



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Cirugía para mujeres con prolapso del compartimiento anterior (Revisión)

Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J

Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J.
Surgery for women with anterior compartment prolapse
(Cirugía para mujeres con prolapso del compartimiento anterior).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD004014.
DOI: [10.1002/14651858.CD004014.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004014.pub6).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Cirugía para mujeres con prolapso del compartimiento anterior

Christopher Maher¹, Benjamin Feiner², Kaven Baessler³, Corina Christmann-Schmid⁴, Nir Haya⁵, Julie Brown⁶

¹Royal Brisbane and Women's Hospital, Brisbane, Australia. ²Department of Urogynecology & Reconstructive Pelvic Surgery, Hillel Yaffe Medical Center, Technion University, Hadera, Israel. ³Urogynaecology Department, Pelvic Floor Centre Charite, Berlin, Germany. ⁴New Women's Clinic, Lucerne Cantonal Hospital, Lucerne, Switzerland. ⁵Department of Obstetrics and Gynaecology, Lady Davis Carmel Medical Center, and the Ruth and Bruce Rappaport School of Medicine, Technion-Israel Institute of Technology, Haifa, Israel. ⁶Liggins Institute, The University of Auckland, Auckland, New Zealand

Contacto: Christopher Maher, Royal Brisbane and Women's Hospital, University Queensland, Brisbane, Queensland, Australia. chrismaher@urogynaecology.com.au.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 11, 2017.

Referencia: Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse (Cirugía para mujeres con prolapso del compartimiento anterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD004014. DOI: [10.1002/14651858.CD004014.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004014.pub6).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Para minimizar la tasa de prolapso recurrente después de la reparación tradicional con tejido nativo (colporrafia anterior), los médicos han utilizado diversas técnicas quirúrgicas.

Objetivos

Determinar la seguridad y efectividad de la cirugía para el prolapso del compartimiento anterior.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Incontinencia (Cochrane Incontinence Group) incluido el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL), MEDLINE, MEDLINE in process (23 de agosto de 2016), y se hicieron búsquedas manuales en revistas y actas de congresos (15 de febrero de 2016) y se buscó en los registros de ensayos (1 de agosto de 2016).

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) que examinaron las intervenciones quirúrgicas para el prolapso del compartimiento anterior.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente seleccionaron los ensayos, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos. Los resultados primarios fueron la conciencia del prolapso, la repetición de la cirugía y el prolapso recurrente al examen.

Resultados principales

Se incluyeron 33 ensayos (3332 mujeres). La calidad de la evidencia varió de muy baja a moderada. Las principales limitaciones fueron el riesgo de sesgo y la imprecisión. Se resumen los resultados para las comparaciones principales.

Tejido nativo versus injerto biológico

Conciencia del prolapso: La evidencia indicó poca o ninguna diferencia entre los grupos (riesgo relativo [RR] 0,98; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,52 a 1,82; cinco ECA; 552 mujeres; $I^2= 39\%$; evidencia de calidad baja), lo que indica que si el 12% de las mujeres tenían conciencia del prolapso después del injerto biológico, del 7% al 23% lo tendrían después de la reparación con tejido nativo.

Cirugía repetida para el prolapso: Los resultados no mostraron diferencias probables entre los grupos (RR 1,02; IC del 95%: 0,53 a 1,97; siete ECA; 650 mujeres; $I^2= 0\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si el 4% de las mujeres necesitaron de repetición de la cirugía después del injerto biológico, del 2% al 9% la necesitarían después de la reparación con tejido nativo.

Prolapso recurrente del compartimiento anterior: La reparación del tejido nativo probablemente aumentó el riesgo de recurrencia (RR 1,32; IC del 95%: 1,06 a 1,65; ocho ECA; 701 mujeres; $I^2 = 26\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si el 26% de las mujeres presentaban prolapso recurrente después del injerto biológico, entre el 27% y el 42% tendrían una recurrencia después de la reparación con tejido nativo.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Los resultados no mostraron diferencias probables entre los grupos (RR 1,44; IC del 95%: 0,79 a 2,64; dos ECA; 218 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad moderada).

Dispareunia: La evidencia indicó poca o ninguna diferencia entre los grupos (RR 0,87; IC del 95%: 0,39 a 1,93; dos ECA; 151 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja).

Tejido nativo versus malla de polipropileno

Conciencia del prolapso: Probablemente fue más probable después de la reparación con tejido nativo (RR 1,77; IC del 95%: 1,37 a 2,28; nueve ECA; 1133 mujeres; $I^2= 0\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si el 13% de las mujeres eran conscientes del prolapso después de la reparación con malla, entre el 18% y el 30% serían conscientes del prolapso después de la reparación con tejido nativo.

Cirugía repetida para el prolapso: Probablemente fue más probable después de la reparación con tejido nativo (RR 2,03; IC del 95%: 1,15 a 3,58; 12 ECA; 1629 mujeres; $I^2= 39\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si el 2% de las mujeres necesitaron cirugía repetida después de la reparación con malla, entre el 2% y el 7% la necesitarían después de la reparación con tejido nativo.

Prolapso recurrente del compartimiento anterior: Probablemente fue más probable después de la reparación con tejido nativo (RR 3,01; IC del 95%: 2,52 a 3,60; 16 ECA; 1976 mujeres; $I^2= 39\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si ocurrió un prolapso recurrente en el 13% de las mujeres después de la reparación con malla, entre el 32% y el 45% tendrían una recurrencia del prolapso después de la reparación con tejido nativo.

Cirugía repetida para el prolapso, incontinencia urinaria de esfuerzo o exposición de la malla (resultado compuesto): Puede haber sido más probable después de la reparación con tejido nativo (RR 0,59; IC del 95%: 0,41 a 0,83; 12 ECA; 1527 mujeres; $I^2= 45\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si el 10% de las mujeres necesitaron cirugía repetida después de la reparación con malla de polipropileno, entre el 4% y el 8% la necesitarían después de la reparación con tejido nativo.

IUE de novo: La evidencia indicó poca o ninguna diferencia entre los grupos (RR 0,67; IC del 95%: 0,44 a 1,01; seis ECA; 957 mujeres; $I^2 = 26\%$; evidencia de calidad baja). Ninguna evidencia indicó una diferencia en las tasas de cirugía repetida para la IUE.

Dispareunia (de novo): La evidencia indicó poca o ninguna diferencia entre los grupos (RR 0,54; IC del 95%: 0,27 a 1,06; ocho ECA; 583 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja).

Tejido nativo versus malla absorbible

Conciencia del prolapso: No está claro si los resultados mostraron diferencias entre los grupos (RR 0,95; IC del 95%: 0,70 a 1,31; un ECA; n = 54; evidencia de calidad muy baja),

Cirugía repetida para el prolapso: No está claro si los resultados mostraron diferencias entre los grupos (RR 2,13; IC del 95%: 0,42 a 10,82; un ECA; n = 66; evidencia de calidad baja).

Prolapso recurrente del compartimiento anterior: Puede haber sido más probable después de la reparación con tejido nativo (RR 1,50; IC del 95%: 1,09 a 2,06; tres ECA; n = 268; $I^2= 0\%$; evidencia de calidad moderada), lo que indica que si el 27% de las mujeres tuvieron un prolapso recurrente después de la reparación con malla, entre el 29% y el 55% tendrían un prolapso recurrente después de la reparación con tejido nativo.

IUE: No está claro si los resultados mostraron diferencias entre los grupos (RR 0,72; IC del 95%: 0,50 a 1,05; un ECA; n = 49; evidencia de calidad baja).

Dispareunia: No se informaron datos.

Conclusiones de los autores

La reparación biológica del injerto o la malla absorbible proporciona una ventaja mínima en comparación con la reparación con tejido nativo.

La reparación con tejido nativo se asoció con una mayor conciencia del prolapso y un mayor riesgo de repetición de la cirugía para el prolapso y de recurrencia del prolapso del compartimento anterior, en comparación con la reparación con malla de polipropileno. Sin embargo, la reparación del tejido nativo se asoció con un menor riesgo de IUE de novo, menos lesiones vesicales y menores tasas de cirugía repetida para el prolapso, incontinencia urinaria de esfuerzo y exposición a la malla (resultado compuesto).

La evidencia actual no apoya el uso de la reparación con malla en comparación con la reparación con tejido nativo para el prolapso del compartimento anterior debido al aumento de la morbilidad.

Muchas mallas transvaginales de polipropileno se han retirado voluntariamente del mercado, y las mallas transvaginales ligeras más modernas que están disponibles no se han evaluado en ECA. Los médicos y las mujeres deben ser cautelosos al utilizar estos productos, ya que no se ha establecido su seguridad y eficacia.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en las mujeres

Pregunta de la revisión

Determinar la seguridad y efectividad de la cirugía para el prolapso de la pared vaginal anterior.

Antecedentes

El prolapso de los órganos pélvicos ocurre en hasta el 50% de las mujeres que han tenido un parto. Puede suceder en diferentes sitios dentro de la vagina; el prolapso del compartimento anterior es más difícil de reparar y las tasas de recurrencia son más altas que en otros sitios vaginales. Este desafío ha dado lugar al uso de una variedad de técnicas quirúrgicas e injertos para mejorar los resultados de la cirugía para el prolapso del compartimento anterior. El objetivo fue evaluar las intervenciones quirúrgicas para el prolapso del compartimento anterior.

Características de los estudios

Los autores de la revisión incluyeron 33 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaron 3332 cirugías para comparar la reparación anterior con tejido nativo tradicional versus injertos biológicos (ocho ensayos), malla absorbible (tres ensayos), malla permanente (polipropileno) (16 ensayos) y reparación paravaginal abdominal (dos ensayos). Cuatro ensayos compararon un injerto transvaginal versus otro injerto transvaginal, y cuatro ensayos evaluaron la reparación con tejido nativo de los compartimentos anteriores o posteriores de la vagina versus la reparación con injerto. La evidencia está actualizada hasta el 23 de agosto de 2016.

Resultados clave

La reparación biológica del injerto o la malla absorbible proporciona una ventaja mínima en comparación con la reparación con tejido nativo. Los resultados no mostraron evidencia de diferencias entre el injerto biológico y la reparación con tejido nativo en las tasas de conciencia de prolapso o de repetición de la cirugía para el prolapso. Sin embargo, la tasa de prolapso anterior recurrente fue mayor después de la reparación con tejido nativo en comparación con cualquier injerto biológico. Lo anterior indica si la conciencia del prolapso después del injerto biológico ocurre en el 12% de las mujeres, entre el 7% y el 23% tendría conciencia del prolapso después de la reparación con tejido nativo.

La malla permanente dio lugar a tasas más bajas de conciencia del prolapso, prolapso recurrente de la pared anterior y cirugía repetida para el prolapso en comparación con la reparación con tejido nativo. Sin embargo, la reparación con tejido nativo se asoció con una reducción del riesgo de nueva incontinencia urinaria de esfuerzo. Otros efectos beneficiosos de la reparación con tejido nativo incluyeron la reducción de las lesiones vesicales y la reducción de las tasas de repetición de la cirugía para el prolapso, la incontinencia urinaria de esfuerzo y la exposición de la malla (como un resultado combinado).

Calidad de la evidencia

En general la calidad de los datos relacionados con la reparación anterior con tejido nativo tradicional en comparación con los injertos biológicos y la malla permanente es baja a moderada. Las principales limitaciones fueron el informe incompleto de los métodos de los estudios, incluido el ocultamiento de la asignación y el sesgo y la imprecisión en los resultados de los datos. Probablemente los datos relacionados con la eficacia de la malla absorbible son incompletos.