

## Histeropexia vs histerectomía para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital: revisión sistemática

### Hysteropexy vs hysterectomy for the treatment of surgical genital prolapse: systematic review

Paz Romero B<sup>1</sup>, Sebastián Viguera T<sup>1</sup>, Rodrigo Pineda A<sup>1</sup>, Víctor Miranda H<sup>1</sup>.

**Resumen:** el prolapso de órganos pélvicos es una patología común a nivel mundial. El tratamiento quirúrgico generalmente incluye una histerectomía; sin embargo no existe consenso entre los especialistas sobre su real necesidad. **Objetivo:** realizar una revisión sistemática de estudios controlados randomizados que comparen histeropexia vs histerectomía, combinada con alguna técnica de corrección del prolapso y proporcionar recomendaciones clínicas. **Materiales y métodos:** búsqueda electrónica en bases de datos Medline, Embase, Cochrane y Clinical Trials, desde su fecha de inicio hasta diciembre 2018 de estudios controlados randomizados que comparan histeropexia vs histerectomía con alguna técnica de reparación del prolapso, sin restricción de idioma. **Resultados:** se identificaron 339 abstracts utilizando las palabras claves. En base a título y resumen 23 estudios fueron seleccionados y de ellos 7 cumplieron los criterios de inclusión. La calidad de la evidencia fue moderada. Histeropexia tiene tasas de reintervención y recurrencia de prolapso similares a histerectomía con reparación apical. En cuantificación del prolapso utilizando POP-Q, histeropexia presenta un punto C más alto y mayor largo vaginal total que histerectomía. No encontramos diferencias significativas en cuanto a complicaciones entre ambas técnicas. **Conclusión:** histeropexia es una técnica segura, con tasas de éxito y reintervención por recurrencia similares a las de histerectomía con reparación apical. Sin embargo, faltan estudios con seguimiento más prolongado y de mejor calidad.

**Palabras clave:** histeropexia; histerectomía.

**Abstract:** Pelvic organ prolapse is a frequent problem worldwide. Even though, hysterectomy is considered part of the surgical approach, its real utility has been questioned by many specialists. **Objective:** To perform a systematic review of randomized controlled trials that compared Hysteropexy vs Hysterectomy plus any surgical technic to correct the pelvic organ prolapse, in order to make clinical recommendations. **Materials and methods:** An electronic search was conducted through Medline, Embase, Cochrane and Clinical trials data bases, from the beginning to december 2018. We searched for randomized controlled trials that compared hysteropexy vs hysterectomy plus any surgical approach for pelvic organ prolapse; we do not consider any language restrictions. **Results:** A total of 339 abstracts were identify based on the keywords. Based on the title and abstract 23 studies were selected, and only 7 met the inclusion criteria. The quality of the evidence was moderate. Hysteropexy had rates of reoperation and recurrence of prolapse similar to hysterectomy and apical repair. Using the POP-Q prolapse quantification, hysteropexy presented a higher C point and greater total vaginal length, and we did not find significant differences regarding complications compared to hysterectomy. **Conclusion:** Hysteropexy is a safe technique, with recurrence success and reoperation rates similar to those of hysterectomy with an apical repair. However, studies with longer follow-up and better quality are lacking.

**Keywords:** hysteropexy; gastropexy.

Fecha de envío: 07 de enero de 2019 - Fecha de aprobación: 27 de septiembre de 2019

(1) División de Obstetricia y Ginecología. Uroginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.  
Autor de correspondencia: medpaz03@hotmail.com.



## Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP) corresponde al descenso anormal de dichos órganos a través del canal vaginal. Un 45-75% de las mujeres desarrollarán algún grado de prolapso, pero sólo un 5% se vuelve sintomática cuando el prolapso se acerca o sobrepasa el himen (Wu *et al.*, 2014). En Estados Unidos (EEUU) se realizan más de 300000 cirugías al año por prolapso, un tercio de ellas por falla de la cirugía primaria (Geynisman-Tan & Kenton., 2017). El riesgo de requerir una cirugía por prolapso hasta los 80 años es de un 12,6% y si combinamos prolapso e incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es de un 20% (Wu *et al.*, 2014). Puede afectar seriamente la calidad de vida, alterando la esfera sexual, psicológica y social; origina morbilidades como infecciones urinarias recurrentes, vulvovaginitis y disfunción miccional.

El tratamiento del prolapso genital incluye kinesioterapia de piso pélvico, uso de pesarios y cirugía. La cirugía puede ser obliterativa o reconstructiva, y la vía de abordaje vaginal o abdominal. En la mayoría de las técnicas quirúrgicas reconstructivas se realiza una histerectomía concomitante, sin embargo no existe evidencia de buena calidad que demuestre que sea necesaria para obtener mejores resultados.

Un estudio de Korbly *et al.*, (2013) aborda las preferencias de las pacientes en relación a realizar o no una histerectomía, si esto no cambiara los resultados finales de procedimiento, un 36% de las pacientes preferiría conservar su útero. Un 40% cree que la histerectomía tiene un rol negativo en la sexualidad y un 34% le otorga un sentido de identidad al útero. En otro estudio, el 60% de mujeres prefiere la preservación uterina; los factores más influyentes en su decisión fueron la opinión del médico, el riesgo de malignidad y las complicaciones quirúrgicas (Frick *et al.*, 2013).

El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar la mejor evidencia disponible que compare los resultados de histeropexia (Hpx) vs histerectomía combinada con alguna técnica de corrección del prolapso y proponer recomendaciones clínicas en cuanto al uso de ésta técnica.

## Método

Búsqueda electrónica en las bases Medline, Embase, Cochrane y Clinical Trials a partir de su fecha de inicio hasta diciembre 2018 de estudios controlados aleatorizados, utilizando las palabras claves histerectomía e histeropexia. La búsqueda incluyó resúmenes, estudios pilotos, publicación de metodologías y posters aceptados en las reuniones anuales de IUGA, SUFU e ICS sin restricción de idiomas

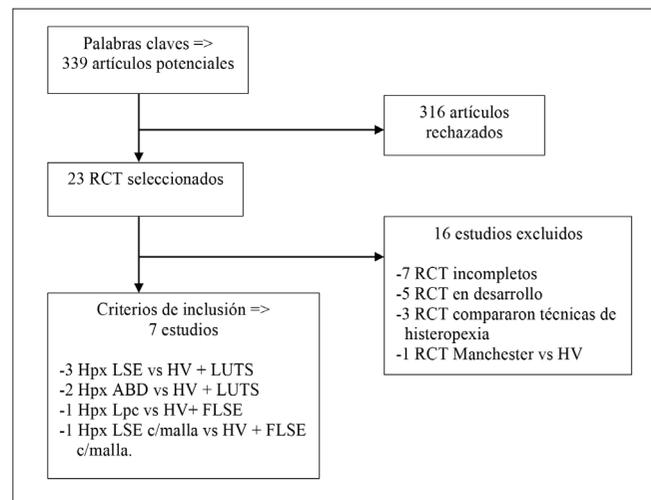
Se seleccionaron estudios controlados aleatorizados en cualquier idioma que incluyera mujeres con prolapso estadio 2 o mayor que requieran tratamiento quirúrgico y no tuvieran contraindicación de preservación uterina. La intervención fue Histeropexia abdominal (ABD), laparoscópica (Lpc) o vaginal con o sin uso de mallas

sintéticas comparadas con histerectomía vaginal (HV), abdominal o laparoscópica, total o subtotal junto a alguna técnica de reparación del prolapso, asociada o no al uso de mallas sintéticas. Se compararon los siguientes resultados: éxito de la cirugía: mediante el POP-Q y la referencia de síntomas de prolapso uterino (sensación de bulto vaginal o presión pélvica), reintervención quirúrgica durante el seguimiento, complicaciones severas intra y postquirúrgicas, duración de la cirugía, sangrado estimado, y retorno a las actividades cotidianas, calidad de vida, función sexual y función urogenital medidas por algún cuestionario validado. Los criterios de exclusión fueron textos incompletos que dificulten el análisis crítico de los revisores

La calidad de la evidencia se evaluó según el sistema GRADE (Brozek *et al.*, 2009). Las figuras de riesgos de sesgos se crearon utilizando el programa Review Manager 5.3. La extracción de datos se realizó por dos revisores de forma independiente. Antes de proceder con el análisis, los datos extraídos fueron comparados y los desacuerdos fueron resueltos por un tercer revisor.

## Resultados

Utilizando las palabras claves identificamos 339 resúmenes. Tras una primera revisión, 23 estudios fueron seleccionados: siete cumplieron los criterios de inclusión y 16 estudios fueron excluidos (Fig. 1). De los estudios excluidos uno comparaba la cirugía de Manchester (amputación cervical) vs histerectomía vaginal. No consideramos la técnica de Manchester como histeropexia puesto que, se utiliza para tratar la elongación del cuello uterino, que no necesariamente coexiste con algún grado de prolapso. Además, difiere considerablemente de las técnicas analizadas en los ensayos seleccionados.



**Figura 1:** Selección y extracción de estudios basados en PICOS.

**PICOS:** Población, intervención, comparación, resultados y diseño del estudio. **RCT:** Estudio controlado randomizado; **Hpx LSE:** Histeropexia sacroespino-sa; **HV+LUTS:** Histerectomía vaginal más fijación ligamentos úterosacros; **Hpx ABD:** Histeropexia abdominal; **Lpc:** Laparoscópica; **FLSE:** Fijación al ligamento sacroespinoso.

La tabla 1 muestra un resumen de los 7 estudios controlados randomizados incluidos en esta revisión, en Roovers *et al.*, (2004) y Roovers *et al.*, (2005), se comparó el mismo grupo de pacientes, pero en el análisis secundario del año 2005 se evaluó dolor, calidad de vida y retorno a la vida laboral.

En las figuras 2 y 3 se resume el análisis de calidad de los trabajos de acuerdo a la opinión de los autores.

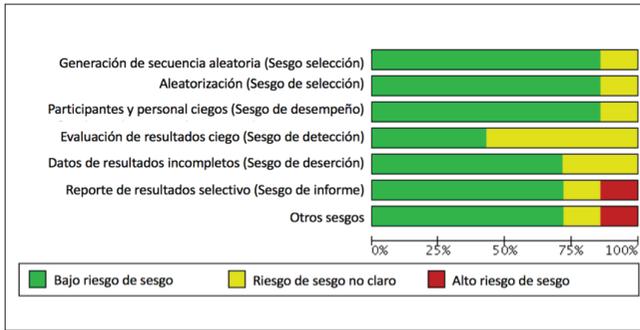
Los trabajos de alta calidad metodológica fueron Carramao *et al.*, (2009); Dietz *et al.*, (2010) y Detollenaere *et al.*, (2015). De moderada calidad los dos estudios de Roovers *et al.*, (2004 y 2005) y Rahmanou *et al.*, (2015). Finalmente el ensayo de Jeng *et al.*, (2005) fue a nuestro juicio de baja calidad. Todos los ensayos tuvieron bajo riesgo de sesgo de aleatorización. Ningún estudio en el que la intervención a evaluar sea un procedimiento quirúrgico puede cegarse al cirujano y consideramos que ese hecho, inevitable, no debería restar calidad a la evidencia, por lo que fue juzgado como bajo riesgo. En cuanto al seguimiento y análisis de datos, cuatro estudios no indican si el cirujano participa o no en dicha fase, por

lo que fue considerado un sesgo no claro (Jeng *et al.*, 2005; Carramao *et al.*, 2009; Dietz *et al.*, 2010 y Rahmanou *et al.*, 2015). Sobre el reporte de datos, Jeng *et al.*, (2005) y Rahmanou *et al.*, (2015) reportan algunos resultados como “mejor que” o “no fue mejor que” pero los datos estadísticos no se tabulan en la publicación o un anexo del mismo. El trabajo de Roovers *et al.*, (2004) tiene alto riesgo de sesgo de reporte. El resultado primario analizado fue la tasa de reintervención quirúrgica por recidiva de prolapso apical de sacrohisteropexia abdominal vs HV con fijación de ligamentos uterosacros. Pese a no existir diferencias estadísticamente significativas a los 12 meses de seguimiento, el ensayo concluye resultados a favor de la intervención vaginal. El estudio de Roovers *et al.*, (2005) presenta alto riesgo de “otros sesgos”. La metodología descrita es la misma que se utilizó para el análisis primario del 2004, no hubo cálculo del tamaño muestral y poder estadísticos para el nuevo resultado (dolor postoperatorio, calidad de vida y percepción del cambio en el estado de salud). Dicho esto, no podemos concluir que las diferencias estadísticamente significativas reportadas realmente existan. La calidad de la evidencia global fue considerada moderada.

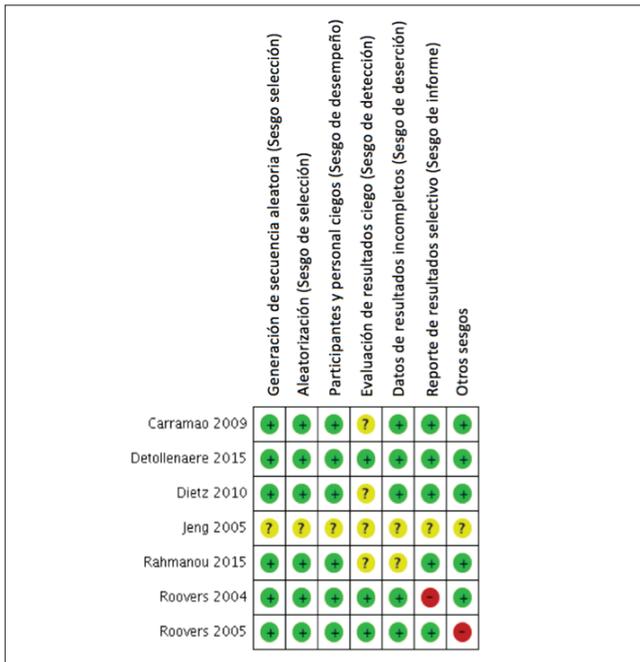
**Tabla 1:** RCT que comparan histeropexia versus histerectomía vaginal con corrección del prolapso genital.

Estudio	N	Intervención (n)	Resultados	Resultado Primario	Resultados Secundarios	Conclusiones
Roovers <i>et al.</i> , 2004	82	A: HPX ABD (41) B: HV + LUTS (41)	Recurrencia, síntomas urinarios, dolor	Reoperación 9,7% HPX vs 2,4% HV. Diferencia NES	Diferencias ES en síntomas urinarios y dolor a favor de HV	A largo plazo Resultados similares para ambas técnicas. Diferencias NES
Roovers <i>et al.</i> , 2005	82	A: HPX ABD (41) B: HV + LUTS (41)	Dolor postoperatorio, calidad de vida, retorno a la vida laboral	ND	ND	Puntajes significativamente menores en dominio de dolor, calidad de vida y cambios de salud a favor de HV. Sin diferencias ES
Jeng <i>et al.</i> , 2005	158	A: HPX LSE (80) B: HV (78)	Deseo sexual, interés sexual, frecuencia de la actividad sexual, orgasmos	ND	ND	Disminución de la frecuencia de orgasmos con ambas técnicas. No hay diferencias ES en la función sexual postoperatoria
Carramao <i>et al.</i> , 2009	31	A: HPX LSE + malla (16) B: HV+ FLSE + malla (15)	Éxito anatómico a los 9 meses. Sangrado y tiempo operatorio	86% de éxito para HV vs 75% HPX sin diferencia ES	< sangrado, tiempo operatorio y exposición de malla para HPX	Resultados anatómicos similares para HV e HPX, menor sangrado y tiempo operatorio para HPX
Dietz <i>et al.</i> , 2010	66	A: HPX LSE (35) B: HV + LUTS (31)	Recuperación total, tasa de falla, calidad de vida a 12 meses	Recuperación 23 días menor a favor de HPX, Diferencia ES	Falla: 21% vs 3% NES Reoperación: 11% HPX vs 7% HV diferencia NES	HPX: Recuperación más rápida. ES Tasa de reintervención, falla, diferencias funcionales y calidad de vida NES
Rahmanou <i>et al.</i> , 2015	101	A: HPX LPC (50) B: HV + FLSE (51)	Recurrencia POP apical, largo vaginal, complicaciones	6% falla apical HPX vs 14% HV + FLSE. NES	Diferencias ES a favor de HPX en largo vaginal y punto C	HPX tiene similar riesgo de falla y reintervención que HV+FLSE a los 12 meses
Detollenaere <i>et al.</i> , 2015	208	A: HPX LSE (103) B: HV + LUTS (105)	Recurrencia, complicaciones, función sexual y recuperación	0% recurrencia HPX vs 4% HV. Diferencia ES	Sin diferencia ES en resultados secundarios	HPX no es inferior que HV + LUTS en el tratamiento del POP apical

HPX: Histeropexia; HV: Histerectomía vaginal; LSE: Ligamento sacroespinoso; FLSE: Fijación al ligamento sacroespinoso; LUTS: Ligamento úterosacro; HPX ABD: Histeropexia abdominal; HV+LUTS: Histerectomía vaginal con fijación a ligamento úterosacro; HPX LSE: Histeropexia sacroespínosa; HPX LPC: Histeropexia laparoscópica; ES: Estadísticamente significativo; NES: No estadísticamente significativo; ND: No descrito.



**Figura 2:** Gráfico de riesgos de sesgos: Los juicios de los autores de la revisión. Se presentan los riesgos de sesgo como porcentajes en todos los estudios incluidos.



**Figura 3:** Resumen de riesgos de sesgos. Juicios de los autores de la revisión al evaluar la calidad de la evidencia.

### Éxito de la cirugía

Detollenaere *et al.*, (2015) define como éxito un resultado compuesto entre la ausencia de prolapso apical estadio 2 o mayor junto a la ausencia de síntomas de prolapso. Según esta definición reporta un 89% de éxito para Hpx vs 83% para HV a los 12 meses de seguimiento. Carramao *et al.*, (2009) reporta un éxito anatómico objetivo utilizando el POP-Q del 75% para Hpx vs 86,6% para HV  $p=0,664$ . El éxito de la cirugía en Dietz *et al.*, (2010) se define como la ausencia de prolapso apical estadio 2 o mayor y reporta un 79% de éxito para Hpx vs 97% para HV  $p=0,03$  a los 12 meses de seguimiento. La misma definición de Dietz la utiliza Roovers *et al.*, (2004) quien reporta un 95% de éxito a los 12 meses para ambas intervenciones.

Al evaluar el POP-Q, específicamente punto C o D y la longitud vaginal total (Lvt) Rahmanou *et al.*, (2015) reporta un punto C= -5,4 para Hpx vs C= -4,3 para HV  $p < 0,001$ ; Una Lvt= 8,35 para Hpx vs Lvt= 6,5 para HV  $p < 0,001$ . Dietz *et al.*, (2010) reporta un punto D= -7,4 para Hpx vs D= -5,7 para HV  $p=0,01$ . En cuanto a largo vaginal total informa Lvt= 8,8 para Hpx vs Lvt= 7,3 para HV  $p < 0,01$ . Carramao *et al.*, (2009) reporta un valor equivalente para el punto D= -5 y una Lvt= 7 para ambas intervenciones quirúrgicas.

### Reintervención quirúrgica

En cuanto a la reintervención por prolapso del segmento apical, Detollenaere *et al.*, (2015) reporta un 0% para Hpx vs 4% para HV a los 12 meses de seguimiento. Rahmanou *et al.*, (2015) reporta un 6% de reintervención para Hpx vs 14% para HV. Dietz *et al.*, (2010) informa un 11% de reintervención para Hpx vs 7% para HV. Carramao *et al.*, (2009) reporta la probabilidad de reintervención en 25% para Hpx vs 12,5% para HV.

### Complicaciones

Tanto histeropexia e hysterectomía con reparación apical demostraron ser técnicas seguras. Ningún ensayo reportó complicaciones severas causadas por la intervención quirúrgica. El dolor glúteo post operatorio fue más frecuente en histeropexia sacroespinal, pero todas las pacientes que lo presentaron (9/103) tuvieron resolución espontánea del cuadro. Dos pacientes presentaron lesión intestinal intraoperatoria, ambas en el grupo de hysterectomía (Roovers *et al.*, 2004 y Detollenaere *et al.*, 2015) y una presentó oclusión ureteral en el 5to día postoperatorio en el grupo de hysterectomía (Dietz *et al.*, 2010).

### Otros resultados

La tabla 2 muestra un resumen de otros resultados evaluados. El tiempo quirúrgico fue significativamente menor al realizar una histeropexia sacroespinal, y significativamente mayor si se realiza por vía laparoscópica.

El sangrado intraoperatorio fue significativamente menor en Hpx laparoscópica, pero para la misma técnica por vía vaginal o abdominal abierta no hubo diferencias significativas comparadas con hysterectomía.

El retorno a la actividad laboral luego de una Hpx sacroespinal fue significativamente más rápido, y también para la histeropexia laparoscópica. El tiempo de recuperación postoperatorio evaluado mediante el cuestionario validado INDEX-10 no mostró diferencias entre ambas técnicas.

Ambas intervenciones muestran mejorías significativas en la calidad de vida, esfera sexual y urogenital, objetivadas a través de cuestionarios validados: cuestionario de salud Rand-36 y su forma corta SF-36, cuestionario de función urogenital *Urogenital Distress*

*Inventory* (UDI) y el cuestionario de función sexual *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* PISQ-12, pero los resultados post quirúrgicos no son estadísticamente diferentes entre histeropexia e histerectomía.

**Tabla 2:** Resumen de “otros resultados” de RCT que comparan histeropexia versus histerectomía en la corrección del prolapso genital.

Estudios	Resultado	Tiempo operatorio (min)	Sangrado estimado (ml)	Retorno a la vida laboral (días/semanas)	Función sexual (PISQ-12)	Función urogenital (UDI)	Dolor (RAND-36)
Roovers <i>et al.</i> , 2004		Menor a favor de HPX 97 vs 107 min NES	Menor a favor de HPX 244 vs 248 ml NES	NA	NA	A favor de HV NES	NA
Roovers <i>et al.</i> , 2005		NA	NA	Sin diferencias. A las 6 semanas el 97% de pacientes retornó a su vida laboral	NA	NA	Menor dolor en HV NES
Jeng <i>et al.</i> , 2005		NA	NA	NA	Sin diferencias significativas entre HPX vs HV	NA	NA
Carramao <i>et al.</i> , 2009		Menor a favor de HPX 60 vs 120 min ES	Menor a favor de HPX 20 vs 120 ml ES	NA	NA	NA	NA
Dietz <i>et al.</i> , 2010		NA	NA	Más rápido a favor de HPX. 43 vs 66 días. NES	NA	Sin diferencias significativas entre HPX vs HV	NA
Rahmanou <i>et al.</i> , 2015		Menor a favor de HV 28 vs 39,5 min de HPX Lpc ES	Menor a favor de HPX Lpc 19,6 vs 82,1 ml ES	NA	Sin diferencias significativas entre HPX vs HV ICIQ-VS	NA	Menor dolor en HPX Lpc Escala EVA ES
Detollenaere <i>et al.</i> , 2015		Menor a favor de HPX 59 vs 72 ml NES	Menor a favor de HPX 202 vs 209 ml NES	Sin diferencias entre HPX vs HV en puntaje INDEX-10	Sin diferencias entre HPX vs HV	Sin diferencias entre HPX vs HV	NA

HPX: Histeropexia; HV: Histerectomía vaginal; HPX Lpc: Histeropexia laparoscópica; ES: Estadísticamente significativo; NES: No estadísticamente significativo; NA: No aplica; PISQ-12: Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire; UDI: Urogenital Distress Inventory; INDEX-10: 10 item questionnaire measuring postoperative recovery; ICIQ-VS: International Consultation on Incontinence Questionnaire Vaginal Symptoms Module; RAND-36: Health survey of 36 items

## Discusión

El propósito de esta revisión fue evaluar la mejor evidencia disponible sobre histeropexia como alternativa quirúrgica en el tratamiento del prolapso genital. Tras una primera revisión, veintitrés estudios fueron seleccionados siete cumplieron los criterios de inclusión. De acuerdo al análisis de los autores la calidad de la evidencia global fue moderada. Cinco de los estudios analizados tuvieron como resultado primario evaluar la efectividad de la técnica mediante tasa de reintervención, ausencia de prolapso, recurrencia anatómica o una combinación de recurrencia anatómica y síntomas de prolapso

(Detollenaere *et al.*, 2015) que a nuestro parecer es la forma más adecuada de evaluar el éxito de la intervención.

Histeropexia sacroespinal presenta un 89% de éxito vs 83% de HV por lo que no resultó ser inferior a histerectomía vaginal como tratamiento del prolapso genital a los 12 meses de seguimiento. Estos resultados son extraídos de un ensayo metodológicamente de alta calidad (Detollenaere *et al.*, 2015), lo que significa que es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra

confianza en la estimación de este efecto. Estos resultados son comparables con los de Carramao *et al.*, (2009). Sin embargo, Dietz *et al.*, (2010) reporta resultados a favor de histerectomía, con un 97% de éxito vs 79% para histeropexia y un 27% de recurrencia anatómica (POP 2-4) vs 3% para HV. En estos resultados pudo haber influido el hecho de que el 44% de las pacientes del grupo de histeropexia tenían un prolapso estadio 3-4, lo que podría constituir un factor de riesgo para el fracaso de esta intervención. Además, el éxito y recurrencia fueron resultados secundarios a evaluar, mientras que el resultado primario fue el tiempo de recuperación, que fue significativamente menor en histeropexia sacroespínosa.

Histeropexia presenta menor sangrado intraoperatorio, menor tiempo quirúrgico y una baja tasa de complicaciones intraoperatorias, lo que constituye una ventaja frente a pacientes con polimorbilidad. (Roovers *et al.*, 2004; Carramao *et al.*, 2010; Dietz *et al.*, 2010; Detollenaere *et al.*, 2015; Rahmanou *et al.*, 2015;) Presenta además, mejores resultados que histerectomía vaginal en el POP-Q; una longitud vaginal mayor y un segmento apical bien suspendido (puntos C y D más elevados) se traducen en un canal vaginal funcional, mejorando significativamente la calidad de vida.

La tasa de éxito comparable, una tasa de complicaciones tan baja como la de histerectomía y un incremento de la calidad de vida y función sexual que no difieren significativamente entre ambas técnicas nos invita a cuestionar cuál es el rol de la histerectomía en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital. En estricto rigor, cuando hablamos de prolapso nos referimos a un deterioro del soporte anatómico del piso pélvico, este soporte está compuesto por la interacción del músculo elevador del ano, ligamentos uterosacos, cardinales y fascia endopélvica. Las técnicas de suspensión apical restauran la función de dichas estructuras, una histerectomía no repara dicho soporte.

Cuando nos enfrentamos a una paciente con prolapso genital con componente apical nunca antes nos cuestionamos el hecho de realizar una histerectomía concomitante a la técnica de suspensión,

a menos que existiese deseo de embarazo, sin embargo no disponemos de evidencia suficiente sobre la cual basar dicha conducta. La literatura actual no establece que realizar una histerectomía se comporte como un factor que aumente la probabilidad de éxito quirúrgico o disminuya la recurrencia del prolapso genital, por lo cual no se puede desestimar la histeropexia como alternativa quirúrgica frente a una paciente que nos refiera, por la razón que sea, su deseo de preservación uterina. Por otro lado, también debemos considerar que existen condiciones que contraindican la histeropexia como alternativa quirúrgica. Gutman *et al.*, (2013) establece como contraindicaciones de preservación uterina la existencia de: miomas, adenomiosis, hiperplasia endometrial, antecedentes de NIE, sangrado uterino anormal o postmenopáusico, historia familiar de cáncer BRCA 1-2 o de cáncer de colon no polipósico, usuaria de tamoxifeno e incapacidad de control ginecológico rutinario

Actualmente existen 5 RCT en desarrollo, se esperan resultados preliminares a partir del año 2020. Entre ellos destaca un ensayo multicéntrico suizo que compara histeropexia laparoscópica vs histerectomía subtotal + colposacropexia Lpc que constituye en la actualidad la intervención con las mejores tasas de éxito quirúrgico (Clinical trials identifier: NCT02345954).

## Conclusiones

Histeropexia es una técnica segura, con tasas de éxito y reintervención por recurrencia similares a las de histerectomía con reparación apical a corto plazo. Además, presenta mejores resultados en POP-Q, menor sangrado, menor tiempo quirúrgico y menor tiempo de recuperación. Sin embargo, faltan estudios con seguimiento más prolongado, de mejor calidad y que comparen histeropexia vs histerectomía subtotal más sacrocolpexia, que es el actual gold standard de la suspensión apical del prolapso genital

## Recomendaciones

En la tabla 3 se encuentran las recomendaciones, según grado de evidencia del sistema GRADE sobre histeropexia como tratamiento del prolapso genital.

**Tabla 3:** Recomendaciones para el tratamiento quirúrgico del prolapso con preservación uterina según sistema GRADE.

Recomendación	Tipo de recomendación	Calidad de la evidencia
- Ofrecer histeropexia como tratamiento del POP apical a pacientes que no tengan contraindicaciones	Fuerte	Alta
- Un menor tiempo quirúrgico y menor sangrado intraoperatorio son beneficios demostrados de la histeropexia. Considere la técnica como alternativa quirúrgica frente a pacientes con polimorbilidad o edad avanzada	Débil	Moderada
- Histeropexia sacroespínosa es tan efectiva como HV con fijación LUTS para tratar el POP apical en pacientes que deseen preservar el útero y no tengan contraindicaciones para ello	Fuerte	Alta
- La histeropexia sacroespínosa es una técnica segura que no presenta mayores complicaciones que una HV con fijación LUTS	Débil	Alta
- La sacrohisteropexia abdominal o por vía laparoscópica presenta menor acortamiento vaginal y mejor ubicación del punto C que HV con fijación LUTS o FLSE. Considere esta vía en pacientes con deseo de preservación uterina y largo vaginal disminuido	Fuerte	Alta
- Considere histeropexia sacroespínosa como primera alternativa dentro de las técnicas de preservación uterina en el manejo del POP apical	Débil	Moderada
- En POP 4 la histerectomía con reparación apical es el tratamiento quirúrgico reconstructivo de primera línea, ya que la procedencia se asocia a mayor tasa de falla quirúrgica y re intervención por POP	Débil	Moderada

POP: Prolapso de órganos pélvicos; HV: Histerectomía vaginal; LUTS: Ligamentos úterosacos; FLSE: Fijación al ligamento sacroespínoso

## Referencias

- Brožek JL, Akl EA, Kreis J, Alonso-Coello P, Lang DM, Jaeschke R, Williams JW, Phillips B, Lethaby A, Bousquet J, Guyatt GH & Schünemann HJ. (2009). Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines part 1 of 3. *Allergy* **64**, 669–677.
- Carramao S, Auge AP, Pacetta AM, Duarte E, Ayrosa P, Lemos NL, et al., (2009). A randomized comparison of two vaginal procedures for the treatment of uterine prolapse using polypropylene mesh: Hysteropexy vs hysterectomy. *Rev Col Bras Cir* **36**, 65-72.
- Detollenaere RJ, Den Boon J, Stekelenburg J, et al., (2015). Sacrospinous hysteropexy vs vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: Multicentre randomized non-inferiority trial. *BMJ* **351**, h3717.
- Dietz V, van der Vaart CH, van der Graaf Y, Heintz P & Schraffordt Koops SE. (2010). One- year follow-up after sacrospinous hysteropexy and vaginal hysterectomy for uterine descent: A randomized study. *Int Urogynecol J* **21**, 209-16.
- Frick AC, Barber MD, Paraiso MF, Ridgeway B, Jelovsek JE & Walters MD. (2013). Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* **19**, 103–9.
- Geynisman-Tan J & Kenton K. (2017). Surgical updates in the treatment of pelvic organ prolapse. *Rambam Maimonides Med J* **8**, 0017
- Gutman R & Maher C. (2013). Uterine preserving POP surgery review. *Int Urogynecol J*. **24**, 1803-1813.
- Jeng CJ, Yang YC, Tzeng CR, Shen J & Wang LR. (2005). Sexual functioning after vaginal hysterectomy or transvaginal sacrospinous uterine suspension for uterine prolapse: A comparison. *J Reprod Med* **50**, 669-74.
- Korbly AC, Luber KM & Menefee SA. (2013). An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *Am J ObstetGynecol*. **209**, 584.e1-5.

Rahmanou P, Price N & Jackson S. (2013). One year follow up after laparoscopic hysteropexy and vaginal hysterectomy: A randomized study. *Neurourol Urodyn* **32**, 870-1.

Roovers JP, Van der Vaart CH, Van der Bom JG, Van Leeuwen JH, Scholten PC & Heintz AP. (2004). A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. *BJOG* **111**, 50-6.

Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, van Leeuwen JH, Scholten PC & Heintz AP. (2005). A randomized comparison of post-operative pain, quality of life, and physical performance during the first 6 weeks after abdominal or vaginal surgical correction of descensus uteri. *Neurourol Urodyn* **24**, 334-40.

Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V & Jonsson Funk M. 2014. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* **123**, 1201-6.