

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Surgical management of symptomatic apical pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis

Larouche M, Belzile E, Geoffrion R. *Obstet Gynecol.* 2021; 137(6): 1061-1073 [DOI: 10.1097/AOG.0000000000004393].

El objetivo de esta publicación fue revisar sistemáticamente el éxito objetivo y subjetivo y las complicaciones de las técnicas de suspensión apical para el prolapso uterino o de cúpula vaginal. La revisión comprende los estudios publicados entre 2002 y 2019, e incluyó tanto ensayos controlados aleatorizados (ECA) como estudios comparativos de intervenciones para la reconstrucción apical, ya sea vía vaginal o abdominal (abierta, laparoscópica o robótica), con o sin histerectomía. Se excluyeron las reparaciones con malla transvaginal, los productos fuera del mercado, los procedimientos sin suspensión apical y un seguimiento menor de 6 meses. En total se revisaron 62 artículos (22 792 mujeres) y 50 estudios formaron parte del metaanálisis. La mediana de tiempo de seguimiento se situó entre 1 y 5 años. Se constató una gran heterogeneidad en la calidad de los estudios, las técnicas utilizadas y los resultados informados.

Las pacientes intervenidas por vía vaginal mostraron un mayor riesgo de recurrencia anatómica, tanto del compartimento apical como de los demás compartimentos, en comparación con la sacrocolpopexia. La sacrocolpopexia laparoscópica o robótica mostró una menor recurrencia anatómica, especialmente en el compartimento posterior, en comparación con la sacrocolpopexia abierta. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la tasa de éxito anatómico entre las distintas técnicas de suspensión apical por vía vaginal. No obstante, sí se observaron diferencias en el tipo de complicaciones: la lesión del uréter fue 2 veces más frecuente tras la suspensión al ligamento uterosacro, y el dolor en los glúteos fue más frecuente tras la fijación al sacroespinoso, aunque el riesgo relativo (RR) no fue significativo. Cuando se comparó la histerectomía y suspensión apical con la histeropexia, la tasa de éxito anatómico apical fue igual. Se observó también una tendencia no signifi-

cativa hacia una menor tasa de reoperación por recurrencia del POP después de la histerectomía con suspensión apical. La recurrencia del síntoma de POP y la necesidad de reintervención para tratar un nuevo POP fueron similares en la mayoría de los procedimientos. En comparación con la última revisión Cochrane (Maher et al., 2016) que incluía solo ECA, los resultados de esta revisión presentan algunas diferencias que cabe señalar. Maher et al. encontraron a partir del análisis de 3 ECA (n= 277) un mayor riesgo de fracaso subjetivo después de la suspensión vaginal en comparación con la sacrocolpopexia, mientras que en esta revisión, tras el análisis de 7 estudios (n= 1096), no se encontró ninguna diferencia. En la revisión de la Cochrane de 2016 a través del análisis de 4 ECA (n= 383) se apreció un mayor riesgo de reintervención por recurrencia de POP después de procedimientos vaginales, mientras el metaanálisis actual, basado en 13 estudios (n= 4739), no mostró diferencias en la incidencia de reintervención. Los autores señalan que la metarregresión y el análisis aislado de datos de los ECA revelaron que el diseño del estudio no influyó en estos resultados.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

Supone una actualización de la evidencia que aportan los estudios comparativos sobre el tratamiento quirúrgico del prolapso apical en los últimos 20 años, un tema de gran controversia. El diseño riguroso y la revisión de gran cantidad de estudios comparativos permiten poder informar a las pacientes con una evidencia sólida sobre las ventajas e inconvenientes de las distintas vías de abordaje de la cirugía para el tratamiento del POP apical. A partir de sus resultados, los autores de esta revisión concluyen diciendo literalmente: «Aunque el riesgo de recurrencia del POP objetivo general y apical fue casi el doble después de la suspensión vaginal que después de la sacrocolpopexia, no obstante una proporción similar de pacientes experimentó síntomas recurrentes de POP o requirió una reintervención en 1-5 años».

How common are complications following polypropylene mesh, biological xenograft and native tissue surgery for pelvic organ prolapse? A secondary analysis from the PROSPECT trial

Reid FM, Elders A, Breeman S, Freeman RM; PROSPECT Study Group. BJOG. 2021; 128(13): 2180-2189 [DOI: 10.1111/1471-0528.16897].

El objetivo de este estudio es analizar las tasas de complicaciones después de la cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos (POP) con malla de polipropileno (en *kits* o a medida), con injertos de colágeno biológico y con tejido nativo de la propia paciente. Este estudio es un análisis secundario de un potente ensayo controlado aleatorizado (ECA), el PROSPECT (Glazener et al., Lancet. 2017; 389[10067]: 381-392), en el que participaron 35 hospitales del Reino Unido con un total de 2632 pacientes intervenidas de POP. En este estudio se presentan las tasas de complicaciones por tipo de cirugía, de acuerdo con la clasificación de la International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) y con medidas de resultado validadas informadas por las pacientes.

Entre los resultados destacan los datos sobre el dolor. Antes de la cirugía, el 8,4 % de las mujeres tenían dolor/malestar «genérico», y 2 años después de la intervención se observó una mejoría en los 4 grupos. No obstante, después de la intervención refería dispareunia grave el 13 % de las operadas con *kits* de malla, el 4,8 % con tejidos nativos, el 4,2 % con injertos biológicos y el 3,4 % con reparaciones con malla a medida. Cuando analizamos los casos de dolor que se inicia tras la cirugía, observamos que un 3 % de las mujeres desarrollaron dolor genérico *de novo* de gran intensidad, y la dispareunia *de novo* se observó en el 4,8 % de las mujeres operadas con *kits* de malla, en el 3,5 % con tejido nativo o injerto biológico y en el 1,4 % con implantes de malla a medida. Precisaron reintervención por un problema relacionado con el implante el 8 % de las pacientes que habían sido intervenidas con malla vaginal sintética. Una de cada 24 mujeres precisó un reingreso hospitalario por un motivo distinto a las mallas (adherencias vaginales, retención urinaria e infección).

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

Este es el primer estudio que aborda de forma prospectiva las complicaciones de 3 tipos de cirugía vaginal del POP (tejidos propios, malla de polipropileno e injerto biológico). Demuestra que todos los tipos de cirugía del prolapso tienen una baja morbilidad quirúrgica y una baja tasa de complicaciones graves. No obstante, algunas mujeres experimentan dolor pélvico severo *de novo*, dispareunia y otras morbilidades que afectarán a su calidad de vida. Este estudio evalúa las complicaciones con un método estandarizado y proporciona información muy importante sobre el dolor concurrente con el POP y el impacto de la cirugía vaginal, tanto en la resolución del dolor preexistente como en el riesgo de desarrollar dolor tras los distintos tipos de cirugía.

Serious complications and recurrences after pelvic organ prolapse surgery for 2309 women in the VIGI-MESH registry

Fritel X, De Tayrac R, De Keizer J, Campagne-Loiseau S, Cosson M, Ferry P, et al. BJOG. 2022; 129(4): 656-663 [DOI: 10.1111/1471-0528.16892].

El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de complicaciones graves y reoperaciones por recurrencia después de la cirugía por prolapso de órganos pélvicos (POP). Es un estudio de cohortes prospectivo basado en un registro de intervenciones en 19 centros quirúrgicos franceses, con una población total de 2309 mujeres intervenidas entre 2017 y 2019, con una mediana de tiempo de seguimiento de 17,6 meses. Se evaluaron las complicaciones graves de acuerdo con la clasificación de Clavien-Dindo y las reintervenciones posteriores por recurrencia del POP. Se analizaron 3 tipos de cirugía: reparaciones vaginales con tejido nativo (n= 504), colocación de malla transvaginal (n= 692) y sacropexias laparoscópicas con malla (n= 1113). En la muestra total se produjeron complicaciones graves en 52 mujeres (2,3 %) y requirieron reoperación por recurrencia del POP 32 mujeres (1,4 %). Al año, la incidencia acumulada ponderada de compli-

caciones graves fue del 1,8 % para la reparación vaginal con tejido nativo, del 3,9 % para la reparación transvaginal con malla y del 2,2 % para la sacropexia, y las tasas de reoperación por recurrencia de POP fueron del 1,5, 0,7 y 1,1 %, respectivamente. En comparación con la reparación vaginal con tejido nativo, el riesgo de complicaciones graves fue mayor tanto en el grupo de malla transvaginal, con un riesgo relativo (RR) ajustado de 3,84 (IC del 95 %: 2,43-6,08), como en el grupo de sacropexia, con un RR ajustado de 2,48 (IC del 95 %: 1,45-4,23). El riesgo de reoperación por recurrencia del prolapso fue menor que el de la cirugía vaginal con tejidos propios en las pacientes intervenidas con malla transvaginal (RR= 0,22; IC del 95 %: 0,13-0,39) y con sacropexia (RR= 0,29; IC del 95 %: 0,18-0,47).

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

Este estudio aporta datos de un registro de pacientes en el que participa un gran número de centros y en el que se comparan 3 tipos de cirugía del POP realizadas en situaciones de «vida real». Aunque los resultados son los esperables respecto al mayor riesgo de complicaciones en las pacientes después de la cirugía con malla vaginal y al menor riesgo de reoperación por POP, al ser datos procedentes de un registro revisten un valor especial. En este estudio no hay criterios de exclusión, es decir, tal como comentan los autores, una gran proporción de las pacientes incluidas en este análisis muy probablemente no se habría incluido en un ensayo aleatorizado, ya fuera porque eran demasiado mayores o porque eran pacientes con cirugías previas de POP o presentaban múltiples comorbilidades, lo cual nos aproxima a nuestra realidad.

Improved body image after uterovaginal prolapse surgery with or without hysterectomy

Rogers RG, Meyer I, Smith AL, Ackenbom M, Barden L, Korbly N, et al. *Int Urogynecol J.* 2022; 33(1): 115-122 [DOI: 10.1007/s00192-021-04954-0].

El objetivo de este estudio fue comparar la imagen corporal y los cambios en la actividad y la función sexual de un grupo de pacientes hasta 3 años después de ser intervenidas por prolapso de órganos pélvicos (POP). Se trata de

un análisis secundario de un ensayo controlado aleatorizado y multicéntrico de mujeres sometidas a una reparación del prolapso mediante dos técnicas vaginales: histerecromía con fijación con malla al ligamento sacroespinoso (n= 88) o histerecromía vaginal con suspensión al ligamento uterosacro (n= 87). Las mujeres tenían características basales similares, con una media de edad de $65,9 \pm 7,3$ años, y la mayoría presentaba un prolapso de grado III o IV (81 %). Se utilizaron dos cuestionarios –una escala de imagen corporal, la Body Image Scale (BIS) modificada, y una de actividad y función sexual, el Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA revised (PISQ-IR)–, que fueron cumplimentados al inicio del estudio y al cabo de 1, 5, 6, 12, 18, 24 y 36 meses después de la cirugía.

La imagen corporal mejoró en las mujeres con prolapso uterovaginal poco después de la cirugía con cualquiera de los dos tipos de intervenciones, y los cambios en la imagen corporal se mantenían 3 años después. Asimismo, la función sexual mejoró a los 6 meses después de la cirugía, mejora que se mantuvo durante 3 años en ambos grupos. Las tasas de actividad sexual fueron bajas y similares a las de estudios previos realizados por este grupo. Estos hallazgos subrayan la influencia de muchos otros factores, como la pérdida de una pareja, la disfunción sexual de la pareja, el estrés o las nuevas relaciones, que pueden influir en la decisión de una mujer de ser o no sexualmente activa.

Los autores concluyen que la imagen corporal mejora después de la cirugía del prolapso, ya sea con o sin histerecromía, y que la actividad sexual cambia con el tiempo después de esta cirugía, en función de muchos factores ajenos a la cirugía del POP.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

Las recomendaciones de las sociedades científicas relacionadas con la uroginecología respecto a los resultados del tratamiento quirúrgico del POP son incluir la evaluación de la actividad y la función sexual preoperatoria y postoperatoria. Hasta hace poco la mayoría de las publicaciones sobre los resultados de la cirugía del POP carecían de estos datos y, por tanto, ofrecían una descripción incompleta de tales resultados. Este estudio aporta datos sobre las interacciones entre la imagen corporal y la función sexual después de la cirugía del POP, con y sin histerecromía asociada.

PROFESIÓN

Ayuda para la decisión compartida en la elección del tipo de tratamiento del prolapso de órganos pélvicos: ¿conservador o quirúrgico?, ¿preservar el útero sí o no?

M. Alsina Hipólito

ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) Garraf. Vilanova i la Geltrú (Barcelona)

Tomar decisiones terapéuticas en el prolapso de órganos pélvicos (POP) supone una situación multicriterio, en la que existen diferentes alternativas para escoger. La mujer tiene y recibe diversos puntos de vista, parcialmente contradictorios. Para ser asertivos en el manejo del prolapso, hemos de ejercer nuestro trabajo asistencial centrando la atención en las pacientes, práctica clínica que consiste en la toma de decisiones compartidas (TDC) con ellas.

La TDC pretende fomentar la participación de la paciente, tanto en la fase de información como en la toma de decisiones terapéuticas¹. Con esta práctica clínica, las pacientes se sienten más informadas y con mayor conocimiento sobre su situación, opciones y riesgos; participan de forma más activa en su proceso de salud, sin empeorar la satisfacción ni suponer ningún efecto adverso sobre ella.

El Royal College of General Practitioners considera que los beneficios potenciales de la TDC incluirían la mejora de los estilos de vida de la paciente, que conseguiría una mayor confianza y autoeficacia; también se tomarían decisiones más apropiadas y disminuirían los tratamientos no deseados. Esto mejoraría el funcionamiento de las consultas, proporcionaría una atención más segura, ética y con mejores resultados, incluidos los de coste-beneficio².

Las mujeres que padecen algún tipo de POP van a experimentar diversos síntomas, algunos objetivables,

como la incontinencia urinaria (IU) o la disfunción de vaciado vesical, mientras que otros serán subjetivos y difíciles de catalogar y, a menudo, no comunicados, como sucede con la alteración de la función sexual. La aparición de síntomas no dependerá solo del compartimento involucrado o del grado de prolapso de la paciente, sino también de las condiciones biométricas individuales de cada mujer y de su conjunto de valores³.

En general, los síntomas del POP suelen afectar de manera significativa a la calidad de vida⁴ de las mujeres, por lo que utilizar herramientas que nos permitan conocer todo lo que les sucede, cuánto les preocupa el prolapso o explorar las preferencias y recursos individuales de cada una nos ayudará a diseñar un tratamiento individualizado que priorice los síntomas más relevantes para ellas.

Podemos obtener la información clínica a través de una entrevista semiestructurada, con preguntas sobre la sintomatología asociada al prolapso, pero abiertas, que permitan a la mujer referir sus preocupaciones y preferencias, o bien utilizar cuestionarios específicos validados, como, entre otros, el Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ), que evalúa los síntomas de POP e IU y la calidad de vida de estas mujeres⁵, y el Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR), que estudia la función sexual femenina en mujeres sexualmente activas y no activas con trastornos del suelo pélvico⁶. Aplicando estas herramientas después de nuestras acciones, podremos obtener además información sobre los cambios conseguidos con el tratamiento. Su uso está recomendado en la última actualización de la guía del

Correspondencia:

Mercè Alsina Hipólito
Correo electrónico: malsinah@ambitcp.catsalut.net