

EDITORIAL

Todos los problemas del suelo pélvico que podemos solucionar sin mallas... Un mes operando en la India

La segunda quincena del pasado marzo y la primera de abril las hemos pasado en la región de Anantapur, en el hospital de Kalyandurg, de la Fundación Vicente Ferrer, en un programa de formación de ginecólogos locales en temas relacionados con las disfunciones del suelo pélvico. Aunque es muy difícil realizar en esta región una valoración de la prevalencia de dicha patología, intuimos que es muy alta, y era una inquietud de los ginecólogos locales dar una solución a este grave problema.

Anantapur es una región situada al sur del estado de Andhra Pradesh, en la zona central del sur de India, cuyos habitantes son mayoritariamente *dalits*, la casta más baja, la que nosotros conocemos como «intocables». A pesar de que el régimen de castas está abolido en el país, estas personas se han visto privadas del acceso a la educación, la vivienda y la sanidad hasta que la Fundación Vicente Ferrer se lo ha facilitado.

El hecho de que el prolapso sea tan frecuente y aparezca en mujeres jóvenes es imputable a tres razones: los partos a una edad muy temprana, la gran hipoproteinemia de la población y, finalmente, algún componente genético que debe transmitirse de madres a hijas. Estos problemas también guardan relación con un trabajo muy duro en el campo y con el hecho de tratarse de una población mayoritariamente vegetariana. Además de todo ello, la mortalidad perinatal es muy alta, lo que condiciona múltiples casos de prolapso en mujeres que no tienen ningún hijo vivo.

Las mujeres sin acceso a la sanidad –o con acceso a una sanidad incapaz de resolver sus problemas– han soportado las molestias físicas del prolapso y el rechazo de sus parejas (quienes han visto en ellas unos genitales algo «ambiguos»), y han tenido que vivirlo como un problema sin solución.

En todos los poblados de la región, existen mujeres que actúan como agentes de salud y que recogen los problemas y necesidades de sus habitantes. A nuestra llegada a Anantapur, dichas agentes sociales seleccionaron a todas las mujeres afectadas de disfunciones del suelo pélvico, a las cuales revisamos personalmente junto a los ginecólogos locales, y que rápidamente fueron preparadas para ser operadas.

Las mujeres presentaban una extrema delgadez, con pesos frecuentemente entre los 30 y los 40 kg. A la exploración, nos encontramos ante prolapsos de IV grado, con toda la vejiga extraabdominal, con cérvix hipertróficos, queratinizados y pigmentados por el largo tiempo de evolución del prolapso y que, además, frecuentemente presentaban grandes elongaciones. Observamos asimismo desfondamientos vaginales completos acompañados de un gran cistocele y enterocele. Existían prolapsos en mujeres con uno o dos partos y ningún hijo vivo, con incontinencias urinarias de esfuerzo que las incapacitaba para el desarrollo de su trabajo en el campo, y gravísimos desgarros de periné que habían dado lugar a una cloaca anovaginal. Debíamos, pues, encontrar soluciones que generaran la mínima morbilidad y que mejoraran la calidad de vida de estas mujeres.

M. Fillol Crespo,
R. Gironés Soriano*

Hospital de La Plana.
Villarreal (Castellón).
*Hospital Clínico. Valencia

En el área de Anantapur, la Fundación facilita universalmente la esterilización tubárica mediante una laparoscopia en la que se bloquean las trompas con un anillo elástico. Las mujeres suelen realizarse dicha esterilización tras tener dos o tres hijos vivos. La mayoría de las mujeres con prolapso estaban esterilizadas, y para ellas no era ningún problema someterse a una histerectomía si con ello resolvíamos su problema de prolapso. Sólo las mujeres con prolapso que no tenían hijos vivos deseaban mantener el útero.

Con todas estas premisas, comenzamos a llevar a cabo las cirugías. Inicialmente operábamos nosotros y los ginecólogos locales nos ayudaban. A partir del final de la primera semana pasaron a operar ellos, y éramos nosotros quienes les ayudábamos. Otro hecho destacable fue la incorporación de las ginecólogas a la cirugía del suelo pélvico, la cual, hasta nuestra llegada, había sido atributo exclusivo de los ginecólogos varones.

En los casos de prolapsos con una gran elongación cervical, realizamos la histerectomía vaginal asociando una plitatura de McCall que condicionara la máxima prevención del enterocele y la mayor elevación vaginal. Para ello fijábamos los ligamentos uterosacros conjuntamente con los ligamentos cardinales y los referenciábamos, realizábamos un cierre del peritoneo lo más alto posible, uníamos ambos uterosacros entre sí con tres puntos, y el punto más alto de la unión de los uterosacros lo uníamos al borde vaginal. Para finalizar, cuando acabábamos la plastia anterior, fijábamos los uterosacros que habíamos referenciado previamente al compartimento anterior, a la altura donde habían estado los pilares de la vejiga.

En los casos de prolapso sin elongación de cérvix en los que todo el útero estaba prolapsado, realizamos una histerectomía vaginal y una fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso bilateral. Para una mayor facilidad en la realización de esta cirugía, utilizamos una pinza de Nichols-Veronikis que habíamos llevado desde España y que la Fundación ha facilitado a los ginecólogos locales después de nuestra partida. Todos los desfondamientos vaginales se repararon mediante una fijación al ligamento sacroespinoso bilateral.

En los casos de prolapso en los que debíamos conservar el útero, realizamos una colpotomía posterior, referenciamos los dos ligamentos uterosacros y los fijamos a los ligamentos sacroespinosos.

Las reconstrucciones perineales y del esfínter anal las realizamos con un «overlap» del esfínter y una interposición del elevador del ano y de la fascia rectovaginal, entre la vagina y el recto.

Otro de los problemas que se planteó fue la imposibilidad de comprar los *kits* de cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo por su elevado precio. Se consiguieron unas agujas inventariables, con una muesca en su extremo a la que era posible fijar una sutura de prolene del número 0. De esta forma, con una malla de polipropileno recortada del tamaño de las bandas libres de tensión y fijada en sus extremos mediante el hilo de prolene podían llevarse a cabo las TOT sin complicaciones.

Así, durante un mes trabajando a dos quirófanos, operamos a 126 mujeres con gravísimos prolapsos, sin utilizar mallas, salvo las que se requirieron para las bandas obturatrices transvaginales (TOT).

No es este un alegato contra las mallas. No pretendemos cuestionar su uso ni podemos comparar nuestra situación con la de la India. En absoluto deseáramos prescindir de todos los medios que nos ofrece nuestro sistema sanitario. Pero queríamos destacar que es posible resolver graves problemas de suelo pélvico con la cirugía clásica y con medios limitados. Bienvenidas sean todas las aportaciones de la industria, pero de la misma forma que ponemos empeño en aprender el uso de los nuevos sistemas de anclaje con mallas, sería deseable poner el mismo empeño en mejorar nuestra técnica quirúrgica en la cirugía convencional. No perderíamos en capacidad resolutoria, y posiblemente haríamos un uso más racional de los recursos sanitarios. ■