

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo:
Comentario

"Hysteroscopic resection of a uterine caesarean scar defect (niche) in women with postmenstrual spotting: a randomised controlled trial"

Nombre revisor: Esther Arango Fragoso. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

1. - Artículo Original:

Vervoort A. et al. Hysteroscopic resection of a uterine caesarean scar defect (niche) in women with postmenstrual spotting: a randomised controlled trial BJOG. 2017 May 15.

PMID: 28504857

2.- Resumen del Artículo:

2.1 Introducción

Las complicaciones a largo plazo tras la cesárea tales como dismenorrea, spotting o dispareunia a menudo tienen relación con la presencia de nicho uterino (itsmocele).

El nicho uterino se define como la "hendidura" a nivel del miometrio a la altura de la cicatriz de la cesárea.

La resección histeroscópica del nicho uterino es la manera menos invasiva de resección del mismo, puede hacerse de diferentes maneras:

- Resección del borde inferior: facilita la salida del sangrado menstrual
- Resección superior e inferior
- Coagulación de los vasos del nicho uterino

Este es un estudio controlado, randomizado que analiza la incidencia de spotting postmenstrual en pacientes con nicho uterino tras resección histeroscópica vs manejo conservador.

2.2 Material y métodos

Estudio multicéntrico randomizado y controlado en 11 hospitales diferentes.

Participantes:

Mujeres con antecedente de cesárea que presentan spotting postmenstrual a las que se realiza una histerosonografía visualizándose al menos 3 mm de miometrio residual.

Spotting postmenstrual:

- Dos o más días de sangrado intermenstrual
- Dos o más días de sangrado marrón tras finalizar el sangrado menstrual (7 días), al menos 3 meses consecutivos.

Presencia de nicho uterino: muesca en la pared uterina de al menos 2 mm de profundidad visualizado en la histerosonografía.

Criterios de exclusión: < 18 años, embarazo, sospecha de malignidad, DIU levonorgestrel, Achos, agonistas GnRH, contraindicación de anestesia epidural, alteración citología, atipia endometrial, miomas submucosos, pólipos endocervicales o endometriales, EIP, Hidrosalpinx, reglas irregulares.

Randomización de las pacientes: no ciego.

Grupo 1 → Resección HSC

Grupo 2 → Manejo conservador

Intervenciones:

- Resección histeroscópica: realizada bajo control ecográfico continuo. Resección del borde inferior y coagulación del lecho con la bola.
- Manejo conservador: seguimiento 6 meses. Tratamiento hormonal

Valoración de los resultados:

- Cuestionarios 3 y 6 meses tras la randomización: nº de días de spotting postmenstrual, escala visual de 0-10 acerca del discomfort producido por el spotting, cuestionarios de calidad de vida y función sexual
- Realización de ecografía (histerosonografía) a los 3 meses de la resección para valorar el miometrio restante.

Tamaño de la muestra:

Para considerarse clínicamente relevante la mejoría del spotting postmenstrual consideramos mínimo reducción de 2 días.

Análisis de subgrupos:

1. Número de días de spotting postmenstrual
2. Nichos uterinos pequeños (3 mm de miometrio) vs grandes (5 mm de miometrio)
3. 1 o más cesáreas previas

2.3 Resultados:

Se reclutaron 110 pacientes entre abril 2012 y enero 2015, 103 fueron incluídas en el estudio y randomizadas (52 histeroscopias y 51 manejo conservador) Se excluyeron pacientes por pérdida de seguimiento, gestación y también las pacientes que quedaron en amenorrea tras el tratamiento hormonal, quedando finalmente 41 pacientes del grupo de resección histeroscópica y 35 del grupo control.

El sangrado postmenstrual de base en ambos grupos de pacientes era de 8 días y el disconfort en relación con el spotting era de 7,8 y 8 sobre 10 respectivamente en los grupos de intervención y grupo control

Primeros resultados

- Sangrado postmenstrual a los 6 meses: 4 días en el grupo intervención vs 7 en el grupo control.
- Tras 6 meses de seguimiento se realizaron 13 intervenciones adicionales en el grupo control y ninguna en el grupo de histeroscopia.
- El disconfort relacionado con el spotting era de 2/10 en el grupo intervención vs 6,9/10 en el grupo control
- A los 6 meses de seguimiento la calidad de vida cuantificada con el cuestionario EuroQol no difería entre los dos grupos.
- Las mujeres del grupo intervención estaban más satisfechas con el manejo (71%) vs grupo control (37%)
- La ecografía TV realizada a los tres meses de la randomización no demostraba diferencias significativas en el grosor del miometrio en los dos grupos.
- No se registraron complicaciones durante los procesos de resección histeroscópica.

2.4 Discusión

Principales hallazgos

La resección histeroscópica del nicho uterino reduce de media 3 días el spotting intermenstrual en comparación con el manejo conservador. El disconfort en relación al spotting , expresado en escala VAS (0-10) era 5 puntos menor en el grupo intervención vs el grupo control a los 6 meses de seguimiento. Las pacientes se mostraban más satisfechas en el grupo

intervención con el manejo recibido que en el grupo control. En el grupo control tuvieron que realizarse más intervenciones adicionales.

El miometrio residual a los 3 meses de seguimiento no cambia en el grupo intervención con respecto al grupo control.

Cualidades y limitaciones

- Primer estudio randomizado controlado que evalúa la efectividad del tratamiento histeroscópico vs el manejo conservador en el nicho uterino.
- La randomización se realizó mediante un programa informático que reducía el sesgo de selección.
- Las intervenciones se llevaron a cabo por cirujanos experimentados de manera estandarizada.
- Los cuestionarios son estandarizados y se completaron de manera independiente sin influencia de profesionales.

- No puede aplicarse “sistema ciego” ni para el paciente ni el cirujano.
- La resección histeroscópica se realizó más tarde de lo previsto en el protocolo (a veces 2º o 3º mes tras randomización)
- Curva de aprendizaje de los profesionales diferente entre los centros participantes.
- Los cuestionarios de calidad de vida eran genéricos, no existen formularios diseñados para este tipo de trastorno.
- Pérdida de seguimiento especialmente en el grupo control.
- Tanto en el grupo intervención como en el grupo control se administraron diferentes tratamientos hormonales en los 6 meses de seguimiento, no protocolizados (además de las intervenciones realizadas en el grupo control)

2.5 Interpretación:

La disminución del sangrado postmenstrual en el grupo de la resección histeroscópica está en la línea de estudios previos.

Aunque la reducción del sangrado postmenstrual en números absolutos es escasa, las pacientes se encuentran satisfechas.

Se esperaba que la resección histeroscópica aumentara el tamaño del nicho y se quería evitar la ampliación del nicho innecesaria. Aunque no se encontró una reducción en el miometrio residual en este estudio, hay que interpretar estos resultados con cautela, porque no en todas las mujeres se realizaron las medidas ecográficas en el seguimiento.

Las pacientes estudiadas sólo tenían nichos de pequeño tamaño (3 mm), lo cual no es extrapolable a nichos uterinos de gran tamaño.

El tratamiento del nicho uterino sólo debe realizarse en casos sintomáticos.

Los achos y el DIU de levonorgestrel pueden utilizarse en el tratamiento del nicho uterino aunque su eficacia aún no ha sido probada. La resección histeroscópica debe ser valorada en paciente sintomáticas con miometrio restante > 3 mm.

Además, debemos informar a las mujeres sobre la incertidumbre de si se logrará la reducción del spotting o persistirá, así como otras posibles complicaciones no conocidas condicionadas por la intervención: ectópico en la cesárea, rotura de cicatriz, incompetencia cervical...

Se requieren estudios más a largo plazo para evaluar el coste efectividad de la resección histeroscópica vs tratamientos hormonales.

En conclusión, la resección histeroscópica del nicho reduce el manchado postmenstrual y la incomodidad derivada del mismo en comparación con el manejo expectante a los seis meses de seguimiento en mujeres con un miometrio residual de al menos 3 mm.