

Comparación de dos abordajes quirúrgicos transvaginales para prolapso

Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. JAMA. 2014;311(10):1023-1034.

Los investigadores encontraron a dos años una tasa de éxitos de 60% para ambas técnicas

Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network.

BARBER MD, BRUBAKER L, BURGIO KL, ET AL.

Nivel de evidencia: I

Resumen. Los autores reportaron los resultados del estudio randomizado OPTIMAL. Los nueve centros del estudio evaluaron 374 mujeres de 18 años y mayores que fueron a cirugía por prolapso sintomático (estado 2-4) e incontinencia urinaria de estrés sintomática. Las pacientes fueron randomizadas usando un diseño 2 x 2 para fijación al ligamento sacroespinoso (SSLF) o suspensión al ligamento útero sacro (ULS) con y sin terapia perioperatoria de comportamiento con entrenamiento muscular de piso pélvico (BPMT).

El estudio fue incapaz de demostrar superioridad de una técnica sobre la otra, con un éxito a dos años de aproximadamente el 60% para ambas.

La adición de BPMT no alteró la tasa de éxito de los síntomas urinarios ni del prolapso.

Comentario. Este estudio es innovador, pero no en el sentido tradicional. Los resultados no muestran la superioridad dramática de una técnica sobre la otra, sino más bien una sorprendente similitud a pesar de dos abordajes quirúrgicos diferentes.

Del mismo modo, el éxito no operatorio de BPMT no se traduce en beneficio posquirúrgico añadido, como parecía lógico.

Antes de este trabajo de Barber y sus colegas, hubo pocos datos objetivos disponibles para guiar al clínico en la selección del tipo de procedimiento vaginal que diera los mejores resultados a largo plazo, en particular para mujeres jóvenes.¹

De igual importancia, revisiones anteriores fueron publicadas usando definiciones anteriores de resultados superiores. En algunos análisis, el éxito quirúrgico fue limitado a una persistencia de la fase 0 en lugar de incluir la percepción del éxito por paciente (eliminación de una sensación de abultamiento).

Dichas revisiones alcanzaron artificialmente bajas tasas de éxito.^{2,3}

En este estudio los investigadores usaron la definición práctica de éxito como una combinación de mantener una razonable reparación anatómica y la percepción de éxito de la paciente y evitando la reintervención.

Esto es clave para el clínico intentar describir como realmente se ve el éxito con relación a antes de la operación en su paciente —una mejora significativa de los síntomas en lugar de la perfección—. Aunque las tasas de éxito fueron aproximadamente el 60% para ambos enfoques, solo el 5% de las pacientes requiere retratamiento ya sea con un pesario o con cirugía después de dos años.

A pesar del beneficio no quirúrgico conocido de BPMT, no hubo diferencias en los resultados para ninguno de los grupos de cirugía en 6 o 12 meses.

Los autores estaban dispuestos a conceder que no hay beneficio en la prescripción de BPMT como un complemento a intervención quirúrgica en este tipo de pacientes.

Cuando se juzga por criterios racionales, el tipo de cirugías que hemos estado llevando a

cabo desde hace años probablemente no es una mala cosa. Si se siente cómodo con SSLF o ULS, seguir haciendo lo que está haciendo. Las expectativas de los resultados deben ser abordadas con el paciente antes de la operación, haciendo hincapié en el alivio de los síntomas. En las manos de los cirujanos más experimentados, una tasa de éxito del 60% puede ahora representar a una meseta para un enfoque de reparación de la vagina con tejido nativo, pero teniendo en cuenta la muy baja necesidad de retratamiento a los dos años, uno debe cuestionar el papel de los enfoques más agresivos en esta población específica. Para la paciente que busca un enfoque no quirúrgico, es razonable prescribir BPMT, pero hay que renunciar a ella completamente en aquellas que buscan la reparación quirúrgica.

El estudio incluyó a mujeres más jóvenes, pero los autores no abordan la edad como un elemento de éxito o fracaso. De cara al futuro, sería de valor en el manejo de las expectativas de la paciente, saber cuánto durará el éxito en una que puede tener 50 años de esperanza de vida por delante de ella.

George Helmrich, MD, CCD, NCMP
 Chief Medical Officer
 Baptist Easley Hospital
 Easley, SC
 Department of Obstetrics and Gynecology
 University Medical Center
 Greenville Health System
 Greenville, SC
 Tom Wheeler, MD, MPH
 Vice Chair, Academic Affairs
 Department of Obstetrics and Gynecology
 Division of Urogynecology
 University Medical Center
 Greenville Health System
 Greenville, SC

Referencias

1. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004014.
2. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Pelvic Floor Disorders Network. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114(3):600-609.
3. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(1):69.e1-e8.