



R. Rodríguez. MADRID

El embarazo transforma el cuerpo de la mujer más allá de lo que puede apreciarse a simple vista. Durante nueve meses, el organismo experimenta cambios hormonales, metabólicos y anatómicos. La mayoría son fisiológicos y reversion tras el parto, pero algunos pueden favorecer la aparición de determinadas patologías o hacer visibles problemas que hasta entonces habían pasado inadvertidos.

Piedras en la vesícula, diástasis de los músculos abdominales, hernias umbilicales o epigástricas, hemorroides y fisuras anales son algunos ejemplos. Problemas diferentes entre sí, pero unidos por un mismo factor: los profundos cambios del organismo femenino durante la gestación.

«Existe cierta tendencia a considerar que muchas molestias que aparecen después de tener un hijo son una consecuencia inevitable del embarazo o del parto. Sin embargo, cuando persisten, generan dolor o limitan la actividad diaria, conviene estudiarlas y determinar exactamente su causa», explica el doctor Santos Jiménez de los Galanes, jefe de equipo de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Ruber Internacional, del Grupo Quirónsalud.

La vesícula también cambia

Uno de los problemas digestivos relacionados con la gestación es la litiasis biliar. El aumento de los estrógenos favorece una mayor saturación de colesterol en la bilis, mientras que la progesterona disminuye la contractilidad de la vesícula y ralentiza su vaciamiento. La combinación facilita la formación de barro biliar y cálculos.

Por eso, algunas mujeres presentan su primer cólico biliar durante el embarazo o en los meses posteriores. El síntoma más característico es un dolor intenso en la parte superior derecha del abdomen o en el epigastrio, que aparece con frecuencia tras las comidas y, en ocasiones, irradiado hacia la espalda. También pueden aparecer náuseas, vómitos, hinchazón o distensión abdominal.

«No todas las piedras en la vesícula necesitan tratamiento, pero cuando existen episodios repetidos o aparecen complicaciones como colecistitis, pancreatitis o migración de cálculos a la vía biliar es necesaria una valoración especializada», señala el cirujano.

La colecistectomía laparoscópica continúa siendo el tratamiento de referencia cuando la litiasis es sintomática. Sin embargo, en situaciones seleccionadas pueden plan-



El objetivo no es operar más, sino seleccionar mejor a la paciente y ofrecer la alternativa menos invasiva

Las otras huellas que deja el embarazo

► Piedras en la vesícula, diástasis, hernias o hemorroides son algunos de los cambios que no desaparecen tras la gestación

tearse procedimientos mínimamente invasivos destinados a preservar la vesícula y extraer solo los cálculos, una alternativa que requiere una selección rigurosa del paciente y que actualmente no sustituye al tratamiento estándar.

Diástasis abdominal

La pared abdominal también se enfrenta durante el embarazo a una transformación. A medida que aumenta el tamaño del útero, los músculos rectos abdominales se separan. Es lo que se conoce como diástasis de rectos abdominales.

En mayor o menor medida se trata de un fenómeno fisiológico durante el embarazo. El problema surge cuando pasan los meses y la pared abdominal no recupera adecuadamente su anatomía y, sobre todo, su funcionalidad.

Según el especialista, la diástasis no debe entenderse únicamente como un problema estético. La pared abdominal participa de manera decisiva en la estabilidad del tronco y, cuando existe una separación importante, pueden aparecer debilidad del core, alteraciones posturales, molestias abdominales o dolor lumbar.



Dr. Santos Jiménez de los Galanes

Durante los primeros meses del posparto, la recuperación natural de los tejidos, acompañada de fisioterapia y de un programa de fortalecimiento de la musculatura abdominal profunda, puede conseguir una gran mejoría. La clave, advierte el especialista, no consiste solo en hacer más ejercicio, sino en realizar el adecuado.

Cuando la diástasis persiste pese a un tratamiento rehabilitador, provoca síntomas o se acompaña de una hernia, puede valorarse una reconstrucción quirúrgica de la pared abdominal. Las técnicas mínimamente invasivas permiten en pacientes seleccionadas reconstruir la línea media y tratar simultáneamente las hernias asociadas mediante pequeñas incisiones.

¿Diástasis o hernia?

Aunque pueden aparecer juntas, no son lo mismo. En la diástasis existe una separación de los músculos rectos y un ensanchamiento de la línea alba, pero no necesariamente un defecto de la pared abdominal. En una hernia sí existe un orificio por el que puede protruir contenido abdominal. Durante el embarazo, la distensión de la pared

abdominal y el aumento de la presión intraabdominal pueden favorecer la aparición de hernias. Algunas se manifiestan como un pequeño bulto; otras producen molestias al hacer ejercicio, toser, cargar peso o estar de pie. «Cuando coexisten una diástasis importante y una hernia debemos valorar la pared abdominal en su conjunto. No se trata solo de cerrar el pequeño defecto que vemos, sino de plantear el tratamiento más adecuado para la paciente», apunta el doctor Jiménez de los Galanes.

Hemorroides y fisuras

El crecimiento del útero aumenta la presión sobre el sistema venoso pélvico, los cambios hormonales afectan a los tejidos y a la circulación y, además, durante la gestación es frecuente el estreñimiento. A ello se suma el esfuerzo que puede producirse durante un parto vaginal. Así, sangrado, picor, sensación de ocupación anal, prolapso hemorroidal o episodios dolorosos de trombosis pueden aparecer incluso en mujeres que nunca habían presentado estos problemas.

La buena noticia es que muchas hemorroides asociadas al embarazo mejoran espontáneamente. Por ello, suele apostarse por medidas conservadoras. «Hoy disponemos de distintas alternativas que permiten adaptar el tratamiento al tipo y grado de enfermedad hemorroidal», explica el doctor Jiménez de los Galanes. Entre ellas se encuentran diferentes procedimientos y técnicas mínimamente invasivas que, en determinados pacientes, pueden reducir el dolor postoperatorio y facilitar una recuperación más rápida, incluyendo el empleo del láser, toxina botulínica o plasma rico en plaquetas.

La recuperación tras un embarazo necesita tiempo y no todos los cambios requieren tratamiento. Pero tampoco deberían normalizarse indefinidamente síntomas que afectan a la calidad de vida. Algunas alteraciones desaparecerán espontáneamente; otras responderán a la fisioterapia, al ejercicio, a modificaciones dietéticas o al tratamiento médico, y un grupo más reducido requerirá cirugía. Además, salvo que exista una complicación que aconseje intervenir antes, las decisiones quirúrgicas suelen plantearse teniendo en cuenta la posibilidad de futuros embarazos. «El objetivo actual no es operar más, sino seleccionar mejor a quién necesita tratamiento y ofrecer la alternativa menos invasiva que permita resolver el problema. En una mujer joven y activa, recuperar la función debe ser tan importante como recuperar la anatomía», concluye el especialista.

Resulta un error normalizar el dolor, el sangrado o una pared abdominal débil tras el parto