y manejo

Escoger el tipo y el tamaño de los pesarios adecuados para cada paciente requiere cierta experiencia. Para determinar la talla, se valora la longitud de la vagina mediante un tacto vaginal, desde el introito hasta el *fundus*. La media de intentos hasta conseguir una correcta colocación es de dos pesarios distintos. Por tanto, no debe desestimarse la indicación si la mujer expulsa o no tolera el primer pesario insertado (tabla 2).

Para facilitar su inserción, se puede usar un gel o algún tipo de lubricante. En el caso del anillo vaginal, se moldea en forma de 8 previamente a la inserción. Se coloca en posición retrocervical, dando un cuarto de vuelta. Se debe comprobar que es posible deslizar el dedo por toda la superficie del pesario, pues una excesiva presión podría dar lugar a erosiones vaginales. Una vez colocado, la paciente debe realizar una maniobra de Valsalva (p. ej., un golpe de tos), para comprobar su correcta sujeción. Si el pesario se desplaza hacia el introito, o bien si la vejiga o el recto se abomban con el pesario inserto, es muy probable que la paciente lo expulse. En estos casos, se debe probar una talla superior.

Posteriormente, es conveniente que la paciente vaya a caminar y la vuelva a citar al cabo de unos minutos, pues

Tabla 2. Ventajas y desventajas de los pesarios

Ventajas	Desventajas
Inserción en la consulta	Requieren un plan de cuidados y controles sucesivos
Mejoría inmediata de la sintomatología	Necesidad de formación de las pacientes
Opción temporal en pacientes en lista de espera para cirugía, o bien con contraindicaciones de la misma	Puede dificultar las relaciones sexuales
Relación coste-beneficio favorable	Riesgo de erosiones y úlceras vaginales

la mayoría de las mujeres que expulsarán el pesario lo harán en este periodo inicial. El pesario no debe causar ninguna molestia. Si la paciente las refiere, o si siente una excesiva presión en el recto, se debería cambiar por una talla menor. Finalmente, si el pesario disminuye la presión del chorro urinario de forma muy evidente, está indicado insertar uno de menor tamaño. Una de las principales causas del uso irregular del pesario es la incontinencia urinaria, que permanecía oculta con el prolapso no reducido².

Los estrógenos vaginales están indicados en las mujeres menopáusicas portadoras de pesario, si no existen contraindicaciones^{26,33}. Los cuidados que se recomiendan son el lavado diario con agua y, periódicamente (1-2 veces por semana), realizar una ducha vaginal con productos de higiene íntima. En el ámbito de la atención primaria u hospitalaria se debería contar con profesionales a quienes las pacientes pudieran consultar en caso de expulsión del pesario, o en caso de sospecha de alguna complicación asociada a éste. Si la paciente consigue la autoinserción, se puede citar en la consulta cada 6 meses o anualmente^{2,26}; si no, se debe citar cada 3 meses para cambiar el pesario.

Complicaciones de los pesarios

Una de las complicaciones más frecuentes es el sangrado vaginal, debido a pequeñas ulceraciones o excoriaciones en la vagina. Si esto sucede, se recomienda extraer el pesario durante unos 15 días y citar a la paciente para valorar una nueva inserción. La leucorrea por vaginosis bacteriana también suele estar asociada al uso de pesarios. En estos casos, el cultivo vaginal no es imprescindible, debido a la alta sospecha diagnóstica. Existen diversas pautas de tratamiento, como la clindamicina tópica o el metronidazol oral. Hasta el 56% de las mujeres usuarias de un pesario refieren haber padecido una de estas complicaciones³⁴.

Se han descrito complicaciones más graves asociadas a la inserción de pesarios sin controles posteriores, como fistulas, peritonitis, erosiones intestinales o vesicales^{35,36}. La asociación entre el uso de pesarios y el cáncer vaginal ha sido cuestionada en la bibliografía. Las infecciones virales causantes de inflamaciones crónicas se han relacionado con cánceres vaginales en mujeres portadoras de pesarios³⁷.

Sin embargo, todas las complicaciones graves asociadas a los pesarios han sido publicadas como casos clínicos que, analizados con detalle, siempre se asocian a un uso abusivo del pesario en las mujeres que no siguen los controles periódicos recomendados. Por tanto, dado que estas complicaciones se deben a un inadecuado uso del pesario, no deberían ser un argumento válido para contraindicarlo².

Conclusiones

El uso del pesario cada vez es mayor, tanto como tratamiento de primera línea como medida transitoria en las pacientes durante la lista de espera quirúrgica.

Tras escoger la medida adecuada y realizar una correcta inserción del pesario, es importante facilitar la máxima información a la paciente y/o los familiares para garantizar un mejor cumplimiento terapéutico.

A pesar de que no existen estudios comparativos aleatorizados y controlados, la experiencia respecto al uso de los pesarios es extensa y permite afirmar que constituyen una terapia de primera línea en determinados casos y grupos de edad, con una respuesta clínica y una relación coste-efectividad muy favorable. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Nyaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obst Gynecol.* 2004; 104: 489-947.
2. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 156: 125-130.
3. Marinkovik SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. *J Urol.* 2004; 171: 1.021-1.028.
4. Zimmerman MB, Qi Y. Natural history of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Obst Gynecol.* 2007; 109: 848-854.
5. Nygaard J, Berber MD, Burgio KL. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorder in US women. *J Am Med Assoc.* 2008; 300: 1.311-1.316.
6. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Araki A, Barnabdi V, Metiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative. Gravity and gravidity. *Am J Obst Gynecol.* 2002; 186: 1.160-1.166.
7. Olsen A, Smith V, Bergstrom I, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obst Gynecol.* 2007; 89: 501-506.
8. Diez-Itza I, Aizpitarte I, Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 1.317-1.324.

9. Fernando R, Thakard R, Sultan A, Shah S, Jones P. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2006; 108: 93-99.
10. Adams E, Thomsson A, Maher C, Hagen S. Mechanical devices for pelvic organ prolapse. *Cochrane Data Syst Rev.* 2004; CD004010.
11. Pott-Gristein E, Newcomer J. Gynecologist patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med.* 2001; 46: 205-208.
12. Hagen S. A multicenter randomised controlled trial of pelvic floor muscle training intervention for women with pelvic organ prolapse. *ICS 2011; Comunicación n.º.129.*
13. Braekken H, Magida M, Engh M, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? *Am J Obst Gynecol.* 2010; 170: 1-7.
14. Clemons J, Aguilar V, Tillinghast T. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were successfully fitted with pessaries for pelvic organ prolapse. *Am J Obst.Gynecol.* 2004; 190: 1.025-1.029.
15. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196: 1-8.
16. Powers K, Lazarou G, Wang A, LaCombe J, Bensinger G, Greston W, et al. Pessary use in advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Plevic Floor Dysfunct.* 2006; 17: 160-164.
17. Cundiff G, Weidner A, Visco A, Bump R, Adison W. A survey of pessaries use by members of the American Urogynecology Society. *Obstet Gynecol.* 2000; 95: 931-935.
18. Sulak P, Kuelhl T, Shull B. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. *J Reprod Med.* 1993; 38: 919-925.
19. Trowbridge E, Fennes D. Practicalities and pitfalls in older women. *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50: 709-719.
20. Lone F, Thakar R, Karamalis G. A 5 year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynecol Obstet.* 2011; 114: 56-59.
21. Abdool Z, Thakar R, Sultan A, Oliver R. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2011; 22: 273-278.
22. Maito J, Quam Z, Craig E, Darner K, Rogers R. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwery Womens Health.* 2006; 51: 78-84.
23. Braekken I, Majida M, Eng M, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptom? An assessor-blinded randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203: 170.e 1-7.
24. Hagen S, Stark D, Glazener C. A multicenter randomised controlled trial of a pelvic floor muscle training intervention for women with pelvic organ prolapse. *ICS 2011; Comunicación n.º 129.*
25. Clemons J, Aguilar V, Sokol E, Jackson Myers D. Patient characteristic that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191: 159-164.
26. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J.* 2011; 22: 637-644.
27. Shaith S, Ong E, Glavind K. Mechanical devices for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 2: CD001756.
28. Shamlyant T, Kaner R, Wyman J, Wilt T. Systematic review randomized controlled trials of no surgery treatments for urinary incontinence in women. *Am Int Med.* 2008; 148: 459-473.
29. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010; 115: 609-617.
30. Donnelly M, Powell-Morgan S, Olsen A, Nygaard I. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004; 15: 302-307.
31. Clemons D, Aguilar V, Tillinghast T, Jakson N, Myers D. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women were fitted successfully with pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obst Gynecol.* 2004; 190: 1.025-1.029.
32. Richter H, Albo E, Zyczynski H. Retropubic versus transobturador midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med.* 2010; 362: 2.066-2.076.
33. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17: 155-159.
34. Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG.* 2009; 116: 1.715-1.721.
35. Arias BE, Ridgeway B, Barber MD. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19: 1.173-1.178.
36. Vierhout ME. The use of pessaries in vaginal prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 117: 4-9.
37. Schraub S, Sun XS, Maingon P, Horiot JC, Daly N, Keiling R, et al. Cervical and vaginal cancer associated with pessary use. *Cancer.* 1992; 69: 2.505-2.509.
38. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol.* 1997; 90: 990-994.

FE DE ERRATAS

Advertimos a los lectores acerca de un error tipográfico en uno de los artículos publicados en el número anterior:

Díaz Hernández L, Espuña Pons M. Actualización sobre las complicaciones asociadas a la colocación transvaginal de una malla para corrección del prolapso de órganos pélvicos. *Suelo Pélvico.* 2011; 7(3): 61-63.

En el apartado *Actualización sobre las complicaciones*, de la página 61, al informar de los fallecimientos declarados, se indicaba: «También se declararon siete fallecimientos, de los que sólo tres estaban relacionados directamente con el uso de mallas; en dos se produjo una perforación **vesical** y uno se asoció a hemorragia». Lo correcto es: «También se declararon siete fallecimientos, de los que sólo tres estaban relacionados directamente con el uso de mallas; en dos se produjo una perforación **intestinal** y uno se asoció a hemorragia».

Rogamos disculpen las molestias.