

EDITORIAL

Presente y futuro de la ecografía del suelo pélvico

Entender los mecanismos fisiopatológicos que hacen que algo ocurra ha sido desde siempre uno de los objetivos primordiales de la ciencia. Sólo con un conocimiento exhaustivo del *porqué* podremos responder al *cómo* solucionarlo. En esto se basa la medicina preventiva. Aun así, hay algunos campos médicos donde, ya sea por desconocimiento científico de lo que sucede, ya por la creencia en lo inevitable o por resignación, la medicina preventiva ha quedado relegada a una mera anécdota. Un ejemplo lo hallamos en la patología del suelo pélvico. Afortunadamente, esto ha ido cambiando en los últimos quince años gracias a una serie de circunstancias que han aportado conocimiento sobre lo que ocurre en esta patología, han facilitado su tratamiento y han dinamitado el tabú de lo inevitable. Buena parte de ello se lo debemos a la minuciosa investigación y la enorme dedicación de algunos profesionales. Pero otro elemento que también ha aportado su grano de arena ha sido, a nuestro entender, la consolidación de la ecografía en el estudio de la patología del suelo pélvico.

Hace cuatro años, en un editorial similar, apuntábamos que la ecografía probablemente iba a ser una herramienta útil y con futuro. Si entonces sólo se trataba de una intuición, hoy podemos afirmar, basándonos en la evidencia científica, que en muchos aspectos ya es una realidad. Un ejemplo claro lo ofrece la valoración del residuo posmiccional mediante ecografía. Se trata de un procedimiento tan sencillo e inocuo que hoy resulta poco justificable hacerlo por sondaje. Además, conocer el residuo posmiccional seguramente sea una de las informaciones más útiles en el estudio de la patología del suelo pélvico, ya que revela una disfunción de vaciado que muchas veces es difícil de valorar clínicamente. Teniendo en cuenta que la prevalencia de las disfunciones de vaciado no es desdeñable, tanto en el prolapso como en la cirugía con mallas, podemos ver en la ecografía una aplicación de primer orden.

Es en el control posquirúrgico donde la ecografía muestra en toda su dimensión el mecanismo fisiopatológico de la incontinencia de esfuerzo. La relativa sencillez en la colocación de mallas libres de tensión en la cirugía antiincontinencia no minimiza la existencia de complicaciones. Así, la ecografía nos proporciona una información útil y veraz acerca del vaciado (residuo posmiccional) y de la situación y disposición de la malla. De forma dinámica, podemos identificar en todo momento la malla suburetral y ver cómo funciona. Tanto la situación como el comportamiento de la malla suelen estar correlacionados con el éxito o fracaso de la cirugía.

Previamente a la cirugía, la ecografía ofrece información sobre los mecanismos anatómicos de la continencia, como la movilidad de la uretra, la efectividad de su esfínter e, indirectamente, la función vesical. Así, se ha constatado que el aumento del grosor de la pared del detrusor medido por ecografía se correlaciona con la vejiga hiperactiva.

Además de todo esto, la ecografía, como instrumento inherente a la labor del ginecólogo, nos ha proporcionado una visión bidimensional y tridimensional de la pelvis de la mujer,

Jordi Cassadó,
Antoni Pessarrodona
Hospital Universitari Mútua
de Terrassa

desde un momento tan crucial como es el embarazo hasta los cambios que aparecen después del parto con el paso del tiempo. El conocimiento del *continente* (las estructuras que sustentan los órganos pélvicos) no como un elemento estático de sostén, sino como una estructura dinámica multifuncional, nos permite avanzar en el estudio de la biomecánica del suelo pélvico, entendiendo sus virtudes y descubriendo sus puntos débiles. Gracias a la ecografía hemos podido ver, por ejemplo, que la utilización del fórceps incrementa el riesgo de lesión del músculo elevador del ano, un elemento clave en la estática del suelo pélvico femenino. En la relación continente-contenido en el momento del parto se abren la mayor parte de expectativas de futuro en la prevención.

Y una vez identificadas estas lesiones (que sabemos que implican un mayor riesgo de prolapso de las estructuras pélvicas en la mujer), ¿cómo deben ser tratadas? Ésta probablemente sea una de las preguntas a las que debemos responder en los próximos años. Parece lógico pensar que el abordaje terapéutico deba ser distinto en función de la integridad del músculo elevador. Quizá, como apuntan diversos autores, la indicación de la utilización de mallas de prolapso deba tener en cuenta estos aspectos.

Sea como sea, la imagen nos ha proporcionado una información de inestimable ayuda, también en lo que atañe a la patología del suelo pélvico. Pero seguimos con algunas incógnitas que debemos desvelar y que aún no tienen respuesta. Entre las principales, cabría señalar las siguientes: ¿podemos prever de alguna manera la lesión en el parto identificando algún parámetro ecográfico? ¿De qué forma debemos tratar a las pacientes con lesión del músculo elevador del ano? ¿Por qué unas pacientes responden a la rehabilitación y otras no? ¿Qué nos proporciona la ecografía en la valoración del esfínter uretral? ¿Y la ecografía transperineal en la valoración del esfínter anal?

Lo genuino de nuestro trabajo es que, a pesar de toda la tecnología que utilicemos, nuestra valoración clínica sigue siendo imprescindible para no malinterpretar las imágenes. Veamos pues en la ecografía la ayuda inestimable que es, pero que nadie se olvide de seguir utilizando el dedo. ■