

El doctor Javier Del Pozo se doctoró en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona en 1973. Diez años después amplió sus estudios sobre laparoscopia ginecológica en Konstanz, Alemania, junto al profesor Fragenheim. Actualmente ejerce en el colectivo de ginecólogos asociados bajo el nombre de Clínica Ginecológica que tiene su sede en la Clínica Teknon de Barcelona, y es el responsable de la Unidad de Endoscopia ginecológica y Coordinador del Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Endometriosis (GETE). Apuesta por una cirugía mínimamente invasora y que no altere la naturaleza de la mujer, aunque afirma que las españolas todavía desconocen todas las posibilidades que ofrece la ciencia.

Presente en los foros europeos especializados en ginecología, el doctor Javier Del Pozo se atreve a hablar de utopías y predice que las nuevas tecnologías permitirán operaciones a distancia. Asegura que la mejor cirugía es la que permite conservar la naturaleza sensual de la mujer.

JAVIER DEL POZO

XIANA SICCARDI

Coordinador de la Unidad de Endoscopia Ginecológica de la Clínica Teknon de Barcelona

«La cirugía de la mujer es cada vez más conservadora y menos dolorosa»

Mª Ángeles Torres

«Cuando hace años se vaciaba a las mujeres a partir de los 45 años para prevenir el cáncer y perdían los ovarios, con ellos también perdían su sensualidad»



-¿Cuáles son los avances más punteros en ginecología?

-En la Clínica Teknon utilizamos las técnicas más modernas por laparoscopia. Esta técnica ha revolucionado la cirugía ginecológica al ser mínimamente invasora y conservadora. Hacemos histerectomías por laparoscopia, aneختomías, tratamos problemas de ovarios y endometriosis mediante láser de CO2. Como un tema novedoso tenemos la cirugía por laparoscopia del suelo pelviano.

-¿Cuánto miden estas incisiones?

-Normalmente se practican tres cortes de menos de un centímetro, lo que supone ventajas cosiméticas porque apenas hay cicatrices. Pero lo realmente importante es el post-operatorio. Hoy día hay muy pocas indicaciones para abrir el abdomen a una señora ante un problema quirúrgico ginecológico. Nosotros solucionamos el 92 por ciento de las patologías benignas por laparoscopia. Cuando se trata de un cáncer es otro tema, hay que hacer entonces una cirugía más radical.

-¿Por laparoscopia también se realiza una cirugía reparadora?

-Sí, como puede ser la cirugía por laparoscopia del suelo pelviano. Las señoras, con los años, son propensas a que se produzca un descenso de la matriz, de los ovarios, de la vejiga y del recto. Por laparoscopia podemos corregir y tensar esta zona muscular. Es una zona que resulta afectada por partos o lesiones, y si se destensa da lugar a incontinencias tanto de orina como fecales.

Cicatrices mínimas

-¿Cuándo surgió esta técnica?

-Las primeras laparoscopias modernas se realizaron en 1948 de la mano de Raul Palmer, un ginecólogo francés que comenzó a utilizar una óptica. Pero fue en los 80, con la revolución del láser, cuando comenzaron a hacerse las verdaderas intervenciones por laparoscopia, porque el láser permite tener una gran precisión para quemar estructuras sin dañar el entorno.

-La laparoscopia permite, con una incisión mínima en el abdomen, extraer un órgano entero. ¿Cómo es posible?

-Utilizamos varias técnicas, pero se resumen en dos: por la vía del fondo de saco del Douglas -hacer una incisión desde el fondo de la vagina- o intervenir utilizando morceladores, que son unos aparatos con un pequeño motor que

se introducen dentro del útero, y que con unas cuchillas seccionan el órgano que luego se extrae por unas incisiones realizadas en el abdomen.

-¿Cuánto miden estas incisiones?

-Normalmente se practican tres cortes de menos de un centímetro, lo que supone ventajas cosiméticas porque apenas hay cicatrices. Pero lo realmente importante es el post-operatorio. Hoy día hay muy pocas indicaciones para abrir el abdomen a una señora ante un problema quirúrgico ginecológico. Nosotros solucionamos el 92 por ciento de las patologías benignas por laparoscopia. Cuando se trata de un cáncer es otro tema, hay que hacer entonces una cirugía más radical.

-¿Por laparoscopia también se realiza una cirugía reparadora?

-Sí, como puede ser la cirugía por laparoscopia del suelo pelviano. Las señoras, con los años, son propensas a que se produzca un descenso de la matriz, de los ovarios, de la vejiga y del recto. Por laparoscopia podemos corregir y tensar esta zona muscular. Es una zona que resulta afectada por partos o lesiones, y si se destensa da lugar a incontinencias tanto de orina como fecales.

-¿Y cómo se vuelve a tensar?

-Por laparoscopia tensamos la zona con mallas y suspendemos las estructuras en el sacro. Así se recupera la firmeza durante mucho tiempo.

-Entonces, ¿en qué tipo de operaciones se debe «abrir» a la mujer?

-A la mujer hay que conservarle todo lo necesario. Se trata de respetar y preservar su equilibrio biológico

y fisiológico, lo que llamamos el «ecosistema» de la mujer. Antes se decía que a las mujeres mayores de 45 años se les debía quitar los ovarios para prevenir el cáncer. Hoy nos parece una intervención con pocas indicaciones. Practicamos una cirugía cada vez más conservadora intentando dejar el cuello uterino en pacientes sin riesgo de sufrir cáncer de cérvix. A las mujeres con problemas de hemorragias o fibromas en la matriz les quitamos el cuerpo uterino dejando los ovarios y el cuello de la matriz si está indicado. El post-operatorio es muy breve, casi sin dolor, y en 15 días la mujer recupera su actividad normal.

-¿Qué ocurre con su deseo sexual?

-Se debe respetar el cuello uterino porque hay mujeres que tienen

orgasmos profundos en el tercio superior de la vagina. Siempre se intenta no alterar los hábitos sexuales.

-Se tiene muy presente la fisiología femenina en comparación a años atrás. ¿A qué se debe el cambio?

-La mujer ha evolucionado mucho en España, aunque con cierto retraso en relación a otros países. Nuestro problema es que no tenemos tecnología propia. Hay que importarla. Este hecho ha retardado la predisposición de algunos ginecólogos para realizar este tipo de cirugía.

-¿De dónde vienen estas técnicas?

-De la Escuela francesa, italiana, alemana... La Clínica Teknon, al tener una buena tecnología, puede realizar este tipo de cirugía.

-¿La mujer conoce estos avances?

-Antes había ginecólogos que, para evitar problemas, realizaban a la mujer una laparotomía, que era abrir el abdomen y quitarlo todo. Es una actitud poco respetuosa para la mujer. De hecho, ha sido la mujer quien ha cambiado a los ginecólogos.

Desconocimiento

-Pues parece que la mujer ha tomado las riendas...

-Lo que sorprende es que la mujer española todavía es poco consciente de los avances ginecológicos. Ha habido un cambio muy importante en los últimos 25 años, y conocerlos significa presionar al ginecólogo para que utilice los mejores métodos. Hay mujeres que me preguntan: ¿Y si me quitan la matriz voy a tener una menopausia? No. La menopausia se produce cuando el ovario no funciona. Y cuando se lo quitan se produce una menopausia más brusca. Por ello se deben conservar los ovarios, porque de ellos depende su sensualidad, no su sexualidad.

-Entonces, en el caso de un vaciado, ¿qué pierde la mujer?

-Su feminidad. La pérdida de los ovarios es un proceso brutal para la mujer. Una mujer sin ovarios puede tener una sexualidad gratificante, pero pierde la sensualidad.

-¿En qué se nota esta sensualidad?

-Se nota en el síndrome climatérico, en una sequedad vaginal, en problemas urinarios, desinterés hacia el sexo contrario, en la pérdida de capacidad de seducción...

-¿Cuáles son las utopías actuales en ginecología?

-Lo que era una utopía hace 15 años se ha ido desvelando. Yo terminé la carrera en el año 73 y me parecía una utopía la fecundación «in vitro». Ahora la hemos superado y hablamos de clonación, de ingeniería genética, del genoma... Y lo mismo con la tecnología, como la robótica. Hoy se pueden realizar operaciones por laparoscopia a distancia con un robot, un scanner y un ordenador. Ya no es ciencia ficción, lo que ocurre que es una tecnología muy cara y no se aplica de manera habitual. Pronto se hablará de una cirugía programada por ordenador. De todas formas, siempre se debe buscar un buen cirujano.