

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado

HISTEROPEXIA VRS HISTERECTOMIA VAGINAL EN PROLAPSO UROGENITAL: UN META-ANÁLISIS.

Trabajo Final de investigación aplicada a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ginecología y Obstetricia para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Mariana López Alfaro.
Katherine Moreno Peraza.
Mariana Villalobos Herrera.

Tutor: Dr. Joaquín Bustillos Villavicencio.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
19 de diciembre del 2019

Dedicatoria y agradecimientos:

Este proyecto de graduación es dedicado a nuestros padres; ya que gracias a su apoyo y esfuerzo nos impulsaron a alcanzar esta meta. Agradecemos a familiares, amigos y a todas aquellas personas que nos brindaron su ayuda y sobretodo a Dios por brindarnos la sabiduría y entendimiento para llegar hasta el final.

Gracias.

"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por el Comité de Investigación de la Unidad de Posgrado en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia"



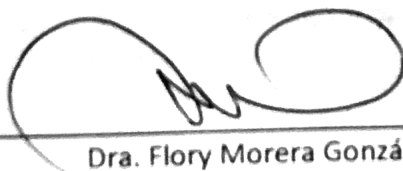
Dr. Joaquín Bustillos Villavicencio.
Tutor



Dra. Virya Castro Acuña
Miembro Comité de Investigación



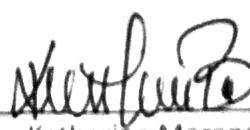
Dra. Sandra Vargas Lejarza
Coordinadora Nacional del Comité de Investigación



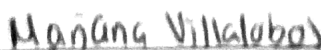
Dra. Flory Morera González
**Directora Del Sistema de Estudios
de Posgrado de la Universidad de Costa Rica**



Mariana López Alfaro.
Sustentante



Katherine Moreno Peraza.
Sustentante



Mariana Villalobos
Mariana Villalobos Herrera.
Sustentante

Tabla de Contenidos

• Resumen	1
• Palabras clave y Abreviaturas	1
• Introducción	2
• Objetivos	2
• Metodología	2
• Resultados	5
• Discusión	11
• Conclusiones	12

Lista de cuadros

• Cuadro 1. Características de las publicaciones analizadas	6
• Cuadro 2. Características de las pacientes según publicación analizada	6

Lista de Figuras

• Figura 1. Flujograma del proceso de selección de estudios	3
• Figura 2. Evaluación de la tasa de fallo entre la Histeropexia y la Histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso urogenital estadio 2-4.....	7
• Figura 3. Comparación de la diferencia estandarizada de la media del POP-Q punto C en pacientes sometidas a Histeropexia en relación con Histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2-4	8
• Figura 4. Comparación de la diferencia estandarizada de la media del POP-Q punto Bp en pacientes sometidas a Histeropexia en relación con Histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2-4	9
• Figura 5. Comparación de la diferencia estandarizada de la media del POP-Q punto Ba en pacientes sometidas a Histeropexia en relación con Histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2-4	10
• Figura 6. Comparación de la diferencia estandarizada de la media del POP-Q punto TVL en pacientes sometidas a Histeropexia en relación con Histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2-4	11

Histeropexia vs Histerectomía vaginal en prolapso urogenital: una revisión sistemática y meta-análisis

Villalobos Herrera Mariana ¹, Moreno Peraza Katherine ¹, López Alfaro Mariana ¹

¹ Médicos Residentes, Posgrado en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Costa Rica

Resumen

El prolapso de los órganos pélvicos es una condición frecuente en la población femenina que predispone a un deterioro en la calidad de vida. Su incidencia se encuentra en aumento debido al envejecimiento de la población. La histerectomía vaginal ha sido tradicionalmente el abordaje quirúrgico de elección, sin embargo, otras técnicas quirúrgicas de suspensión con preservación uterina como la histeropexia han venido a ofrecer corrección del prolapso urogenital mediante la reparación del tejido conectivo. El objetivo de este meta-análisis es comparar los resultados anatómicos entre la histeropexia y la histerectomía vaginal en el tratamiento quirúrgico en las pacientes con prolapso urogenital mediante la medición del Pelvic Organ Quantification (POP-Q). Además comparar la tasa de fracaso definida por repropulso, sintomatología postquirúrgica, retratamiento e incontinencia urinaria del prolapso urogenital entre la histeropexia y la histerectomía vaginal. **Metodología:** Se realizó una búsqueda sistemática en ClinicalKey, MEDLINE y PubMed de artículos clínicos controlados aleatorizados publicados en inglés y español desde 01 de enero del 2009 al 30 de septiembre del 2019, utilizando las palabras clave “histerectomía vaginal”, “histeropexia”, “suspensión uterina”, “prolapso uterino” y “prolapso apical”. Se incluyeron en el meta-análisis cuatro estudios clínicos controlados aleatorizados. En dichos estudios se comparaban los valores del Pelvic Organ Quantification (POP-Q) prequirúrgicos y posquirúrgicos para el grupo sometido a histeropexia y para el grupo sometido a histerectomía vaginal para obtener los resultados anatómicos de ambos procedimientos. Además se definió la tasa de fracaso según el re-tratamiento, síntomas de bulto postquirúrgicos, incontinencia urinaria, y repropulso y se comparó entre ambos procedimientos. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa Stata 15.1. **Resultados:** Al comparar los resultados anatómicos utilizando el POP-Q no se observaron diferencias significativas entre ambas técnicas. Evaluando las pacientes sometidas a histeropexia e histerectomía vaginal, al determinar la tasa de fallo en las cuatro publicaciones, se evidenció que no hay una diferencia significativa entre ambos procedimientos. **Conclusión:** La histeropexia y la histerectomía vaginal son procedimientos equiparables para la corrección quirúrgica de las pacientes con prolapso urogenital. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela ya que se necesitan más estudios a largo plazo para definir si los resultados son sostenibles en el tiempo.

Palabras clave: Histeropexia, prolapso uterino, suspensión uterina, Histerectomía vaginal, prolapso apical.

Abreviaturas: HV (histerectomía vaginal), diferencia media (DM), longitud total de la vagina (TLV), Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q), desviación estándar (DE).

Introducción

El prolapso de órganos pélvicos es una de las patologías de mayor prevalencia,⁽¹⁾ la cual se encuentra en aumento; dado a una mayor esperanza de vida y es una de las razones ginecológicas más frecuentes para cirugía⁽²⁾. Puede causar múltiples síntomas tales como: sensación de presión y de bulto, trastornos de vaciamiento, disfunción defecatoria y disfunción sexual; los cuales tienen efectos negativos en la calidad de vida de las pacientes. El prolapso de órganos pélvicos generalmente se debe a una disfunción global del piso pélvico; por lo que la mayoría de mujeres presentarán prolapso en múltiples compartimentos. Los factores de riesgo para desarrollar prolapso urogenital sintomático incluyen paridad, parto vaginal, edad, obesidad, trastornos del tejido conectivo, menopausia y estreñimiento crónico⁽³⁾. Los resultados de los procedimientos quirúrgicos por lo general son pobres y tienen altas tasas de recurrencia.

La histerectomía vaginal con o sin suspensión⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ de la cúpula ha sido la opción más frecuentemente utilizada. Sin embargo, no siempre es un abordaje con resultados satisfactorios, eliminando un órgano por lo general sano⁽⁷⁾ y dando un pobre abordaje al tejido conectivo;⁽⁸⁾ principalmente ligamentos uterosacros y cardinales⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾, predisponiendo a una alta tasa de recurrencia; dado que el soporte apical se ha descrito como un elemento clave para obtener resultados exitosos⁽¹¹⁾.

Por ello, el concepto de preservación uterina⁽¹²⁾ se ha vuelto popular en los últimos años. Una variedad de técnicas como la histeropexia⁽¹³⁾ tanto abdominal, laparoscópica y vaginal; han sido descritas; variando sus tasas de éxito. Las mujeres que podrían considerarse candidatas para este procedimiento incluyen: un acortamiento vaginal, aquellas con patología intraabdominal y factores de riesgo para prolapso recurrente (edad mayor a 60 años, prolapsos estadíos 3-4 e IMC >26kg/m²).

Este tipo de técnicas preservan la fertilidad⁽¹⁴⁾ en mujeres en edad reproductiva, pero además tienen la capacidad de mejorar los síntomas de prolapso, bienestar psicológico, función sexual y además han demostrado ser eficientes, seguras y con altas tasas de satisfacción por parte de las pacientes⁽⁴⁾.

Sin embargo, el efecto de la preservación uterina como opción de tratamiento sigue siendo controversial,⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ dado a la falta de estudios a largo plazo que analicen este abordaje y arrojen resultados más consistentes⁽⁶⁾.

Objetivo

1. Comparar los resultados anatómicos entre la histeropexia y la histerectomía vaginal en el tratamiento quirúrgico de las pacientes con prolapso urogenital mediante la medición del POP-Q.
2. Analizar la tasa de fracaso según el repropulso, sintomatología postquirúrgica, retratamiento e incontinencia urinaria del prolapso urogenital entre la histeropexia y la histerectomía vaginal.

Metodología

El meta-análisis se realizó basado en las guías The PRISMA statement for reporting systematic reviews and metanalyses of studies that evaluate health care interventions.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios clínicos controlados aleatorizados que comparaban los resultados anatómicos de prolapso urogenital entre la histeropexia vrs la histerectomía vaginal utilizando el POP-Q como método de medición estandarizado y que además reportaban los resultados posquirúrgicos entre ambos procedimientos, publicados en idioma inglés o español encontrados en las bases de datos consultadas, entre el periodo de 01 de enero del 2009 y el 30 de septiembre del 2019.

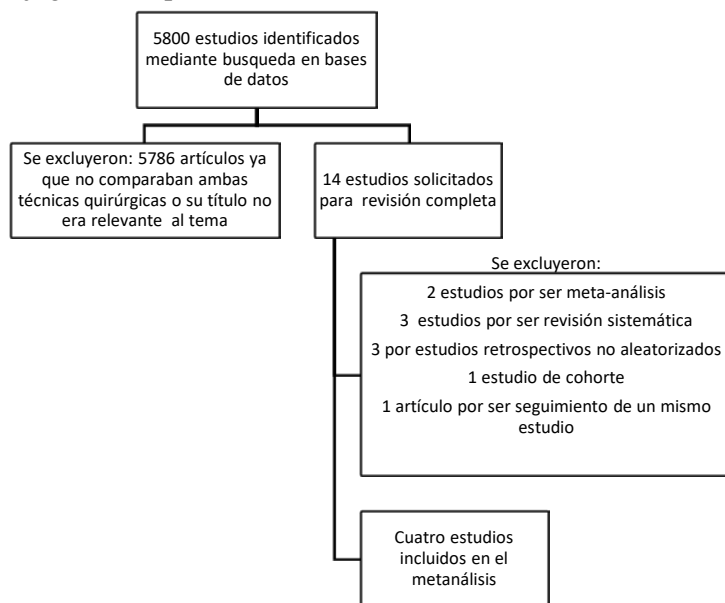
Fuentes de información

Se realizó una búsqueda sistemática en ClinicalKey, MEDLINE y PubMed de artículos clínicos controlados aleatorizados publicados en inglés y español desde 01 de enero del 2009 al 30 de setiembre del 2019, utilizando las palabras clave “histerectomía vaginal”, “histeropexia”, “suspensión uterina”, “prolapso uterino” y “prolapso apical”. Dichas palabras debían aparecer en el título o texto de los artículos. Se obtuvo un total de 5800 publicaciones.

Selección de los estudios

Se realizó una revisión preliminar de 5800 artículos por parte de las tres investigadoras, obtenidos a través de las palabras claves en las bases de datos consultadas. Se procedió a leer los títulos de cada uno de los artículos obtenidos y se excluyeron aquellos que no eran revelantes al tema o no comparaban ambas técnicas quirúrgicas. Además se excluyeron los estudios tipo casos-control, retrospectivo, anecdóticos. Al final de la revisión se obtuvieron un total de 14 estudios fueron seleccionados para revisión completa.

Figura1. Flujoograma de proceso de selección de estudios



Recolección de Datos

Se realizó una revisión completa de 14 artículos por parte de las tres investigadoras. Se excluyeron dos estudios de meta-análisis y tres artículos por ser estudios de revisión sistemática. Se excluyeron tres por ser estudios retrospectivos no randomizados y uno por ser estudio de cohorte. Se excluyó un artículo por ser seguimiento de un mismo estudio. (Figura 1). Se incluyeron 4 artículos con características demográficas similares. Dos artículos comprendían metodologías comparables en cuanto a cuantificación de los valores basales del POP-Q (punto Ba, C, D, Bp y LTV) en el prequirúrgico y en el posquirúrgico. Los 4 artículos presentaban resultados posquirúrgicos en cuanto a recurrencia de prolapso, retratamiento, síntomas de bulto e incontinencia urinaria. Las participantes incluidas en los estudios tenían una media de edad entre 61.5 y 65.5 años. Uno de los estudios realizó la histeropexia vía laparoscópica y dos de los estudios realizaron la histeropexia sacroespinal vía vaginal. Uno de los estudios realizó la histeropexia vía vaginal con la utilización de malla de soporte vaginal Uphold Lite (Boston Scientific). Todos los estudios realizaron histerectomía vaginal con suspensión de los ligamentos uterosacros. Dos de los estudios el periodo de seguimiento fue de 12 meses, uno de 36 meses y otro de 60 meses.

Se tabularon los datos reportados por los estudios utilizando la desviación estandar del punto Ba, C, Bp, D y TVL del POP-Q en el pre y postquirúrgicos entre el grupo sometido a histerectomía vaginal y el grupo sometido a histeropexia para definir los cambios anatómicos entre ambos procedimientos. Dos de los estudios no reportaban la desviación estandar (DE) por lo que se excluyeron del análisis de los datos. Se definió la tasa de fallo entre ambos procedimientos utilizando los datos de resultados posquirúrgicos de los cuatro artículos. Dos artículos reportaron resultados posquirúrgicos a 12 meses. Uno reportó los resultados a 36 meses y por último un artículo reportó sus resultados a 60 meses. En cuanto a los parámetros utilizados para la definición de fracaso quirúrgico, tres estudios reportan resultados postquirúrgicos de incontinencia urinaria. Tres estudios reportaron retratamiento por prolapso postquirúrgico y solo un estudio reportó síntomas de bulto postquirúrgico. Tres estudios reportaron repropapso en las pacientes. Dichos datos resultado se muestran en la figura 2.

Calidad de los estudios incluidos y riesgos de sesgo

Se incluyó en el meta-análisis cuatro artículos que cumplían con los criterios de inclusión. Dos de los estudios seleccionados comparaban los resultados anatómicos utilizando los valores de POP-Q prequirúrgicos y posquirúrgicos de pacientes sometidas a corrección quirúrgica de prolapso urogenital; a un grupo de pacientes se le realizó histerectomía vaginal y al otro grupo histeropexia. Los cuatro estudios seleccionados reportaban los resultados posquirúrgicos por lo que se logró comparar la tasa de fallo entre ambos procedimientos (ver figura 2).

Dichos estudios incluían poblaciones de máximo 204 pacientes de un grupo etario similar con medias de edad entre 61.5 y 65.5 años. En todos los artículos se incluyeron poblaciones de paciente con prolapso urogenital estadios 2-4 que estuvieran sintomáticas y requerían cirugía como

parte de su abordaje. Se utilizaron los valores de desviación estandar basales de POP-Q (punto Ba, C, D, Bp y TVL) en el prequirúrgico y posquirúrgicos en dos de los artículos. Además todos los estudios incluían los resultados posquirúrgicos entre ambas cirugías. En un estudio la asignación de la cirugía se randomizó mediante llamada telefónica o por correo electrónico al ginecólogo a cargo de la realización de la cirugía. En otro estudio se randomizó aleatoriamente a las pacientes en dos grupos: grupo A, histeropexia y grupo B, histerectomía vaginal utilizando sobres ciegos. Otro estudio realizó la randomización de las pacientes mediante una proporción de 1:1 basada en una aplicación web con tablas de aleatorización generadas por computadora en bloques de cuatro, estratificadas por hospital y estadio de prolapso uterino. Otro estudio realizó la randomización 1:1 en la sala de operaciones con un sistema web automatizado que utiliza bloques permutados con tamaño de bloque de 2 o 4 estratificados por sitio.

Se determinó que dicho meta-análisis puede presentar un sesgo de publicación secundario al tipo de búsqueda ya que podrían haber estudios excluidos que no se encuentran en las bases de datos consultadas. Sin embargo, dicho sesgo se intentó minimizar por medio de búsqueda en Google Scholar utilizando como criterios de búsqueda las mismas palabras clave en idioma inglés y español sin encontrar estudios o trabajos que cumplieran con los criterios de inclusión.

Uno de los estudios realizó la histeropexia por vía laparoscópica utilizando el sacro como punto de fijación, mientras los demás estudios realizaron la histeropexia vía vaginal utilizando el ligamento sacroespinoso como punto de fijación, sin embargo, no se considera un riesgo de sesgo de selección significativo debido a que no interfiere sobre los puntos de medición.

Análisis de datos

Para el cálculo del RR del metaanálisis fue desarrollado por medio de la estimación agrupada del riesgo relativo (RR) con el respectivo intervalo de confianza al 95% (IC95%) con la estimación por medio del efecto ajustado. La heterogeneidad atribuida a la variabilidad en el efecto real del procedimiento entre los estudios para la variabilidad del RR fue estimada por medio del estadístico de I^2 con la respectiva prueba de significancia para la evaluación de la heterogeneidad. Para cada uno de los estudios se estimó el peso asignado a cada una de las publicaciones estimado como el inverso de la varianza.

Para las variables cuantitativas se estimó la diferencia estandarizada agrupada de la media para las diversas medidas realizadas tanto para el grupo con histeropexia como la histerectomía. Para cada uno de los puntos correspondientes agrupados se realizó la comparación entre los procedimientos por medio de la prueba de t-student.

Se definió como estadísticamente significativo un valor p menor o igual a 0.05.

El análisis fue desarrollado por medio del software de análisis Stata 15.1 (Stata Corp. Texas, USA. 2019).

Resultados

Resultados de tasa de fallo entre procedimientos

Un total de 4 publicaciones de ensayos clínicos controlados publicados entre el periodo 2010 y el 2019, que definieron como grupos de comparación la exposición de histeropexia e histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso urogenital. Fueron analizadas la totalidad de las publicaciones, se incluyeron pacientes con prolapso urogenital estadios 2 a 4. Un total de 554

pacientes se contabilizan entre todos los estudios de los cuales 278 (50.2%) fueron expuestas a histeropexia y 276 (49.8%) a histerectomía vaginal. El seguimiento de las pacientes se presentó en el rango entre 12 y 60 meses. Cuadro 1

Cuadro 1: Características de publicaciones analizadas

Autor	Año de publicación	Diseño	País	Seguimiento	Prolapso uterino (Estadios 2-4)	n	Histeropexia	Histerectomía
Dietz V.	2010	ECC	Países Bajos	12 meses	100%	7	37	34
Rahmanou P.	2015	ECC	Reino Unido	12 meses	100%	1	50	50
Detollenaere R.	2015	ECC	Países Bajos	60 meses	100%	2	103	105
Nager W. et al	2019	ECC	EEUU	36 meses	100%	1	88	87
						7		
						5		

*ECC:Ensayo Clínico Controlado

Con respecto a las características de las pacientes, cada uno de los estudios analizados evidenció que la edad media al momento de la intervención presentó un rango entre 61.5 y 65.5 años, con una media de paridad entre 2 y 3. El porcentaje de pacientes en menopausia se documentó en dos publicaciones que alcanzó el 89.0% al 98.0% de las pacientes. El índice de masa corporal (IMC) medio se documentó en un rango entre 25.9 a 28.9 kg/m². Cuadro 2

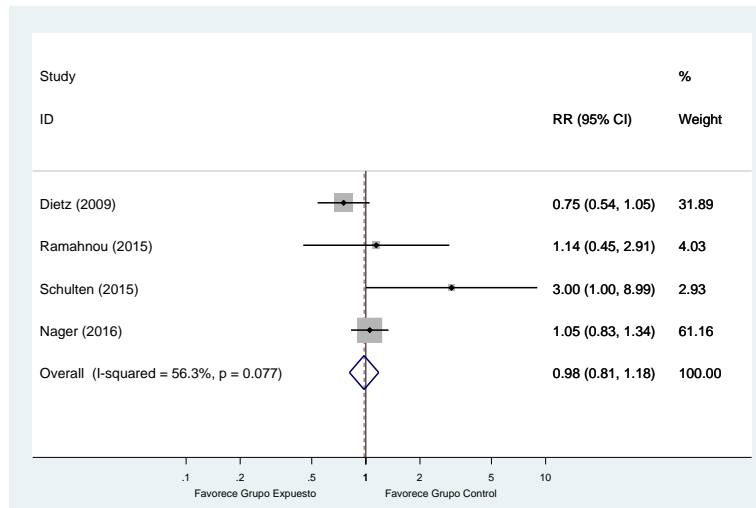
Cuadro 2. Características de los pacientes según publicación analizada

Autor	Procedimiento	Edad		Paridad media (rango)		Menopausia % (n)		Índice de masa corporal (media)		Fumadoras % (n)	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	n	%
Nager W. et al	Histeropexia vaginal	65,5	7.3	3	NDR	98	86	28.9	4.0	3	3
	Histectomía vaginal	66,2	7.4	2	NDR	98	85	28.2	4.4	1	1
Rahmanou P.	Histeropexia laparoscópica	63.9	NDR	2	NDR	NDR		25.9	NDR	NDR	NDR
	Histectomía vaginal	65.5	NDR	2	NDR	NDR		27.5	NDR	NDR	NDR
Dietz V.	Histeropexia vaginal	61.5	9.6	2	NDR	89	(33)	26.3	3.2	NDR	NDR
	Histectomía vaginal	63.7	9.0	2	NDR	94	32	25.9	2.9	NDR	NDR
Detollenaere R.	Histeropexia vaginal	62,7	NDR	NDR	NDR	NDR		26.0	3.3	13	14
	Histectomía vaginal	61.9	NDR	NDR	NDR	NDR		25.9	3.5	9	10

NDR:No Datos Reportados

La evaluación de la exposición a histeropexia en relación a histerectomía vaginal para la tasa de fallo en las cuatro publicaciones evaluadas evidenció una heterogeneidad con un I² de 56.3% sin demostrar significancia de la misma. El RR general para la evaluación de los procedimientos en relación al fallo, evidenció no favorecer ninguna de las intervenciones (RR:1.05, IC95%:0.83-1.34).

Figura 2: Evaluación de la tasa de fallo entre la histeropexia y la histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso urogenital estadio 2 a 4.

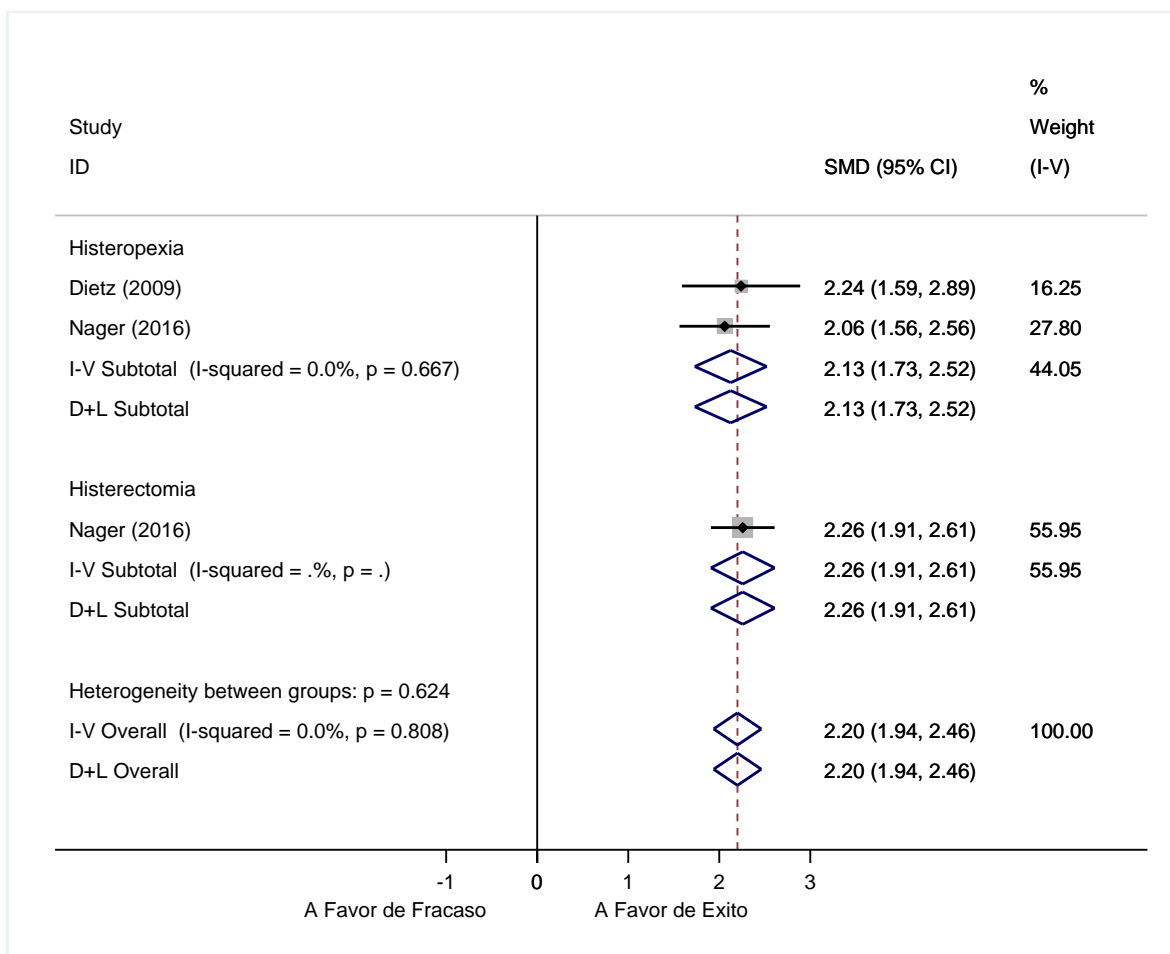


Comparación de puntos POP-Q en grupo con histeropexia en relación al grupo con histerectomía vaginal.

Al evaluar la diferencia estandarizada de la media de POP-Q punto C en pacientes con histeropexia se determinó en dos de los estudios analizados y se evidenció una diferencia media estandarizada de 2.13 (IC95% 1.73-2.56) cm, incremento que evidenció ser significativo ($p < 0.01$) y sin presentar heterogeneidad entre los estudios ($p = 0.667$). La comparación del mismo punto para el grupo con histerectomía evidenció ser de 2.26 (IC95% 1.91-2.61) cm, pero solo fue determinado en un estudio dentro de los estudios evaluados. Figura 2

La comparación de las medias agrupadas entre ambos procedimientos no evidenció diferencias significativas ($p = 0.74$)

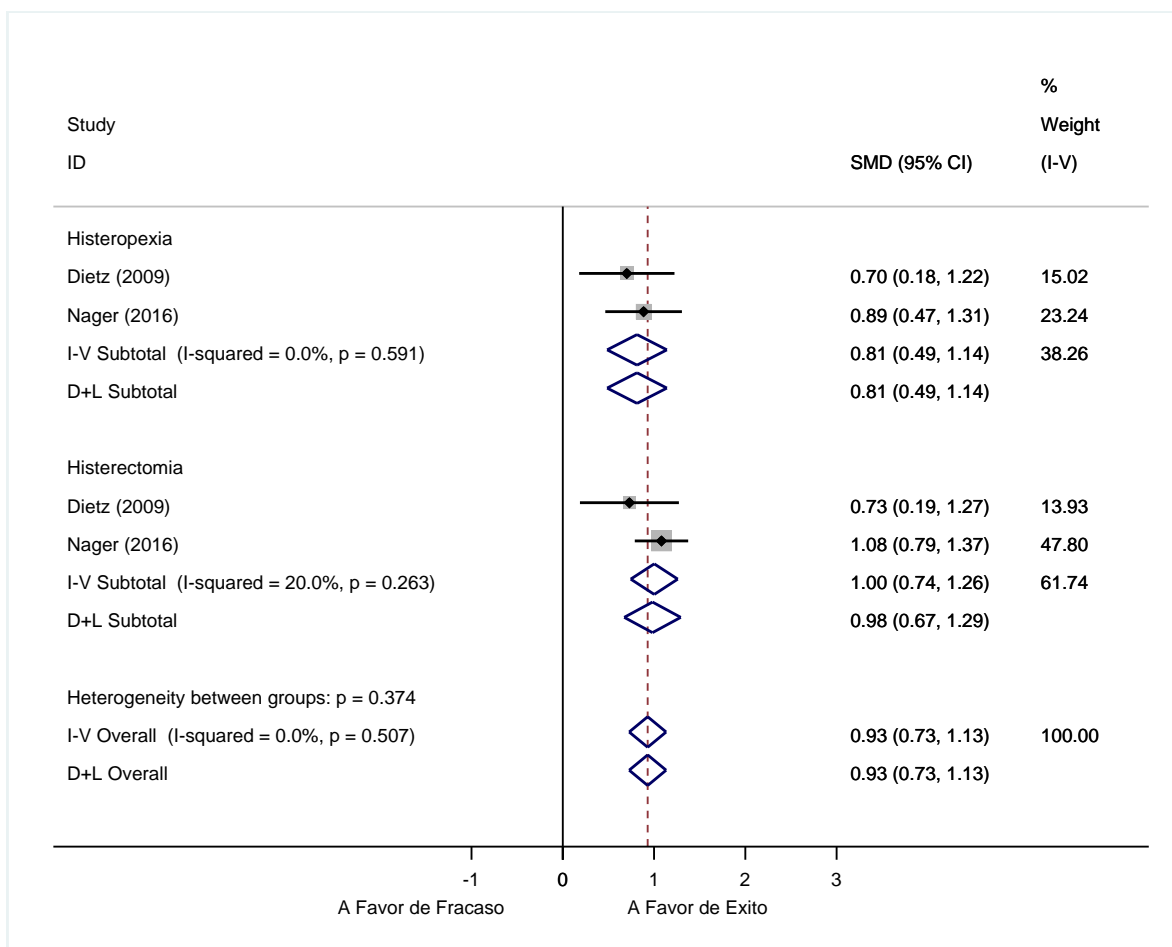
Figura 3. Comparación de la diferencia estandarizada de la media de POP-Q punto C en pacientes sometidas a histeropexia en relación con histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2 a 4.



Con respecto a la diferencia estandarizada de la media para POP-Q punto Bp en pacientes sometidas a histeropexia se documentó en dos estudios con una estimación agrupada de 0.81 (IC95% 0.49-1.14) cm, lo cual no demostró contar con un incremento significativamente distinto de cero ($p=0.59$). Con respecto a la diferencia estandarizada de la media para POP-Q punto Bp dentro del grupo de pacientes con histerectomía vaginal fue de 1.00 (IC95%:0.74-1.26) cm, media que demostró ser significativamente diferente de cero ($p<0.01$). Para ninguno de los dos estudios evaluados tanto para la histeropexia como para la histerectomía vaginal se evidenció heterogeneidad entre los estudios ($p>0.05$). Figura 3

La comparación de las medias entre los procedimientos no evidenció contar con diferencias significativas ($p=0.63$).

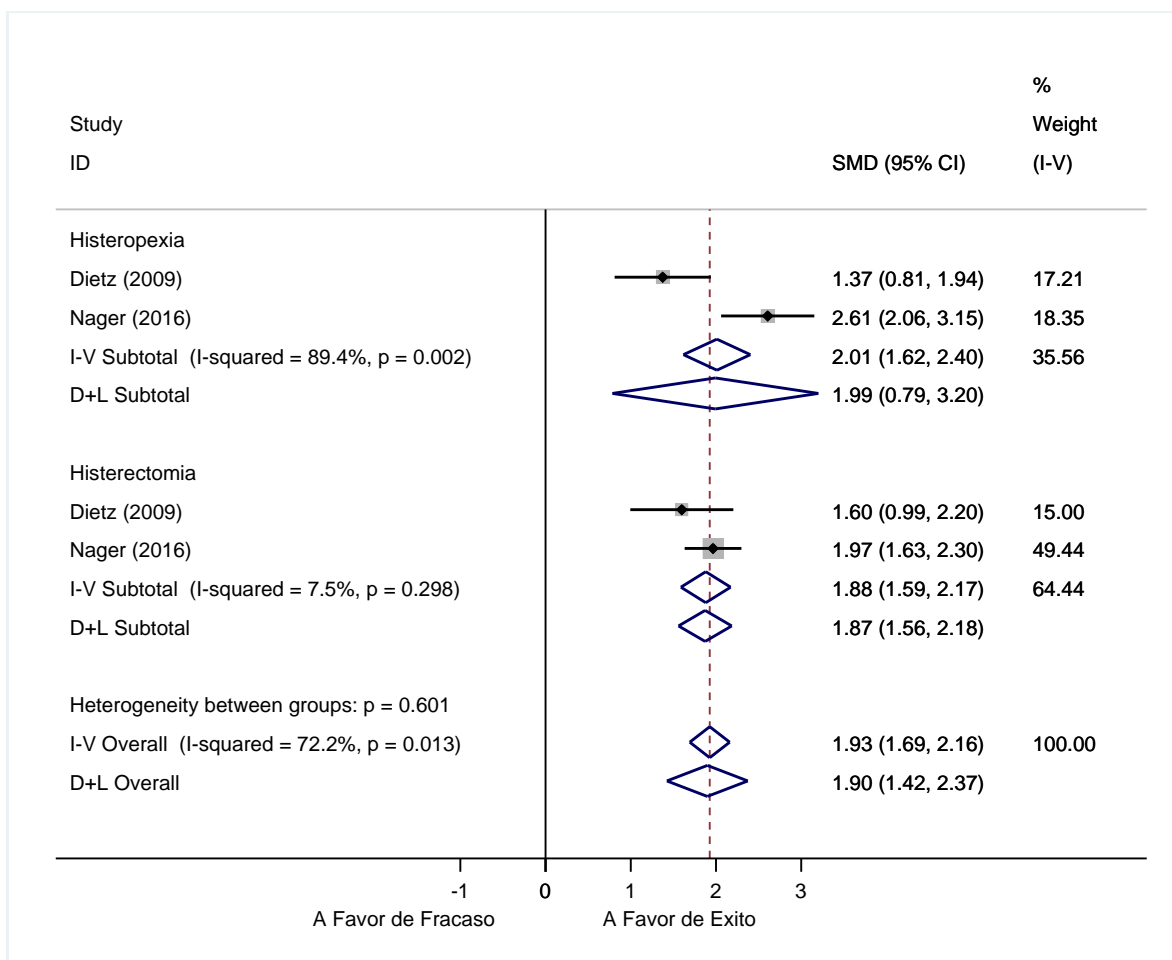
Figura 4: Comparación de la diferencia estandarizada de la media de POP-Q punto Bp en pacientes sometidas a histeropexia en relación con histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2 a 4.



La estimación de diferencia estandarizada de la media para POP-Q punto Ba en pacientes sometidas a histeropexia fue de 2.01 (IC95% 1.62-2.40) cm para la estimación agrupada y para el grupo de pacientes intervenidas con histerectomía vaginal evidenció ser de 1.88 (IC95% 1.59-2.17) cm, demostrando ser ambas significativamente diferente del cero ($p < 0.01$). Los estudios evaluados para la determinación de histeropexia evidenció contar con heterogeneidad significativa entre los estudios ($p < 0.01$). Figura 4

Las determinaciones medias de POP-Q punto Ba agrupadas según cada uno de los métodos de tratamiento no evidenció diferencias significativas ($p = 0.73$).

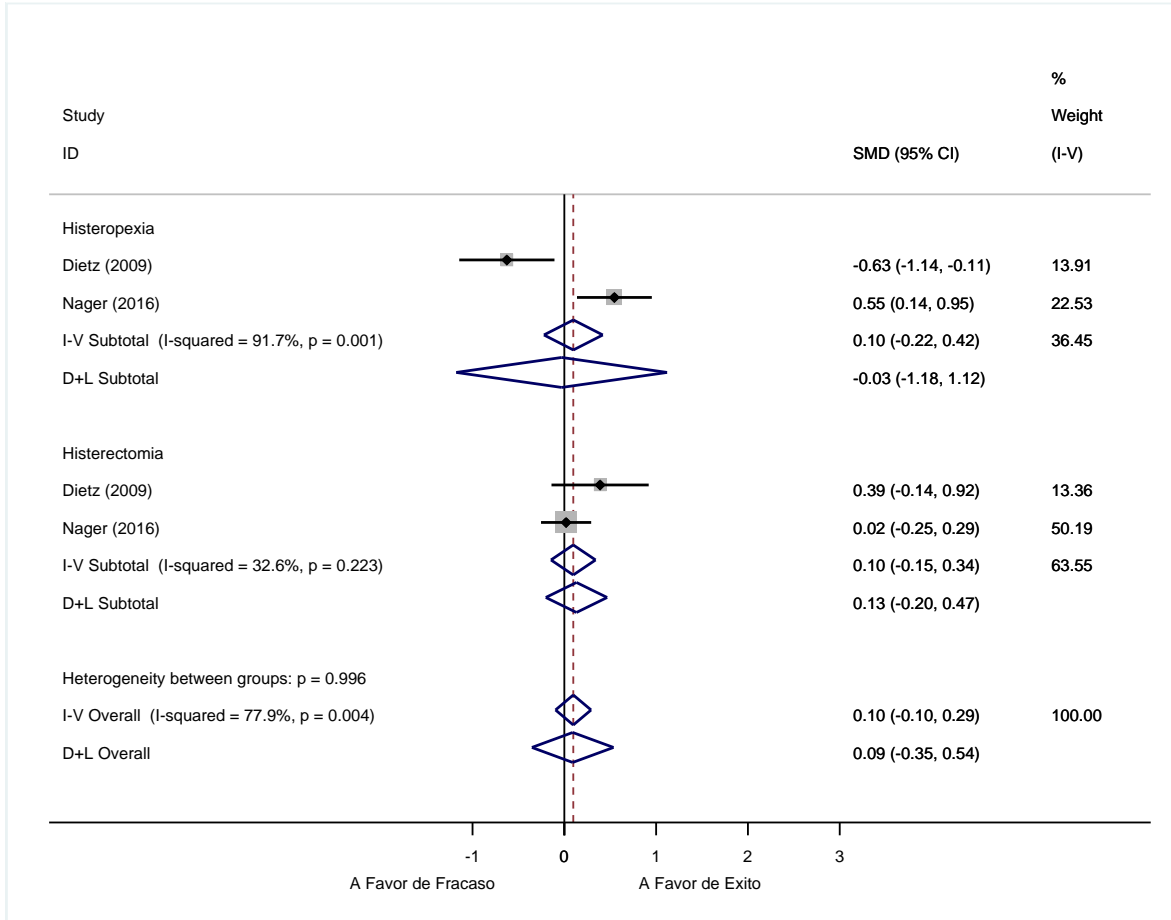
Figura 5: Determinación diferencia estandarizada de la media de POPQ-Ba en pacientes sometidas a histeropexia en relación con histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2 a 4.



La media estandarizada de POP-Q puntoTVL en pacientes a las que se les realizó histeropexia evidenció que la determinación agrupada fue de 0.10 (IC95% -0.22-0.42) cm sin demostrarse diferencias significativas al ser comparados en relación al valor de cero ($p=0.22$). La determinación de la heterogeneidad entre los estudios demostró ser significativa entre los estudios y que alcanzó el 91.7%. Con respecto a la diferencia de la media estandarizada de POPQ-TVL dentro del grupo con histerectomía evidenció ser de 0.10 (IC95% -0.15-0.34) cm sin demostrar diferencias significativas en relación con el valor cero ($p=0.22$). La heterogeneidad entre los estudios para histerectomía vaginal no evidenció ser significativamente diferente ($p=0.22$). Figura 5.

La comparación entre medias agrupadas de los procedimientos para el punto POPQ-TVL no evidenció diferencias significativas ($p=1.00$).

Figura 6: Determinación diferencia estandarizada de la media de POPQ-TVL en pacientes sometidas a histeropexia en relación con histerectomía vaginal como tratamiento para el prolapso urogenital estadio 2 a 4.



La comparación de POPQ-D no fue posible determinarlo debido a que solo fue reportado en un estudio tanto para histeropexia como para histerectomía vaginal.

Discusión

El prolapso urogenital sintomático se ha tratado históricamente mediante la histerectomía vaginal, sin embargo, en los últimos años debido al creciente conocimiento de la fisiopatología del prolapso y a la evolución de las técnicas quirúrgicas, aunado al deseo de algunas pacientes de preservar el útero, se ha cuestionado la necesidad de la histerectomía.

Se han propuesto otras opciones quirúrgicas como la histeropexia. El objetivo de este metaanálisis fue abordar esta opción quirúrgica y comparar sus resultados anatómicos y tasa de fallo definida por repropulso, sintomatología postquirúrgica, retratamiento e incontinencia urinaria con la histerectomía vaginal. Los resultados obtenidos en el meta-análisis demuestran que la histeropexia y la histerectomía vaginal son procedimientos que no demostraron diferencias en los puntos de medición en el post quirúrgico en el POP-Q para el tratamiento de las pacientes con prolapso urogenital y además la tasa de fallo entre ambos procedimientos no tiene diferencias significativas. Coincidiendo nuestros resultados con otros metaanálisis.

La histeropexia ha demostrado ser una opción segura y una ruta alternativa a la histerectomía vaginal, con resultados anatómicos similares. ⁽⁸⁾ Por lo cual se debería tomar en cuenta otras variables al momento de la elección de la cirugía a realizar, considerando el tiempo operatorio, pérdida sanguínea y periodo de recuperación. En varios estudios se ha observado que el tiempo quirúrgico para la histeropexia vaginal es menor comparado con la histerectomía vaginal. Así como la histeropexia laparoscópica ha demostrado una menor pérdida sanguínea y periodo corto de recuperación, sin embargo, tiene mayor riesgo de lesiones vasculares y tiempo quirúrgico prolongado.

La elección del procedimiento quirúrgico para el tratamiento del prolapso debería de enfocarse en la destreza del cirujano, en las comorbilidades de la paciente y su deseo de preservación uterina. ⁽¹⁷⁾

Debe interpretarse con cautela las conclusiones de los estudios, en cuanto a la definición de éxito, ya que este concepto engloba lo subjetivo/objetivo, satisfacción del paciente, tasa de retratamiento y estos aspectos varían ampliamente en los estudios hasta ahora realizados.

Dentro de las limitantes del meta-análisis, uno de los estudios ⁽⁸⁾ menciona que al ser randomizados, consecuentemente las pacientes no pueden elegir su opción de tratamiento, por lo cual muchas de ellas declinan al reclutamiento. Siendo un posible aspecto limitante para la realización de estudios de alta calidad.

Los estudios hasta ahora cuentan con pequeñas poblaciones de estudio y periodos de seguimiento cortos, por lo que se necesitan estudios a largo plazo para definir si los resultados hasta ahora observados son sostenibles en el tiempo.

Conclusiones

La histeropexia y la histerectomía vaginal son procedimientos equiparables para la corrección quirúrgica de las pacientes con prolapso urogenital. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela ya que se necesitan más estudios a largo plazo para definir si los resultados son sostenibles en el tiempo.

Bibliografía

1. Haj-yahya R, Chill HH, Levin G, Reuveni-salzman A, Shveiky D. Laparoscopic Uterosacral Ligament Hysteropexy vs Total Vaginal Hysterectomy with Uterosacral Ligament Suspension for Anterior and Apical Prolapse : Surgical Outcome and Patient Satisfaction. 2019;
2. Seracchioli R, Raimondo D, Arena A, Gava G, Parmeggiani C, Martelli V, et al. Laparoscopic Mesh-Less Cervicosacropepy for. 2017;00(00):1-5.
3. Society AU. Pelvic Organ Prolapse. 2019;25(6):397-408.
4. Reid F. Uterine prolapse e preservation or excision ? Obstet Gynaecol Reprod Med [Internet]. 2019;21(6):176-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2011.03.006>
5. Kapoor S, Sivanesan K. Sacrospinous hysteropexy : review and meta-analysis of outcomes. 2017;
6. Maher CF, Feiner B, Decuyper EM, Nichlos CJ, Hickey K V, Rourke PO. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse : a randomized trial. YMOB [Internet]. 2019;204(4):360.e1-360.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.11.016>
7. Gutman RE, Rardin CR, Sokol ER, Matthews C, Park AJ. uterovaginal prolapse : a parallel cohort study. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2019;216(1):38.e1-38.e11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.08.035>
8. Rahmanou P, Price N, Jackson SR. Laparoscopic hysteropexy versus vaginal hysterectomy for the treatment of uterovaginal prolapse : a prospective randomized pilot study. 2015;

9. Szymanowski P, Szepieniec WK, Gruszecki P, Netzer I. CASE REPORT – OPEN ACCESS International Journal of Surgery Case Reports Laparoscopic hysteropexy in case of total uterus prolapse – case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2019;53(2018):120–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.10.052>
10. Hoon D, Jae M. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Risk factors for the failure of iliococcygeus suspension for uterine prolapse. *Eur J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;225(2018):210–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.05.001>
11. Lone F, Curnow T, Thomas SA. Laparoscopic sacrohysteropexy versus vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse using validated questionnaires : 2-year prospective study. 2017;
12. Ridgeway BM. Does prolapse equal hysterectomy ? The role of uterine conservation in women with uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;213(6):802–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.035>
13. Detollenaere RJ, Kreuwel IAM, Dijkstra JR, Kluivers KB, Eijndhoven HWF Van. The Impact of Sacrospinous Hysteropexy and Vaginal Hysterectomy With Suspension of the Uterosacral Ligaments on Sexual Function in Women With Uterine Prolapse : A Secondary Analysis of a Randomized Comparative Study. *J Sex Med* [Internet]. 2016;13(2):213–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.006>
14. Dietz V, Vaart CH Van Der, Graaf Y Van Der, Heintz P, Koops SES. One-year follow-up after sacrospinous hysteropexy and vaginal hysterectomy for uterine descent : a randomized study. 2010;209–16.
15. Nair R, Nikolopoulos KI, Claydon LS. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Clinical outcomes in women undergoing laparoscopic hysteropexy : A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;208(2017):71–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.019>
16. Rosen DMB, Shukla A, Cario GM, Carlton MA, Chou D. Is Hysterectomy Necessary for Laparoscopic Pelvic Floor Repair ? A Prospective Study. 2019;
17. Meriwether K V, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-fine S, Murphy M, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse : a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. 2019;