



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Maduración preoperatoria del cuello uterino antes de la histeroscopia quirúrgica (Revisión)

Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T

Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T.
Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy
(Maduración preoperatoria del cuello uterino antes de la histeroscopia quirúrgica).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD005998.
DOI: [10.1002/14651858.CD005998.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005998.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Maduración preoperatoria del cuello uterino antes de la histeroscopia quirúrgica

Haya Al-Fozan¹, Belal Firwana², Hanan Al Kadri³, Samar Hassan⁴, Togas Tulandi⁵

¹Obstetrics & Gynaecology/IVF and Reproductive Endoscopic surgery, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, College of Medicine, King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia. ²Department of Medicine, University of Missouri, Columbia, MO, USA. ³Obstetrics & Gynaecology, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences College of Medicine King Abdulaziz Medical City Riyadh, Riyadh, Saudi Arabia. ⁴Obstetrics and Gynecology, King Abdulaziz Medical City, National Guard Hospital, Riyadh, Saudi Arabia. ⁵Obstetrics and Gynecology, McGill University, Montreal, Canada

Contacto: Haya Al-Fozan, Obstetrics & Gynaecology/IVF and Reproductive Endoscopic surgery, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, College of Medicine, King Abdulaziz Medical City, Mail Code 1240, PO Box 22490, Riyadh, 11426 KSA, Saudi Arabia. hafozan@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 4, 2015.

Referencia: Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T. Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy (Maduración preoperatoria del cuello uterino antes de la histeroscopia quirúrgica). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD005998. DOI: [10.1002/14651858.CD005998.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005998.pub2).

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

RESUMEN

Antecedentes

La histeroscopia es una cirugía en la cual el ginecólogo examina la cavidad uterina mediante un instrumento telescópico pequeño (histeroscopio) que se inserta a través de la vagina y el cuello uterino. Casi el 50% de las complicaciones histeroscópicas están relacionadas con dificultades al entrar a través del cuello uterino. Las complicaciones potenciales incluyen desgarros del cuello uterino, creación de un pasaje falso, perforación, hemorragia o sencillamente dificultades para entrar a través del orificio cervical interno (entre el cuello uterino y el útero) con el histeroscopio. Estas complicaciones posiblemente pueden reducirse con una preparación suficiente del cuello uterino (maduración cervical) antes de la histeroscopia. Los agentes de maduración cervical incluyen prostaglandina oral o vaginal, que puede ser sintética (p.ej. misoprostol) o natural (p.ej. dinoprostona) y dilatadores osmóticos vaginales, que pueden tener un origen natural (p.ej. laminaria) o pueden ser sintéticos.

Objetivos

Determinar si la preparación cervical preoperatoria facilita la dilatación cervical y reduce las complicaciones de la histeroscopia quirúrgica en pacientes a las que se les realiza el procedimiento por cualquier afección.

Métodos de búsqueda

En agosto 2014, se buscó en fuentes que incluían el registro especializado del Grupo Cochrane de Trastornos Menstruales y Subfertilidad (Menstrual Disorders and Subfertility Group, MDSG), Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, ClinicalTrials.gov y en listas de referencias de artículos relevantes. Se realizaron búsquedas de estudios publicados y no publicados en cualquier idioma.

Criterios de selección

Dos revisores seleccionaron de forma independiente los ensayos controlados aleatorios (ECA) de agentes de maduración cervical utilizados antes de la histeroscopia quirúrgica en pacientes pre y posmenopáusicas. Los agentes de maduración cervical podían compararse entre sí, con placebo o con ningún tratamiento.

Obtención y análisis de los datos

La extracción de datos y la evaluación de la calidad fueron realizadas de forma independiente por dos autores de la revisión. Los resultados primarios de la revisión fueron la efectividad de la dilatación cervical (definida como la proporción de pacientes que requirió dilatación cervical mecánica) y las complicaciones intraoperatorias. Los resultados secundarios fueron el tiempo medio necesario para dilatar el cuello uterino, el dolor preoperatorio, la amplitud cervical, el abandono del procedimiento, los efectos secundarios de los agentes de dilatación y la duración de la cirugía. Se calcularon los odds ratios (OR) para los resultados dicotómicos y las diferencias de medias (DM) para los resultados continuos, con intervalos de confianza (IC) del 95%. Cuando fue adecuado, los datos se agruparon estadísticamente. La heterogeneidad se evaluó mediante la estadística I^2 . La calidad general de las pruebas se evaluó mediante los métodos GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron 19 ECA con un total de 1870 participantes. Compararon misoprostol con ningún tratamiento o placebo, dinoprostona o dilatadores osmóticos.

El misoprostol fue más efectivo para la dilatación cervical que placebo o ninguna intervención, y hubo menos pacientes que requirieron dilatación mecánica (OR 0,08; IC del 95%: 0,04 a 0,16; cinco ECA, 441 participantes, $I^2 = 0\%$, pruebas de calidad moderada). Lo anterior indica que en una población en la que el 80% de las pacientes a las que se les realiza histeroscopia requiere dilatación mecánica sin el uso de agentes de maduración preoperatorios, la administración de misoprostol reducirá la necesidad de dilatación mecánica entre el 14% y el 39%. El misoprostol se asoció con menos complicaciones intraoperatorias (OR 0,37; IC del 95%: 0,18 a 0,77; 12 ECA, 901 participantes, $I^2 = 0\%$, pruebas de calidad moderada). Estos datos indican que en una población en la que el 3% de las pacientes a las que se les realiza histeroscopia presentan complicaciones intraoperatorias sin el uso de agentes de maduración preoperatoria, la administración de misoprostol reducirá el riesgo de complicaciones al 2% o menos.

Al considerar complicaciones específicas, el grupo de misoprostol presentó una tasa inferior de laceración o desgarros cervicales (OR 0,25; IC del 95%: 0,11 a 0,57; nueve ECA, 669 pacientes, $I^2 = 0\%$, pruebas de calidad moderada) o la formación de falsas vías (OR 0,34; IC del 95%: 0,12 a 0,97; siete ECA, 560 participantes, $I^2 = 0\%$, pruebas de calidad moderada). No hubo pruebas de diferencias entre los grupos en las tasas de perforación uterina (0,42; IC del 95%: 0,13 a 1,38; siete ECA, 455 participantes, $I^2 = 0\%$, pruebas de baja calidad) o hemorragia uterina (OR 0,51; IC del 95%: 0,10 a 2,49; cuatro ECA, 340 participantes, $I^2 = 0\%$, pruebas de baja calidad). Algunos efectos secundarios del tratamiento (dolor abdominal leve, hemorragia vaginal y aumento de la temperatura corporal) fueron más frecuentes en el grupo de misoprostol.

En comparación con dinoprostona, el misoprostol se asoció con una dilatación cervical más efectiva, con menos pacientes que requirieron dilatación mecánica (OR 0,58; IC del 95%: 0,34 a 0,98; un ECA, 310 participantes, pruebas de baja calidad) y con menos complicaciones intraoperatorias (OR 0,32; IC del 95%: 0,12 a 0,83; un ECA, 310 participantes, pruebas de baja calidad). Sin embargo, los efectos secundarios del tratamiento fueron más frecuentes en el brazo de misoprostol.

En comparación con la dilatación osmótica (laminaria) el misoprostol se asoció con una dilatación cervical menos efectiva, y hubo más pacientes del grupo de misoprostol que requirieron dilatación mecánica (OR 5,96; IC del 95%: 2,61 a 13,59; un ECA, 110 participantes, pruebas de baja calidad). No hubo pruebas de una diferencia entre el misoprostol y los dilatadores osmóticos en las tasas de complicaciones intraoperatorias (OR 5,14; IC del 95%: 0,24 a 109,01; tres ECA, 354 participantes, pruebas de baja calidad), y solamente se informaron dos eventos en total.

La calidad general de las pruebas varió desde baja a moderada. Las limitaciones principales de las pruebas fueron la falta de precisión y el informe deficiente de los métodos de estudio.

Conclusiones de los autores

Hay pruebas de calidad moderada de que la administración de misoprostol para la maduración preoperatoria del cuello uterino antes de la histeroscopia quirúrgica es más efectiva que placebo o ningún tratamiento y se asocia con menos complicaciones intraoperatorias como laceraciones y falsas vías. Sin embargo, el misoprostol se asocia con más efectos secundarios, que incluyen dolor preoperatorio y hemorragia vaginal. Hay pruebas de muy baja calidad que indican que el misoprostol provoca menos complicaciones intraoperatorias y es más efectivo que la dinoprostona.

También hay pruebas de baja calidad que indican que la laminaria puede ser más efectiva que el misoprostol, con efectos inciertos para las tasas de complicación. Sin embargo, los posibles efectos beneficiosos de la laminaria se deben comparar con la incomodidad de su inserción y retención durante uno a dos días.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Preparación del cuello uterino con diferentes agentes de maduración antes de la histeroscopia operatoria

Pregunta de la revisión

¿Los agentes de maduración cervical son efectivos para dilatar el cuello uterino antes de la histeroscopia quirúrgica y reducen el riesgo de complicaciones durante la cirugía?

Antecedentes

La histeroscopia es una cirugía en la cual el ginecólogo examina la cavidad uterina mediante un telescopio pequeño (histeroscopia) que se inserta a través de la vagina y el cuello uterino. Las complicaciones potenciales de la histeroscopia incluyen desgarros del cuello uterino, formación de una falsa vía y perforación uterina. Los agentes de maduración cervical se utilizan con la intención de lograr que el histeroscopia pueda introducirse con mayor facilidad a través del cuello uterino y reducir el riesgo de complicaciones. Los agentes de maduración incluyen diferentes tipos de prostaglandinas (por ejemplo, misoprostol y dinoprostona) que se administran por vía oral o vaginal. También se utilizan agentes osmóticos que se administran por vía vaginal. Un agente osmótico es la laminaria, un producto basado en algas marinas. Los revisores Cochrane evaluaron las pruebas acerca de diferentes agentes de maduración. Las pruebas están actualizadas hasta agosto 2014.

Características de los estudios

Se incluyeron 19 ensayos controlados aleatorios (1870 participantes) de pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas a las que se les realizó una cirugía histeroscópica por diversas afecciones. Compararon misoprostol con placebo o ningún tratamiento, dinoprostona y agentes osmóticos.

Resultados clave

Hay pruebas de calidad moderada de que el misoprostol es más seguro y más efectivo para la maduración cervical que placebo o ningún tratamiento, y que se asocia con menos complicaciones durante la cirugía, con tasas inferiores de laceraciones y falsas vías. Sin embargo, el misoprostol se asocia con más efectos secundarios como dolor preoperatorio y hemorragia vaginal.

Hay pruebas de baja calidad de que el misoprostol puede ser más seguro y más efectivo que la dinoprostona y que puede asociarse con menos complicaciones durante la cirugía. También hay pruebas de muy baja calidad de que la laminaria puede ser más efectiva que el misoprostol. Sin embargo, los posibles efectos beneficiosos de la laminaria se deben comparar con la incomodidad de su inserción y retención durante uno a dos días.

Calidad de la evidencia

La calidad de las pruebas varió de baja a moderada. Las limitaciones principales de las pruebas fueron la falta de precisión y el informe deficiente de los métodos de estudio. Las pruebas están actualizadas hasta agosto 2014.