



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Embolización de la arteria uterina para los fibromas uterinos sintomáticos (Revisión)

Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M

Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M.
Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids
(Embolización de la arteria uterina para los fibromas uterinos sintomáticos).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD005073.
DOI: [10.1002/14651858.CD005073.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005073.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Embolización de la arteria uterina para los fibromas uterinos sintomáticos

Janesh K Gupta¹, Anju Sinha², M A Lumsden³, Martha Hickey⁴

¹Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Birmingham, Birmingham, UK. ²Obstetrics & Gynaecology, University Hospital of Wales, Cardiff, UK. ³Developmental Medicine, Reproductive & Maternal Medicine, University of Glasgow, Glasgow, UK. ⁴The University of Melbourne, The Royal Women's Hospital, Melbourne, Australia

Dirección de contacto: Janesh K Gupta, Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Birmingham, Birmingham Women's Hospital, Edgbaston, Birmingham, B15 2TG, UK. j.k.gupta@bham.ac.uk.

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 12, 2014.

Referencia: Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids (Embolización de la arteria uterina para los fibromas uterinos sintomáticos). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD005073. DOI: [10.1002/14651858.CD005073.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005073.pub4).

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los fibromas uterinos causan metrorragia prolongada, dolor, síntomas de presión y subfertilidad. El método tradicional de tratamiento ha sido la cirugía, ya que los tratamientos médicos no han demostrado ser efectivos. Se ha informado que la embolización de las arterias uterinas es una alternativa efectiva y segura para tratar los fibromas en las mujeres que no desean fertilidad en el futuro. Existe un importante conjunto de evidencia que se basa en estudios de casos controlados e informes de casos. Ésta es una actualización de una revisión publicada previamente en 2012.

Objetivos

Revisar los efectos beneficiosos y perjudiciales de la embolización de la arteria uterina (EAU) versus otras intervenciones médicas o quirúrgicas para los fibromas uterinos sintomáticos.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en fuentes como el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Trastornos Menstruales y Subfertilidad (Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group), el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE, EMBASE y los registros de ensayos. La búsqueda se realizó por última vez en abril 2014. Se estableció contacto con los autores de los ensayos controlados aleatorizados elegibles para solicitar datos no publicados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) de EAU versus cualquier tratamiento médico o quirúrgico para los fibromas uterinos sintomáticos. Los resultados principales de la revisión fueron la satisfacción de las pacientes y la tasa de nacidos vivos (entre las mujeres que buscaban un nacido vivo).

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión (AS y JKG) de forma independiente seleccionaron los estudios, evaluaron la calidad y extrajeron los datos. La calidad de la evidencia se evaluó mediante los criterios GRADE.

Resultados principales

En esta revisión se incluyeron siete ECA con 793 mujeres. Tres ensayos compararon la EAU con la histerectomía abdominal, dos ensayos compararon la EAU con la miomectomía y dos ensayos compararon la EAU con cualquiera de los dos tipos de cirugía (53 histerectomías y 62 miomectomías).

Con respecto a las tasas de satisfacción de las pacientes, los hallazgos fueron consistentes con que las tasas de satisfacción fueron hasta 41% más bajas o hasta 48% más altas con la EAU, en comparación con la cirugía, dentro de los 24 meses de haberse realizado el procedimiento (odds ratio [OR] 0,94; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,59 a 1,48; seis ensayos, 640 mujeres; $I^2 = 5\%$, evidencia de calidad moderada). Los hallazgos tampoco fueron concluyentes a los cinco años de seguimiento (OR 0,90; IC del 95%: 0,45 a 1,80; dos ensayos, 295 mujeres; $I^2 = 0\%$, evidencia de calidad moderada). Hubo algunos indicios de que la EAU se puede asociar con resultados de fertilidad menos favorables que la miomectomía, pero se trató de evidencia de calidad muy baja procedente de un subgrupo de un único estudio y se debe considerar con extrema cautela (nacidos vivos: OR 0,26; IC del 95%: 0,08 a 0,84; embarazo: OR 0,29; IC del 95%: 0,10 a 0,85; un estudio, 66 mujeres).

De manera similar, en varios resultados de seguridad los hallazgos mostraron evidencia de un riesgo sustancialmente mayor de eventos adversos en cualquiera de los brazos, o de ninguna diferencia entre los grupos. Lo anterior se aplicó a las complicaciones intraprocedimiento (OR 0,91; IC del 95%: 0,42 a 1,97; cuatro ensayos, 452 mujeres, $I^2 = 40\%$, evidencia de calidad baja), las complicaciones graves dentro del año (OR 0,65; IC del 95%: 0,33 a 1,26; cinco ensayos, 611 mujeres; $I^2 = 4\%$, evidencia de calidad moderada) y las complicaciones graves dentro de los cinco años (OR 0,56; IC 0,27 a 1,18; dos ensayos, 268 mujeres). Sin embargo, la tasa de complicaciones menores en el plazo de un año fue mayor en el grupo de EAU (OR 1,99; IC: 1,41 a 2,81; seis ensayos, 735 mujeres, $I^2 = 0\%$, evidencia de calidad moderada) y dos ensayos encontraron una tasa de complicaciones menores mayor en el grupo de EAU hasta los cinco años (OR 2,93; IC: 1,73 a 4,93; dos ensayos, 268 mujeres).

La EAU se asoció con una tasa mayor de nuevas intervenciones quirúrgicas (reintervenciones dentro de los dos años: OR 3,72; IC del 95%: 2,28 a 6,04; seis ensayos, 732 mujeres; $I^2 = 45\%$, evidencia de calidad moderada; dentro de los 5 años: OR 5,79; IC del 95%: 2,65 a 12,65; dos ensayos, 289 mujeres; $I^2 = 65\%$). Si se supone que el 7% de las mujeres requerirán una cirugía adicional en los dos años siguientes a la histerectomía o la miomectomía, entre el 15% y el 32% requerirán una cirugía adicional en los dos años siguientes a la EAU.

La evidencia indicó que las mujeres del grupo de EAU tuvieron menos probabilidades de requerir una transfusión de sangre que las mujeres sometidas a cirugía (OR 0,07; IC del 95%: 0,01 a 0,52; dos ensayos, 277 mujeres; $I^2 = 0\%$). La EAU también se asoció con un tiempo más corto del procedimiento (dos estudios), una duración más corta de la estancia hospitalaria (siete estudios) y una reanudación más rápida de las actividades habituales (seis estudios) en todos los estudios que midieron estos resultados; sin embargo, la mayoría de estos datos no se pudieron agrupar debido a la heterogeneidad entre los estudios.

La calidad de la evidencia varió y fue muy baja para los nacidos vivos, moderada para los índices de satisfacción y moderada para la mayoría de los resultados de seguridad. Las principales limitaciones de la evidencia fueron la imprecisión grave debido a los amplios intervalos de confianza, el hecho de que no se informaran claramente los métodos y la falta de cegamiento de los resultados subjetivos.

Conclusiones de los autores

Cuando se compararon las tasas de satisfacción de las pacientes hasta dos años después de la EAU versus la cirugía (miomectomía o histerectomía), se encontró que no hay evidencia de diferencias entre las intervenciones. Los hallazgos a los cinco años de seguimiento tampoco fueron concluyentes. Hubo evidencia de calidad muy baja que indicó que la miomectomía se podía asociar con mejores resultados de fertilidad que la EAU, pero esta información solo estuvo disponible en un subgrupo seleccionado en un pequeño ensayo.

No se encontró evidencia clara de una diferencia entre la EAU y la cirugía en cuanto al riesgo de complicaciones mayores, pero la EAU se asoció con una tasa más alta de complicaciones menores y una mayor probabilidad de requerir una intervención quirúrgica dentro de los dos a cinco años del procedimiento inicial. Si se supone que el 7% de las mujeres requerirá una cirugía adicional dentro de los dos años de la histerectomía o la miomectomía, entre el 15% y el 32% requerirá una cirugía adicional dentro de los dos años de la EAU. Este aumento de la tasa de reintervención quirúrgica puede equilibrar cualquier ventaja inicial del coste de la EAU. Por lo tanto, aunque la EAU es una alternativa segura y mínimamente invasiva a la cirugía, la selección y el asesoramiento de las pacientes son primordiales debido al riesgo mucho mayor de que se requiera una nueva intervención quirúrgica.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Embolización de la arteria uterina para los fibromas uterinos sintomáticos

Pregunta de la revisión

¿La embolización de las arterias uterinas es una alternativa segura y efectiva de tratamiento para las mujeres con fibromas sintomáticos?

Antecedentes

Los fibromas uterinos (tumores benignos) pueden causar síntomas variados como sangrado intenso, dolor y disminución de la probabilidad de embarazo. La cirugía (histerectomía o miomectomía) ha sido tradicionalmente la principal opción de tratamiento, pero conlleva riesgo de complicaciones. La embolización de las arterias uterinas (EAU) es una opción de tratamiento más reciente que bloquea el suministro de sangre al útero y, por lo tanto, disminuye el tamaño de los fibromas y reduce sus efectos. La evidencia se actualizó hasta abril 2014.

Características de los estudios

Se incluyeron siete estudios en la revisión (793 participantes). Tres de ellos compararon la EAU con la histerectomía, dos estudios compararon la EAU con la miomectomía, y otros dos con la histerectomía o la miomectomía. Los estudios difirieron en cuanto a sus resultados y en la duración del seguimiento.

Resultados clave

Con respecto a los índices de satisfacción de las pacientes, los hallazgos fueron consistentes con los índices de satisfacción, que fueron hasta 41% más bajos o hasta 48% más altos con la EAU, en comparación con la cirugía, dentro de los 24 meses de haberse realizado el procedimiento. Los hallazgos sobre las tasas de satisfacción tampoco fueron concluyentes a los cinco años de seguimiento.

Hubo evidencia de calidad muy baja que indicó que los resultados de la fertilidad (nacidos vivos y embarazos) pueden ser mejores después de la miomectomía que después de la EAU, pero esta evidencia se basó en un pequeño subgrupo seleccionado y se debe considerar con extrema cautela. El grupo de EAU tuvo una estancia hospitalaria más corta y un retorno más rápido a las actividades diarias. En cuanto a la seguridad, la evidencia sobre las principales complicaciones no fue concluyente y fue consistente con un efecto beneficioso o perjudicial, o ninguna diferencia, de cualquiera de las intervenciones. Sin embargo, el riesgo de complicaciones menores fue mayor después de la EAU. Además, hubo una mayor probabilidad de necesitar otra intervención quirúrgica después de la EAU, a los dos años y a los cinco años de seguimiento. Si se supone que el 7% de las mujeres requerirán una cirugía adicional en los dos años siguientes a la histerectomía o la miomectomía, entre el 15% y el 32% requerirán una cirugía adicional en los dos años siguientes a la EAU. Por lo tanto, parece que, si bien la EAU es una opción segura con una recuperación inicial más temprana, conlleva un mayor riesgo de complicaciones menores y la necesidad de una nueva cirugía más adelante.

Calidad de la evidencia:

La calidad de la evidencia varió desde muy baja para los nacidos vivos hasta moderada para los índices de satisfacción y para la mayoría de los resultados de seguridad. Las principales limitaciones de la evidencia fueron la imprecisión grave, la falta de informe claro de los métodos y la falta de cegamiento de los resultados subjetivos.