

AVANCES

El suelo pélvico

X. Iglesias Guiu

Catedrático jubilado de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Corporació Sanitària Clínic. Barcelona. España.

Quedan ya muy lejos los tiempos en que Kelly (1914) publicó su trabajo sobre el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de la mujer, que marcó un hito en el diagnóstico y tratamiento de esta dolencia si bien en Francia un urólogo, Marion, había presentado unos años antes un tipo de intervención parecida. Hay que mencionar al Dr. Sims que ya en el siglo XIX abordó de manera eficiente la problemática de las fistulas vesicovaginales, que representaban un verdadero aislamiento social para aquellas mujeres que presentaban una incontinencia de orina continua.

En los años ochenta del siglo pasado se despertó, de nuevo, el interés por el suelo pélvico por parte de urólogos y ginecólogos interesados en el mismo tema y se fundaron la International Continence Society, con mayoría de urólogos, y la International Urogynecological Association, con predominio de ginecólogos.

Poco a poco se fue viendo la necesidad de dedicar esfuerzos humanos y recursos económicos para profundizar en el estudio del suelo pélvico al punto que en la actualidad algunos países, y muy concretamente los Estados Unidos, tienen programas de formación para aquellos posgraduados que, una vez terminada su residencia en obstetricia y ginecología, dedican 3 años más a lo que ellos llaman «Medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva». En España, no tenemos una formación estructurada como ellos pero cada vez hay más ginecólogos y urólogos que se especializan en esta rama de la medicina.

En la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) hay una sección de suelo pélvico, con su junta directiva, cuya misión es progresar y difundir el estudio del suelo pélvico en nuestro país.

Toda esta «movida» está dando ya sus frutos, que repercuten y repercutirán de una forma muy positiva en este grupo de mujeres que padecen los efectos del prolusión y de la incontinencia, tanto urinaria como fecal.

Se están desarrollando nuevos fármacos para el tratamiento de la vejiga hiperactiva, con unos efectos secundarios cada vez menores que permiten un cumplimiento de las tomas por parte de las mujeres. Incluso

está comercializada una preparación (no en nuestro país), la duloxetina, que actúa directamente sobre el núcleo de Onuff, en la médula baja, con efectos en la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.

Se están desenterrando los casi desaparecidos ejercicios de Kegel para el fortalecimiento de los músculos pélvianos a fin de mejorar y, en su caso, curar las incontinencias urinarias.

Los avances más espectaculares se han producido en el campo quirúrgico con la introducción, en el año 1996, por parte de Ulfsten de Suecia y colaboradores del Tension free Vaginal Tape (TVT), con mallas cada vez más seguras y eficaces. Las intervenciones son sencillas de practicar, reproducibles y con una eficacia comprobada que se acerca al 90% y que se mantiene en el tiempo.

Hace poco se ha introducido una técnica de malla que en vez de introducirse en el retropubis se pasa a través de los orificios obturadores, es el *transobturator tape* (TOT), que parece tener los mismos resultados que el TVT sin el inconveniente de tener que recurrir a la cistoscopia sistemática de control.

Para facilitar todavía más la introducción de las pequeñas mallas, se han desarrollado unos sistemas de enganche de las mallas mucho más cortos y que penetran mínimamente en los tejidos parauretrales, como son el TVT Secure de Gynecare y el Needleless de Neomedic.

También en nuestro país se ha desarrollado un sistema de la casa Neomedic llamado REMEX (Regulación mecánica externa), un sistema muy ingenioso que permite regular la tensión del cabestrillo con una pequeña intervención bajo anestesia local.

A medida que se acumula la experiencia en la utilización de mallas para la incontinencia urinaria de esfuerzo, aumenta la oferta de mallas de mayor volumen para la corrección de los defectos anteriores (cistoceles), posteriores (rectoceles) y medios (enteroceles y douglasceles). Los prolapsos totales posthisterectomía se solucionan con más eficacia con colposacrofijaciones y es cada vez más frecuente observar cómo estas técnicas se corrigen por vía laparoscópica.

Quisiera llamar la atención sobre el uso de mallas, especialmente las irreabsorbibles, ya que no están exentas de complicaciones como hemorragias, perforaciones vesicales, erosiones, infecciones y otras que requieren a veces tratamientos muy complejos. Hemos de ser muy críticos en aceptar estos materiales hasta que la evidencia nos demuestre que el coste-be-

neficio está ampliamente decantado del lado del beneficio.

Se ha abierto una nueva era; esto nos obliga a prepararnos adecuadamente, a investigar en este campo y a usar el sentido común a fin de que todas estas técnicas signifiquen un verdadero avance en el diagnóstico y tratamiento de las patologías del suelo pélvico.