



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante (Revisión)

Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C

Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C.
Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding
(Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD000329.
DOI: [10.1002/14651858.CD000329.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000329.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante

Rosalie J Fergusson¹, Anne Lethaby², Sasha Shepperd³, Cindy Farquhar⁴

¹Obstetrics and Gynaecology, Auckland City Hospital, Auckland District Health Board, Auckland, New Zealand. ²Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand. ³Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, UK. ⁴Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand

Dirección de contacto: Anne Lethaby, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland, 1142, New Zealand. a.lethaby@auckland.ac.nz.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 11, 2013.

Referencia: Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding (Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11. Art. No.: CD000329. DOI: [10.1002/14651858.CD000329.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000329.pub2).

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El sangrado menstrual abundante (SMA), que incluye la menorragia y la metrorragia, es una causa importante de enfermedad en las pacientes. Con frecuencia, el tratamiento quirúrgico del SMA sigue al tratamiento médico que fracasa o no es efectivo. El tratamiento definitivo es la histerectomía, pero éste es un procedimiento quirúrgico mayor con complicaciones emocionales y físicas significativas, así como con costos sociales y económicos. Se han desarrollado varias técnicas quirúrgicas menos invasivas (p.ej., resección transcervical del endometrio (RTCE), procedimientos con láser) y diversos métodos de ablación del endometrio con el objetivo de mejorar los síntomas menstruales al eliminar o extirpar todo el espesor del endometrio.

Objetivos

El objetivo de esta revisión es comparar la efectividad, la aceptabilidad y la seguridad de las técnicas de destrucción del endometrio por cualquier medio versus la histerectomía por cualquier medio para el tratamiento del sangrado menstrual abundante.

Métodos de búsqueda

Las búsquedas electrónicas de ensayos controlados aleatorios relevantes (ECA) se dirigieron, pero no se limitaron a los siguientes: registro de ensayos del Grupo Cochrane de Trastornos Menstruales y Subfertilidad (Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO y el registro de ensayos Cochrane CENTRAL. Se hicieron intentos por identificar ensayos mediante el examen de las listas de citas de artículos de revisión y guías, así como la realización de búsquedas manuales. Se hicieron búsquedas en 2007, 2008 y 2013.

Criterios de selección

En la revisión, se incluyó cualquier ECA que comparara técnicas de destrucción del endometrio por cualquier medio con histerectomía por cualquier medio para el tratamiento del sangrado menstrual abundante en pacientes premenopáusicas.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, buscaron los estudios, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Se calcularon los cocientes de riesgos (CR) para los resultados dicotómicos y las diferencias de medias (DM) para los resultados continuos. Los resultados analizados incluyeron mejoría en la pérdida de sangre menstrual, satisfacción, cambio en la calidad de vida, duración de la cirugía y la

estancia hospitalaria, tiempo para retornar al trabajo, eventos adversos y necesidad de cirugía repetida debido al fracaso del tratamiento quirúrgico inicial.

Resultados principales

Se identificaron ocho ECA que cumplieron con los criterios de inclusión de esta revisión. De dos ensayos los revisores identificaron publicaciones múltiples que evaluaron resultados diferentes en puntos temporales postoperatorios diferentes en las mismas pacientes.

Se observaron ventajas a favor de la histerectomía en comparación con la ablación del endometrio en diversas medidas de mejoría en los síntomas de hemorragia y las tasas de satisfacción. Una proporción ligeramente inferior de pacientes a las que se les realizó la ablación del endometrio percibió mejoría en los síntomas de sangrado al año (CR 0,89; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,85 a 0,93; cuatro estudios, 650 pacientes, $I^2 = 31\%$), a los dos años (CR 0,92; IC del 95%: 0,86 a 0,99; dos estudios, 292 pacientes, $I^2 = 53\%$) y a los cuatro años (CR 0,93; IC del 95%: 0,88 a 0,99; dos estudios, 237 pacientes, $I^2 = 79\%$). El mismo grupo de pacientes también mostró mejorías en la puntuación del gráfico pictórico de evaluación de la pérdida de sangre (GPES) al año (DM 24,40; IC del 95%: 16,01 a 32,79; un estudio, 68 pacientes) y a los dos años (DM 44,00; IC del 95%: 36,09 a 51,91; un estudio, 68 pacientes). La necesidad de cirugía repetida debido al fracaso del tratamiento inicial fue más probable después de la ablación del endometrio que después de la histerectomía al año (CR 14,9; IC del 95%: 5,2 a 42,6; seis estudios, 887 pacientes, $I^2 = 0\%$), a los dos años (CR 23,4; IC del 95%: 8,3 a 65,8; seis estudios, 930 pacientes, $I^2 = 0\%$), a los tres años (CR 11,1; IC del 95%: 1,5 a 80,1; un estudio, 172 pacientes) y a los cuatro años (CR 36,4; IC del 95%: 5,1 a 259,2; un estudio, 197 pacientes). En su mayoría, los eventos adversos graves y leves fueron significativamente más probables después de la histerectomía durante la estancia hospitalaria. Las pacientes a las que se les realizó histerectomía tuvieron mayores probabilidades de presentar sepsis (CR 0,2; IC del 95%: 0,1 a 0,3; cuatro estudios, 621 pacientes, $I^2 = 62\%$), transfusión de sangre (CR 0,2; IC del 95%: 0,1 a 0,6; cuatro estudios, 751 pacientes, $I^2 = 0\%$), pirexia (CR 0,2; IC del 95%: 0,1 a 0,4; tres estudios, 605 pacientes, $I^2 = 66\%$), hematoma de la cúpula vaginal (CR 0,1; IC del 95%: 0,04 a 0,3; cinco estudios, 858 pacientes, $I^2 = 0\%$) y hematoma de la herida (CR 0,03; IC del 95%: 0,00 a 0,5; un estudio, 202 pacientes) antes del alta hospitalaria. Después del alta hospitalaria, la única diferencia que se informó para este grupo fue una tasa mayor de infección (CR 0,2; IC del 95%: 0,1 a 0,5; un estudio, 172 pacientes).

En algunos resultados (como la percepción de la paciente del sangrado y la proporción de pacientes que necesitaron cirugía adicional por SMA), se generó una puntuación GRADE baja, lo que indica que es probable que estudios de investigación adicionales en estas áreas cambien las estimaciones.

Conclusiones de los autores

La resección y la ablación del endometrio ofrecen una alternativa a la histerectomía como tratamiento quirúrgico para el sangrado menstrual abundante. Ambos procedimientos son efectivos y las tasas de satisfacción son altas. Aunque la histerectomía se asocia con un tiempo quirúrgico más largo (en particular por vía laparoscópica), un período de recuperación más largo y tasas mayores de complicaciones postoperatorias, ofrece alivio permanente del sangrado menstrual abundante. El costo inicial de la destrucción del endometrio es significativamente inferior que el de la histerectomía, pero debido a que a menudo es necesaria la repetición del tratamiento, la diferencia de costo se reduce con el transcurso del tiempo.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Una comparación de la efectividad y la seguridad de dos tratamientos quirúrgicos diferentes para el sangrado menstrual abundante

Pregunta de la revisión

Esta revisión Cochrane se refiere a las pacientes con sangrado menstrual abundante (SMA), que es la pérdida de sangre menstrual que la mujer siente que es excesiva y que a menudo interfiere con su calidad de vida. Los investigadores de la Colaboración Cochrane compararon la resección o ablación del endometrio versus la histerectomía para las pacientes con SMA. Los factores principales (que se consideran los de mayor importancia) fueron lo bien que cada operación pudo tratar los síntomas de SMA, cómo se sintieron las pacientes con respecto a la realización de cada operación y cuáles fueron las tasas de complicación. Los factores adicionales estudiados fueron cuánto tiempo tomó realizar cada operación, cuánto tiempo tardaron las pacientes en recuperarse de la operación y cuánto cuesta la operación al hospital y a la paciente.

Antecedentes

Los tratamientos quirúrgicos para el SMA incluyen la extracción o destrucción del recubrimiento interior (endometrio) de la matriz (resección o ablación del endometrio) y la extracción quirúrgica de la matriz completa (histerectomía). Ambos métodos son ofrecidos con frecuencia por los ginecólogos, habitualmente pero no siempre después de que un tratamiento no quirúrgico no ha logrado corregir el problema. La resección / ablación del endometrio se realiza mediante la entrada a la matriz, sin la necesidad de un corte quirúrgico. Durante la histerectomía, el útero se puede extraer mediante un corte quirúrgico al abdomen, por la vagina o por cirugía de "mínimo acceso" que incluye cortes quirúrgicos muy pequeños al abdomen (laparoscopia); este último enfoque es una forma más moderna de realizar la histerectomía. La histerectomía es efectiva para detener de forma permanente el SMA, pero elimina la fertilidad y se asocia con todos los riesgos de una cirugía mayor, incluida la infección y la pérdida de sangre. Estos riesgos son más pequeños con la resección / ablación del endometrio.

Fecha de la búsqueda

Los investigadores de la Colaboración Cochrane actualizaron recientemente, en octubre de 2013, la revisión sistemática de los estudios de investigación que comparan la resección y la ablación del endometrio versus la histerectomía para el tratamiento del sangrado menstrual abundante. Después de buscar todos los estudios pertinentes, los revisores incluyeron ocho estudios con 1260 pacientes.

Características de los estudios

En las revisiones Cochrane solamente se incluyen ensayos controlados aleatorios (ECA). Los ECA son estudios en los que los participantes se asignan al azar a uno de dos grupos y cada uno recibe una intervención diferente (en este caso, ablación / resección del endometrio o histerectomía). Luego se comparan los dos grupos. Los ECA que compararon estas dos intervenciones se incluyeron en esta revisión si estudiaban pacientes con SMA que no estaban en la etapa de menopausia y que no presentaban cáncer ni precáncer de útero.

Resultados clave y conclusiones

La revisión de los estudios mostró que la ablación / resección del endometrio es una alternativa efectiva y posiblemente más barata a la histerectomía y con una recuperación más rápida, aunque a veces se necesita la repetición del tratamiento con cirugía adicional. La histerectomía se asocia con la resolución más definitiva de los síntomas, pero con tiempos quirúrgicos más largos y mayores posibilidades de complicaciones quirúrgicas. Generalmente, en ambas operaciones las pacientes informaron que la realización del procedimiento fue aceptable y que estaban satisfechas con la experiencia.

Debido a que la histerectomía laparoscópica es cada vez más utilizada, varias de las desventajas anteriormente descritas de los tipos tradicionales de histerectomía han mejorado y algunos resultados como la duración de la estancia hospitalaria, el tiempo para retornar al trabajo y para realizar las actividades normales se han vuelto más comparables a los de la ablación del endometrio. Sin embargo, la histerectomía laparoscópica se asocia con un tiempo quirúrgico más largo que otras formas de histerectomía y requiere pericia quirúrgica y un equipamiento más complejo.

Solamente tres de los ocho ensayos incluyeron histerectomía laparoscópica en la comparación. Se necesitarán más ensayos en esta área, ya que esta forma de histerectomía está cada vez más disponible.

Identificación de los efectos perjudiciales

Generalmente, ambos tratamientos quirúrgicos se consideran seguros y se informan bajas tasas de complicación. Sin embargo, la histerectomía se asocia con mayores tasas de infección y de necesidad de transfusión de sangre.

Calidad de la evidencia

Las pruebas informadas en esta revisión fueron ocasionalmente de calidad baja, lo que indica que probablemente los estudios de investigación adicionales cambien el resultado. Éste fue el caso de resultados como la percepción de la paciente del sangrado y la proporción de pacientes que necesitan cirugía adicional por SMA.