



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas (Revisión)

Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB

Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB.
Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease
(Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD003677.
DOI: [10.1002/14651858.CD003677.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub5).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas

Johanna WM Aarts¹, Theodoor E Nieboer¹, Neil Johnson², Emma Tavender³, Ray Garry⁴, Ben Willem J Mol⁵, Kirsten B Kluivers¹

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, Netherlands. ²Robinson Research Institute, University of Adelaide, Adelaide, Australia. ³Australian Satellite of the Cochrane EPOC Group, Department of Surgery, Monash University, Melbourne, Australia. ⁴Gynaecological Surgery, University of Teeside and South Cleveland Hospital, Middlesbrough, Guisborough, UK. ⁵The Robinson Institute, School of Paediatrics and Reproductive Health, The University of Adelaide, Adelaide, Australia

Contacto: Kirsten B Kluivers, Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud University Nijmegen Medical Center, Geert Grooteplein 10, Nijmegen, 6500HB, Netherlands. K.Kluivers@obgyn.umcn.nl.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 8, 2015.

Referencia: Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 8. Art. No.: CD003677. DOI: [10.1002/14651858.CD003677.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub5).

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los cuatro abordajes para la histerectomía en las enfermedades benignas son histerectomía abdominal (HA), histerectomía vaginal (HV), histerectomía laparoscópica (HL) e histerectomía robotizada (HR).

Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de diferentes abordajes quirúrgicos para la histerectomía en pacientes con enfermedades ginecológicas benignas.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos (desde su inicio hasta el 14 agosto 2014), utilizando la plataforma Ovid: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL); MEDLINE; EMBASE; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y PsycINFO. También se buscó en las listas de referencias relevantes. Se utilizaron términos indizados y de texto libre.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon los resultados clínicos entre un abordaje quirúrgico para la histerectomía y otro.

Obtención y análisis de los datos

Al menos dos autores de la revisión seleccionaron de forma independiente los ensayos, evaluaron el riesgo de sesgo y realizaron la extracción de datos. Los resultados primarios fueron retorno a las actividades normales, satisfacción, calidad de vida, lesión visceral intraoperatoria y complicaciones importantes a largo plazo (es decir, fístula, dolor pélvico-abdominal, disfunción urinaria, disfunción intestinal, afección del suelo pélvico y disfunción sexual).

Resultados principales

Se incluyeron 47 estudios con 5102 mujeres. Las pruebas para la mayoría de las comparaciones fueron de calidad baja o moderada. Las limitaciones principales fueron el informe deficiente y la falta de precisión.

Histerectomía vaginal (HV) versus histerectomía abdominal (HA) (nueve ECA, 762 mujeres)

El retorno a las actividades normales fue más corto en el grupo HV (diferencia de medias [DM] -9,5 días; intervalo de confianza [IC] del 95%: -12,6 a -6,4; tres ECA, 176 pacientes, $I^2 = 75\%$, pruebas de calidad moderada). No hubo pruebas de una diferencia entre los grupos en los otros resultados primarios.

Histerectomía laparoscópica (HL) versus HA (25 ECA, 2983 mujeres)

El retorno a las actividades normales fue más corto en el grupo de HL (DM -13,6 días; IC del 95%: -15,4 a -11,8; seis ECA, 520 pacientes, $I^2 = 71\%$, pruebas de calidad baja), pero hubo más lesiones urinarias en el grupo de HL (odds ratio [OR] 2,4; IC del 95%: 1,2 a 4,8; 13 ECA, 2140 pacientes, $I^2 = 0\%$, pruebas de baja calidad). No hubo pruebas de una diferencia entre los grupos en los otros resultados primarios.

HL versus HV (16 ECA, 1440 mujeres)

No hubo pruebas de una diferencia entre los grupos en cualquier resultado primario.

Histerectomía robotizada (HR) versus HL (dos ECA, 152 mujeres)

No hubo pruebas de una diferencia entre los grupos en cualquier resultado primario. Ninguno de los estudios informó las tasas de satisfacción ni de calidad de vida.

En general, el número de eventos adversos fue bajo en los estudios incluidos.

Conclusiones de los autores

Entre las pacientes a las que se les realizó histerectomía para las enfermedades benignas, la HV parece ser superior a la HL y la HA, ya que se asocia con un retorno más rápido a las actividades normales. Cuando sea técnicamente factible, se debe realizar la HV de preferencia a la HA debido a su recuperación más rápida y a la aparición de menos episodios febriles posoperatorios. Cuando no sea posible realizar la HV, la HL tiene algunas ventajas sobre la HA (que incluyen una recuperación más rápida y menos episodios febriles e infecciones de la herida o de la pared abdominal), pero estas se compensan con un tiempo quirúrgico más prolongado. No fue posible hallar ventajas de la HL sobre la HV; La HL tiene un tiempo quirúrgico más prolongado y la histerectomía total laparoscópica (HTL) provoca más lesiones urinarias. De las tres subcategorías de HL, hay más datos de ECA para la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y la HL que para la HTL. La histerectomía laparoscópica de incisión de acceso única y la HR se deben dejar de realizar o se deben evaluar de forma adicional ya que existe una falta de pruebas de cualquier efecto beneficioso sobre la HL convencional. En general, las pruebas de esta revisión se tienen que interpretar con cuidado ya que las tasas de eventos adversos fueron bajas debido al bajo poder estadístico de estas comparaciones. El abordaje quirúrgico para la histerectomía se debe analizar y decidir según los efectos beneficiosos y los riesgos relativos. Estos efectos beneficiosos y riesgos parecen depender de la pericia quirúrgica y pueden influir en la decisión. En conclusión, cuando la HV no es factible, la HL puede evitar la necesidad de HA, pero la HL se asocia con más lesiones urinarias. No existen pruebas de que la HR tenga efectos beneficiosos en esta población. Preferentemente, el abordaje quirúrgico para la histerectomía se debe decidir por la paciente en conjunto con su cirujano.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Abordaje quirúrgico de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas

Pregunta de la revisión

Los autores Cochrane evaluaron cuál es la cirugía más eficaz y segura para la histerectomía en las pacientes con enfermedad ginecológica benigna.

Antecedentes

La histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas, fundamentalmente hemorragia uterina anormal, prolapso o fibromas uterinos, es uno de los procedimientos ginecológicos más frecuentes (30% de las mujeres con 60 años de edad; 590 000 procedimientos anualmente en los EE.UU.). Se puede realizar mediante varios abordajes. La histerectomía abdominal implica la extracción del útero mediante una incisión en el abdomen inferior. La histerectomía vaginal implica la extracción del útero por la vagina, sin incisión abdominal. La histerectomía laparoscópica comprende una "cirugía no invasiva" con incisiones abdominales pequeñas. El útero se puede extraer por vía vaginal, o después de la morcelación (cortar en partes), a través de una de las incisiones pequeñas. Hay diversos tipos de histerectomía laparoscópica, según la extensión de la cirugía realizada por laparoscopia en comparación con la realizada por vía vaginal. Más recientemente, la histerectomía laparoscópica se ha realizado mediante robot. En la cirugía robótica, la operación es realizada por un autómata, mientras el cirujano (humano) guía al autómata desde una silla en un extremo del quirófano. Es importante informarse bien

Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas (Revisión)

acerca de los efectos beneficiosos y perjudiciales relativos de cada abordaje para elegir las alternativas mejor fundamentadas para cada paciente que necesita histerectomía para una enfermedad benigna.

Características de los estudios

Se analizaron 47 ensayos controlados aleatorios (ECA). Un ECA es un tipo de estudio en el que los pacientes estudiados se asignan al azar a uno u otro de los diferentes tratamientos que se investigan. Este tipo de estudio generalmente es la mejor manera de evaluar si un tratamiento es realmente efectivo, es decir, si realmente ayuda al paciente. Una revisión sistemática resume de forma metódica los ECA disponibles sobre un tema.

Participó un total de 5102 mujeres. Las comparaciones fueron histerectomía vaginal versus abdominal (nueve ensayos, 762 pacientes), histerectomía laparoscópica versus abdominal (25 ensayos, 2983 pacientes), histerectomía laparoscópica versus vaginal (16 ensayos, 1440 pacientes) e histerectomía laparoscópica versus robotizada (dos ensayos, 152 pacientes); además hubo estudios en los que se realizaron tres comparaciones (cuatro ensayos, 410 mujeres). También algunos de los estudios incluidos compararon diferentes tipos de histerectomías laparoscópicas, incluida con incisión de acceso única versus múltiples incisiones de acceso (tres ensayos, 203 pacientes), histerectomía total laparoscópica versus histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (un ensayo, 101 pacientes) e histerectomía minilaparoscópica versus laparoscópica convencional (un ensayo, 76 pacientes). Los resultados principales fueron retorno a las actividades normales, satisfacción, calidad de vida y complicaciones quirúrgicas.

Resultados clave

Se encontró que la histerectomía vaginal dio lugar a un retorno más rápido a las actividades normales que la histerectomía abdominal. No hubo pruebas de una diferencia entre ellas en otros resultados importantes.

La histerectomía laparoscópica también dio lugar a un retorno más rápido a las actividades normales que la histerectomía abdominal. Sin embargo, las histerectomías laparoscópicas tuvieron un mayor riesgo de daño a la vejiga o al uréter. No hubo pruebas de una diferencia entre la histerectomía laparoscópica y vaginal o entre la histerectomía laparoscópica y la robotizada en los resultados principales.

Se concluye que la histerectomía vaginal se debe realizar siempre que sea posible. Cuando la histerectomía vaginal no es posible, el abordaje laparoscópico y la histerectomía abdominal tienen pros y contras que se deben considerar en el proceso de toma de decisiones.

Las pruebas están actualizadas hasta agosto de 2014.

Calidad de la evidencia

Las pruebas para la mayoría de las comparaciones fueron de calidad baja o moderada. Las limitaciones principales fueron el informe deficiente de los métodos de estudio y los amplios intervalos de confianza respecto a la estimación del efecto.