

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA

# PRÁCTICA

Marzo-Abril 2026

Año MMXXVI

807

## ARTÍCULO ORIGINAL

**Láser erbio:yag intrauterino no ablativo en endometrio fino refractario: serie de casos prospectiva intervencionista**

*De La Torre Mena D, Eguiluz Gutiérrez-Barquín I, Megías Bringas C, Cortés Cros E, Barber Marrero MA*

**Eficacia y seguridad de óvulos vaginales con ácido hialurónico a altas dosis y vitamina E en la atrofia vulvovaginal postmenopáusica. Estudio observacional prospectivo**

*Huertas Fernández MA, Solís Villamarzo Isabel, Lucena Porras MA, Hachem I; Famián Hernández Abdelah J*

## REVISIÓN DE CONJUNTO

**¿Hasta dónde nos pueden llevar las Infecciones de Transmisión Sexual?**

*Lanchares Pérez-Lasarte JL*

## CASO CLÍNICO

**Riñón pélvico único, caso clínico y revisión de la literatura**

*Martín R, Garrigós C, Díaz-Toledo B, Luis A, Escribano JJ*

**Síndrome de Adams-Oliver, caso clínico y revisión de la literatura**

*Martín R, Van Vroenhoven MJ, Gonzalez I, Chivato L, Escribano JJ*

**A propósito de un caso: Sospecha de carcinomatosis peritoneal por prueba de imagen con diagnóstico histológico de peritonitis granulomatosa**

*Sánchez J, Sánchez DA, Morales S*

## TRIBUNA HUMANÍSTICA

**Agnódice: mujer y ginecóloga ...la primera de la historia**

*González Rodríguez SP, Lanchares Pérez-Lasarte, JL*

## CRÍTICA DE LIBROS

**Historial de los catedráticos de obstetricia y ginecología en la facultad de medicina de la universidad de Salamanca durante el siglo XX**

*Lanchares Pérez-Lasarte JL*





Revista de Formación  
Continuada. Fundada en 1936  
por el Sr. F. García Sicilia y el  
Dr. F. Luque Beltrán.  
Es propiedad de los  
profesores Bajo Arenas  
y Cruz y Hermida.

editorial  
**SELENE**

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

**DIRIGIDA A:**  
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

**INDEXADA EN:**  
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,  
Embase Alerts, Sedbase

**CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:**  
Calle Jérez, 21  
28231 Las Rozas  
Madrid

**Correo electrónico:**  
[mpazle@tokoginecologiapractica.com](mailto:mpazle@tokoginecologiapractica.com)

**Periodicidad:**  
6 números al año

**Disponible en Internet:**  
[www.tokoginepractica.com](http://www.tokoginepractica.com)

**EDICIÓN PUBLICIDAD**  
91 639 59 65

**SUSCRIPCIONES**  
91 639 59 65

**SUSCRIPCIÓN GRATUITA**  
Nuevas suscripciones enviar email a:  
[mpazle@tokoginecologiapractica.com](mailto:mpazle@tokoginecologiapractica.com)

**PUBLICACIÓN AUTORIZADA**  
como soporte válido:  
Ref. SVR núm 117-R-CM

**ISSNO:** 0040-8867

**DEPÓSITO LEGAL:** M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

**DIRECTOR**

Bajo Arenas, J.M

**DIRECTOR CIENTÍFICO**

Huertas Fernández, M.A

**EDITORES**

Palacios Gil-Antuñano, S  
Mendoza Ladrón de Guevara, N  
Marcos Fernández, M  
Escribano Tórtola, JJ

**SECRETARIOS DE REDACCIÓN**


Orozco Fernandez, R  
Gonzalez Rodriguez, S

---

**COMITE CIENTÍFICO**

Acién Álvarez, P.  
Álvarez de los Heros, J.I.  
Álvaro Navidad, P  
Barri Ragué, P. N.  
Barrio Fernández, P. del  
Bonilla Musoles, F.  
Bruna Catalan, I.  
Calleja Abu-Amshah, J.  
Carrasco Rico, S.  
Cortés Bordoy, J.  
Cristóbal García, I.  
Cruz-Hermida González, L.  
Díaz Recasens, J.  
Espuña Pons, M.  
Ferrer Barriendos, J.  
Fuente Pérez, P. de la  
Fuente Ciruela, P. de la  
Fuente Valero, J. de la  
Galindo Izquierdo, A  
García Benasach, F

González González, A.  
Hernández Aguado, J.J.  
López García, G.  
Losa Domínguez, F.  
Martínez Pérez, O.  
Martínez-Astorquiza, T.  
Miguel Sesmero, J. R. de  
Noguero Meseguer, R.  
Pérez-Medina, T.  
Pingarron Santofimia, MC  
Plaza Arranz, J  
Ramírez Medina, E  
Sánchez Borrego, R.  
San Frutos Llorente, L.  
Troyanno Luque, J.  
Usandizaga Calpasoro, M.  
Usandizaga Elio, R.  
Vidart Aragón, J. A.  
Zapardiel Gutiérrez, I





# SUMARIO

AÑO MMXXVI ♦ MARZO-ABRIL 2026 ♦ NÚMERO 807

## ARTÍCULO ORIGINAL

**Láser erbio: yag intrauterino no ablativo en endometrio fino refractario: serie de casos prospectiva intervencionista**

*De La Torre Mena D, Eguiluz Gutiérrez-Barquín I, Megías Bringas C, Cortés Cros E, Barber Marrero MA* ..... 56

**Eficacia y seguridad de óvulos vaginales con ácido hialurónico a altas dosis y vitamina E en la atrofia vulvovaginal postmenopáusica. Estudio observacional prospectivo**

*Huertas Fernández MA, Solís Villamarzo Isabel, Lucena Porras MA, Hachem I; Famián Hernández Abdelah J* ..... 63

## REVISIÓN DE CONJUNTO

**¿Hasta dónde nos pueden llevar las Infecciones de Transmisión Sexual?**

*Lanchares Pérez-Lasarte JL* ..... 71

## CASO CLÍNICO

**Riñón pélvico único, caso clínico y revisión de la literatura**

*Martín R, Garrigós C, Díaz-Toledo B, Luis A, Escribano JJ* ..... 78

**Síndrome de Adams-Oliver, caso clínico y revisión de la literatura**

*Martín R, Van Vroenhoven MJ, Gonzalez I, Chivato L, Escribano JJ* ..... 83

**A propósito de un caso: Sospecha de carcinomatosis peritoneal por prueba de imagen con diagnóstico histológico de peritonitis granulomatosa**

*Sánchez J, Sánchez DA, Morales S* ..... 88

## TRIBUNA HUMANÍSTICA

**Agnódice: mujer y ginecóloga ...la primera de la historia**

*González Rodríguez SP, Lanchares Pérez-Lasarte, JL* ..... 96

## CRÍTICA DE LIBROS

**Historial de los catedráticos de obstetricia y ginecología en la facultad de medicina de la universidad de Salamanca durante el siglo XX**

*Lanchares Pérez-Lasarte JL* ..... 103



# CONTENTS

MMXXVI YEARS ♦ MARCH-APRIL 2026 ♦ NUMBER 807

## ORIGINAL

**Láser erbio:yag intrauterino no ablativo en endometrio fino refractario: serie de casos prospectiva intervencionista**  
*De La Torre Mena D, Eguiluz Gutiérrez-Barquín I, Megías Bringas C, Cortés Cros E, Barber Marrero MA* ..... 56

**Efficacy and safety of highdose hyaluronic acid and vitamin E vaginal ovules in postmenopausal vulvovaginal atrophy**  
*Huertas Fernández MA, Solís Villamarzo Isabel, Lucena Porras MA, Hachem I; Famián Hernández Abdelah J* ..... 63

## REVISION

**How far can sexually transmitted infections take us?**  
*Lanchares Pérez-Lasarte JL* ..... 71

## CASE REPORT

**Solitary pelvic kidney, case report and review of the literature**  
*Martín R, Garrigós C, Díaz-Toledo B, Luis A, Escribano JJ* ..... 78

**Adams Oliver's syndrome, case report and review of the literature**  
*Martín R, Van Vroenhoven MJ, Gonzalez I, Chivato L, Escribano JJ* ..... 83

**Regarding a case: Suspicion of peritoneal carcinomatosis based on imaging, with a histological diagnosis of granulomatous peritonitis**  
*Sánchez J, Sánchez DA, Morales S* ..... 88

## TRIBUNA HUMANÍSTICA

**Agnodice: woman and gynecologist...the first in history**  
*González Rodríguez SP, Lanchares Pérez-Lasarte, JL* ..... 96

## BOOK REVIEW

**History of the Professors of Obstetrics and Gynecology at the Faculty of Medicine of the University of Salamanca during the 20th Century**  
*Lanchares Pérez-Lasarte JL* ..... 103

## Artículo Original

# Láser erbio:yag intrauterino no ablativo en endometrio fino refractario: serie de casos prospectiva intervencionista

Non-ablative intrauterine er:yag laser for refractory thin endometrium: a prospective interventional case series

De La Torre Mena D, Eguiluz Gutiérrez-Barquín I, Megías Bringas C, Cortés Cros E, Barber Marrero MA

*Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Vithas Las Palmas.  
Universidad del Atlántico Medio.  
Las Palmas de Gran Canaria*

### RESUMEN

**Introducción:** El endometrio fino refractario continúa representando un desafío en los programas de reproducción asistida. Diversas estrategias terapéuticas han sido propuestas, aunque la evidencia disponible continúa siendo limitada y heterogénea.

**Objetivo:** Evaluar la factibilidad técnica, la seguridad y la respuesta endometrial tras la aplicación intrauterina de láser Erbio:YAG no ablativo en pacientes con endometrio fino refractario.

**Material y métodos:** Serie de casos prospectiva intervencionista. Todas las pacientes fueron sometidas a tratamiento intrauterino mediante láser Erbio:YAG no ablativo bajo control ecográfico. Los objetivos primarios fueron evaluar la factibilidad técnica del procedimiento y la seguridad a corto plazo. Como objetivos secundarios

exploratorios se analizaron el cambio en el grosor endometrial y los resultados reproductivos posteriores.

**Resultados:** El grosor endometrial medio aumentó de  $4,56 \pm 1,32$  mm a  $7,09 \pm 1,54$  mm, con una diferencia media de  $+2,54$  mm. El tamaño del efecto fue elevado (Cohen  $d = 1,45$ ). El 71,4 % de las pacientes alcanzaron un grosor endometrial  $\geq 7$  mm. La tasa de embarazo bioquímico fue del 71,4 % y la tasa de embarazo clínico del 57,1 %.

**Conclusiones:** La aplicación intrauterina de láser Erbio:YAG no ablativo parece ser un procedimiento factible y seguro en pacientes con endometrio fino refractario.

**Palabras clave:** Endometrio fino; Fecundación in vitro; Ovodonación; Láser Erbio-YAG; Tratamiento regenerativo uterino.

CORRESPONDENCIA:

**David de la Torre Mena**  
Federico de Leon 2  
35005. Las Palmas  
david.delatorre@vithas.es

### ABSTRACT

**Introduction:** Refractory thin endometrium continues to represent a significant challenge in assisted reproductive technology programs. Several therapeutic strategies have been proposed; however, the available evidence remains limited and heterogeneous.

**Objective:** To evaluate the technical feasibility, safety, and endometrial response following intrauterine

application of non-ablative Er:YAG laser in patients with refractory thin endometrium.

**Materials and Methods:** Prospective interventional case series. All patients underwent intrauterine treatment using a non-ablative Er:YAG laser under ultrasound guidance. The primary objectives were to assess the technical feasibility of the procedure and its short-term safety. Exploratory secondary outcomes included changes in endometrial thickness and subsequent reproductive outcomes.

**Results:** Mean endometrial thickness increased from  $4.56 \pm 1.32$  mm to  $7.09 \pm 1.54$  mm, with a mean difference of  $+2.54$  mm. The effect size was large (Cohen's  $d = 1.45$ ). A total of 71.4% of patients achieved an endometrial thickness  $\geq 7$  mm. The biochemical pregnancy rate was 71.4%, and the clinical pregnancy rate was 57.1%.

**Conclusions:** Intrauterine application of non-ablative Er:YAG laser appears to be a feasible and safe procedure in patients with refractory thin endometrium.

**Keywords:** Thin endometrium; In vitro fertilization; Oocyte donation; Erbium:YAG laser; Uterine regenerative therapy.

## INTRODUCCIÓN

La implantación embrionaria exitosa requiere un adecuado desarrollo embrionario en sincronía con un endometrio receptivo. En la práctica clínica, un crecimiento endometrial suficiente constituye un requisito indispensable para lograr la implantación. Se considera que el grosor endometrial mínimo recomendado para la transferencia embrionaria (TE) es de 7 mm al final de la fase folicular (1). El endometrio fino refractario a los tratamientos convencionales continúa representando un desafío en las técnicas de reproducción asistida (TRA), ya que con frecuencia conduce a la cancelación del ciclo y a la criopreservación no planificada de embriones (2). Se han propuesto diversas estrategias terapéuticas para su manejo, entre ellas la administración prolongada de estrógenos exógenos, aspirina a dosis bajas, vitamina E, citrato de sildenafil vaginal, electroacupuntura y la aplicación de terapias físicas basadas en energía (3-7). No obstante, un número considerable de pacientes continúa sin mostrar respuesta adecuada incluso tras la aplicación de estas intervenciones. El láser Erbio-YAG es una tecnología ampliamente utilizada en

ginecología regenerativa por su capacidad para inducir un efecto térmico controlado no ablativo, favoreciendo la neocolagénesis, la angiogénesis y la remodelación del tejido conectivo (8). La aplicación endocavitaria mediante la pieza intrauterina R09-Gu permite una distribución homogénea de la energía láser en el tejido diana, estimulando procesos de regeneración tisular sin provocar daño estructural significativo (7). Sin embargo, la evidencia disponible sobre su aplicación específica en el tratamiento del endometrio fino refractario sigue siendo limitada. El presente estudio se diseñó con el objetivo de evaluar la eficacia del tratamiento regenerativo intrauterino con láser Erbio-YAG en mujeres infértiles con endometrio fino refractario ( $\leq 7$  mm).

## OBJETIVOS

### Objetivos primarios

- Evaluar la factibilidad técnica de la aplicación intrauterina de láser Erbio:YAG.
- Evaluar la seguridad a corto plazo del procedimiento.

### Objetivos secundarios

- Describir la variación del grosor endometrial tras la intervención.
- Reportar de forma descriptiva los resultados reproductivos posteriores a la transferencia embrionaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Serie de casos prospectiva intervencionista realizada entre enero de 2025 y enero de 2026 en la Unidad de Medicina Reproductiva del Hospital Universitario Vithas Las Palmas.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité ético institucional. Todas las pacientes firmaron consentimiento informado específico antes de la realización del procedimiento.

### Criterios de inclusión

- Endometrio persistente  $< 7$  mm en ciclos de terapia hormonal sustitutiva.
- Cancelación previa de transferencia embrionaria por endometrio fino.

### Criterios de exclusión

- Infección uterina activa.
- Sinequias uterinas no tratadas.

- Hiperplasia endometrial.
- Malformaciones uterinas.

Población de estudio: Se incluyeron 14 pacientes con antecedentes de grosor endometrial máximo inferior a 7 mm el día de inicio de progesterona en ciclos previos de terapia hormonal sustitutiva (THS), lo que había condicionado la cancelación de ciclos de TE y la criopreservación no planificada de embriones. Todas las pacientes presentaban endometrio fino persistente pese a tratamiento estrogénico convencional. Posteriormente, fueron sometidas a ciclos de TE diferida. Las características clínicas y reproductivas se detallan en la Tabla 1.

Protocolo de THS: En los ciclos convencionales se administró valerato de estradiol (Progynova®, Bayer Schering Pharma) a dosis inicial de 6 mg/día desde el día 3 del ciclo menstrual, incrementándose progresivamente hasta un máximo de 12 mg/día según respuesta endometrial. En todos los casos, el grosor endometrial previo al tratamiento láser fue inferior a 7 mm (media  $4,56 \pm 1,32$  mm), lo que motivó la indicación de tratamiento regenerativo intrauterino.

Tratamiento intrauterino con láser Erbium:YAG: El tratamiento regenerativo se realizó mediante láser Erbium:YAG utilizando el sistema SP Dynamis® (Fotona) con pieza intrauterina R09-Gu (Figura 1). La aplicación se efectuó en la cavidad uterina el día 10 del ciclo de THS. Se emplearon parámetros no ablativos dirigidos a inducir estimulación térmica controlada del estroma endometrial (Tabla 2). El grosor endometrial se reevaluó a las 72 horas. El procedimiento se repitió a los 30 días con los mismos parámetros técnicos. Todas las pacientes fueron evaluadas previamente y firmaron consentimiento informado específico para el tratamiento intrauterino con láser. El procedimiento se realizó en quirófano, de forma ambulatoria, sin anestesia y bajo control ecográfico transabdominal continuo (Figura 2). La punta de la pieza R09-Gu se posicionó inicialmente en el fundus uterino (Figura 3). Posteriormente, se realizó una retirada progresiva en dirección al orificio cervical interno, administrando 4 pulsos cada 2,5 mm. Se efectuaron tres pases longitudinales en la línea derecha del

endometrio. A continuación, tras rotar la pieza 30 grados, se realizaron tres pases adicionales en la línea central y otros tres en la línea izquierda, siguiendo el mismo patrón técnico (Figura 4). Todas las pacientes fueron dadas de alta inmediatamente tras el procedimiento.

Evaluación ecográfica: El grosor endometrial se midió mediante ecografía transvaginal en el punto de mayor espesor en el plano sagital longitudinal uterino. Cada medición se realizó tres veces consecutivas por un ecografista experimentado, registrándose el valor medio.

Análisis estadístico: El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS versión 29.9 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Las variables cuantitativas se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar, mientras que las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. La comparación del grosor endometrial antes y después del tratamiento se realizó

**TABLA 1**

Paciente	Edad	Etiología	HSk	N° Transfer	mm1	mm2	Tratamiento	Embarazo	Embarazo Clínico
1	45	Factor ovárico Masculino	Si	5	5	6.5	Ovodonación	Si	Parto
2	46	Factor ovárico Masculino	Si	1	1	6	Ovodonación + Semen donante	Si	Cesárea
3	43	Factor ovárico	Si	2	3	6	Ovodonación	Si	Cesárea
4	49	Factor ovárico Masculino	Si	4	4.1	7.5	Ovodonación	Si (2)	Aborto
5	38	Factor femenino	no	2	4.7	5.4	FIV	No	No
6	45	Factor ovárico	No	3	4.7	7.2	Ovodonación	Si	Aborto
7	42	Factor ovárico Masculino	Si	1	5	8.3	FIV	Si	Parto
8	33	Factor ovárico Masculino	Si	5	5	5	FIV	No	No
9	43	Factor ovárico Masculino	Si	1	5	6	Ovodonación	Si	Cesárea
10	44	Factor ovárico Masculino	Si	3	4.5	7	Ovodonación	No	No
11	42	Factor ovárico	Si	1	4.8	7.5	Ovodonación	Si	Aborto
12	44	Factor ovárico	Si	3	5	8.7	Ovodonación	Si	Cesárea
13	43	Factor ovárico	Si	6	7	7.2 Normal	Ovodonación	Si	Parto Fórceps
14	40	Factor ovárico Masculino	No	3	5	11	FIV	Si	Cesárea

**PIE DE TABLA 1**

Características clínicas y Reproductivas. HSk (Histeroscopia). N° (numero). mm (milímetros). FIV (Fecundación in vitro).

**TABLA 2**

PIEZA DE MANO	MODO	SPOT	FLUENCIA	REPETICIÓN	PULSOS	PASES
R09-2Gu	SMOOTH	4mm	1.5 J/Cm2	1.4 Hz	4	3 PASES CADA LÍNEA

**PIE DE TABLA 2**

Parámetros láser utilizados



Figura 1. Pieza de mano R08-Gu



Figura 2. Realizacion de procedimiento bajo control ecografico

mediante prueba t de Student para muestras apareadas. Se calculó la diferencia media con intervalo de confianza del 95 %. Las tasas de embarazo se reportaron con intervalos de confianza del 95 %. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

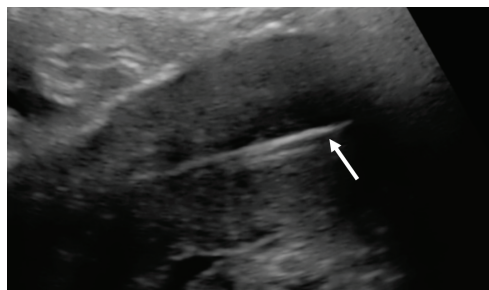


Figura 3. Control ecográfico. La flecha blanca muestra la pieza de mano R08-GU.

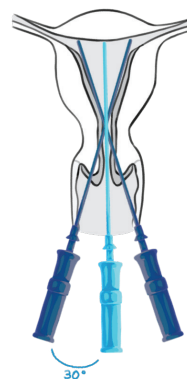


Figura 4. Esquema de tratamiento

## RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes con diagnóstico de endometrio fino refractario. La edad media fue de  $42,6 \pm 3,8$  años y el número medio de transferencias embrionarias previas fue de  $2,86 \pm 1,66$ . El grosor endometrial basal medio fue de  $4,56 \pm 1,32$  mm. Tras el tratamiento con láser Erbio:YAG se observó un incremento hasta  $7,09 \pm 1,54$  mm. La diferencia media fue de  $+2,54$  mm (IC 95 %: 1,53–3,54), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). El tamaño del efecto fue elevado (Cohen  $d = 1,45$ ). Diez pacientes (71,4 %) alcanzaron un grosor endometrial  $\geq 7$  mm permitiendo realizar transferencia embrionaria. La tasa de embarazo bioquímico fue del 71,4 % (10/14; IC 95 %: 42,0–90,4 %). La tasa de embarazo clínico fue del 57,1 % (8/14; IC 95 %: 29,0–82,0 %). La tasa de aborto fue del 20 % (2/10; IC 95 %: 2,5–55,6 %). No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias asociadas al procedimiento.

## DISCUSIÓN

El presente estudio describe la experiencia inicial con la aplicación intrauterina de láser Erbio:YAG no ablativo en pacientes con endometrio fino refractario. El láser Erbio-YAG no ablativo genera un efecto térmico controlado que activa mecanismos de regeneración tisular, incluyendo neocolagénesis, angiogénesis y remodelado del estroma endometrial (9-12). Estos procesos, ampliamente descritos en tejidos mucosos y urogenitales, constituyen la base biológica de su aplicación en ginecología regenerativa (13-14). La estimulación térmica subablativa favorece la reorganización del tejido conectivo y la mejora de la microvascularización, factores potencialmente determinantes en la restauración de la receptividad endometrial. Uno de los hallazgos más relevantes fue el incremento medio de 2,54 mm en el grosor endometrial, diferencia que alcanzó significación estadística y presentó un tamaño de efecto elevado. Este incremento resulta clínicamente relevante en pacientes en las que el crecimiento endometrial insuficiente había condicionado previamente la cancelación de la transferencia embrionaria. Además, más del 70 % de las pacientes alcanzaron un grosor endometrial igual o superior a 7 mm tras la intervención, lo que permitió realizar transferencia embrionaria en la mayoría de los casos. Las pacientes incluidas presentaban ausencia de respuesta a la terapia estrogénica convencional, lo que confiere especial interés a la mejoría observada tras la aplicación intrauterina del láser. La tasa de embarazo bioquímico del 71,4% sugiere que la mejoría estructural podría traducirse en un beneficio reproductivo potencial. En comparación con otras estrategias regenerativas utilizadas en endometrio fino, como el plasma rico en plaquetas o el factor estimulante de colonias granulocíticas, el láser intrauterino representa un enfoque diferente basado en la estimulación física del tejido endometrial. Aunque la interpretación de los resultados debe realizarse con cautela debido al tamaño muestral limitado y a la ausencia de grupo control, los hallazgos son consistentes con estudios piloto previos que han explorado el uso intrauterino del láser Erbio-YAG en pacientes con fracaso de implantación o endometrio fino (15). Asimismo, en estudios de este tipo los resultados reproductivos dependen de múltiples factores adicionales, como la calidad embrionaria o el tipo de ciclo de reproducción asistida, por lo que no es posible establecer una relación causal directa entre la intervención y la consecución del embarazo. La reproducibilidad de estos resultados en distintos contextos clínicos refuerza la hipótesis de un efecto regenerativo real. El uso de la pieza intrauterina R09-Gu ha sido previamente descrito en procedimientos regenerativos ginecológicos

(16-17), destacando por su capacidad de distribución homogénea de la energía en la cavidad uterina. En nuestra experiencia, el procedimiento fue bien tolerado y no se registraron complicaciones infecciosas ni traumáticas, lo que confirma el perfil de seguridad del abordaje no ablativo. En conjunto, este trabajo aporta evidencia preliminar sobre la viabilidad y potencial eficacia del láser Erbio-YAG intrauterino como alternativa terapéutica en mujeres con endometrio fino refractario. No obstante, serán necesarios ensayos clínicos aleatorizados y estudios comparativos para establecer con mayor precisión su impacto sobre las tasas de implantación y recién nacido vivo. A pesar de estas limitaciones, el presente estudio aporta evidencia preliminar sobre la factibilidad técnica y la seguridad del láser Erbio:YAG intrauterino, así como una señal consistente de incremento del grosor endometrial (18). Estos resultados sugieren que esta técnica podría representar una estrategia prometedora dentro del campo emergente de la medicina regenerativa aplicada a la reproducción humana.

## CONCLUSIONES

La aplicación intrauterina de láser Erbio:YAG no ablativo parece ser un procedimiento factible y seguro en pacientes con endometrio fino refractario. En esta serie se observó un incremento significativo del grosor endometrial que permitió realizar transferencia embrionaria en la mayoría de las pacientes. Serán necesarios estudios prospectivos controlados y ensayos clínicos aleatorizados para determinar el impacto real de esta técnica sobre la receptividad endometrial y los resultados reproductivos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Chang Y, Li J, Li X, Liu H, Liang X. Autologous platelet-rich plasma promotes endometrial growth and improves pregnancy outcome during in vitro fertilization. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(1):1286-1290.
2. Khalifa E, Brzyski RG, Oehninger S, Acosta AA, Muasher SJ. Sonographic appearance of the endometrium: the predictive value for the outcome of in-vitro fertilization in stimulated cycles. *Hum Reprod*. 1992;7(5):677-680. DOI: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a137713
3. Chen MJ, Yang JH, Peng FH, Chen SU, Ho HN, Yang YS. Extended estrogen administration for women with thin endometrium in frozen-thawed in-vitro fertilization programs. *J Assist Reprod Genet*. 2006;23(7-8):337-342. DOI: 10.1007/s10815-006-9061-3
4. Khairy M, Banerjee K, El-Toukhy T, Coomarasamy

- A, Khalaf Y. Aspirin in women undergoing in vitro fertilization treatment: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2007;88(4):822-831. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.12.084
5. Sher G, Fisch JD. Effect of vaginal sildenafil on the outcome of in vitro fertilization after multiple IVF failures attributed to poor endometrial development. *Fertil Steril*. 2002;78(5):1073-1076. DOI: 10.1016/S0015-0282(02)03375-8
  6. Ho M, Huang LC, Chang YY, Chen HY, Chang WC, Yang TC, Tsai HD. Electroacupuncture reduces uterine artery blood flow impedance in infertile women. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2009;48(2):148-151. DOI: 10.1016/S1028-4559(09)60273-5
  7. Pustotina OA, Gashenko AA, Ustinova EI, Lishova EA, Lopatina AV, Techieva ZS, Vizintin Z. A pilot study of the intrauterine non-ablative erbium laser effectiveness in the endometrium preparation for cryopreserved embryo transfer in women with a history of implantation failures. *Gynecology*. 2023;25(1):62-71. DOI: 10.26442/20795696.2023.1.202084
  8. Vizintin Z, Lukac M, Kazic M, Tettamanti M. Erbium laser in gynecology. *Climacteric*. 2015;18(Suppl 1):4-8. DOI: 10.3109/13697137.2015.1078208
  9. Lukac M, Gaspar A, Bajd F. Dual tissue regeneration: non-ablative resurfacing of soft tissues with FotonaSmooth® mode Er:YAG laser. *J Laser Health Acad*. 2018;1:1-15.
  10. Yang J, Wang S, Dong L, et al. Skin healing and collagen changes after fractional erbium:YAG laser: observation by reflectance confocal microscopy with histological evidence. *Lasers Med Sci*. 2016;31(6):1251-1260. DOI: 10.1007/s10103-016-1981-4
  11. Unver T, Aytugan E, Ozturan O, Kiran T, Ademci E, Usumez A. Histological effects of Er:YAG laser irradiation with snoring handpiece in rat soft palate. *Photomed Laser Surg*. 2010;28(3):321-325. DOI: 10.1089/pho.2009.2607
  12. Serel S, Kaya B, Sara Y, et al. Histopathological and electrophysiological study of CO<sub>2</sub>, Er:YAG and combined laser effects on peripheral nerve. *Aesthetic Plast Surg*. 2010;34(2):193-199. DOI: 10.1007/s00266-009-9433-7
  13. Lapii GA, Yakovleva AY, Neimark AI. Structural reorganization of the vaginal mucosa in stress urinary incontinence under Er:YAG laser treatment. *Bull Exp Biol Med*. 2017;162(4):510-514. DOI: 10.1007/s10517-017-3649-3
  14. Pustotina OA. Modern laser technology in the treatment of urogenital dysfunction in women. *Pharmateka*. 2020;6:105-112.
  15. Pustotina O, Gashenko A, Lopatina A, Ustinova E, Vizintin Z. Intrauterine non-ablative erbium laser for restoration of thin endometrium: an open pilot study. *Eur Gynecol Obstet*. 2023;5(2):61-67.
  16. Gaspar A, Brandi H. Non-ablative erbium YAG laser for type III stress urinary incontinence. *Lasers Med Sci*. 2017;32(3):685-691. DOI: 10.1007/s10103-016-2155-0
  17. Gaspar A, Maestri S, Silva J, et al. Intraurethral erbium:YAG laser for urinary symptoms of genitourinary syndrome of menopause: a pilot study. *Lasers Surg Med*. 2018;50(8):802-807. DOI: 10.1002/lsm.22804
  18. Lukac M, Zorman A, Lukac N, Perhavec T, Tasic B. Characteristics of non-ablative resurfacing of soft tissues by repetitive Er:YAG laser pulse irradiation. *Lasers Surg Med*. 2021;53(9):1266-1278. DOI: 10.1002/lsm.23370

La plenitud  
de ser *mujer.*

NUEVO

Antibiótico vaginal

2  
días  
de tratamiento<sup>1</sup>



# Intizol<sup>®</sup> vaginal

1000 mg óvulos METRONIDAZOL

Tratamiento  
de la vaginosis  
bacteriana<sup>1</sup>

2 Días de  
tratamiento<sup>1</sup>

PVP IVA  
15,28€



Ficha técnica  
de Intizol<sup>®</sup> vaginal  
Escanee el código QR  
para acceder a la ficha técnica  
completa del medicamento

Medicamento no financiado por el SNS.  
Medicamento sujeto a prescripción médica.

SEID  LAB



lab-seid.com

<sup>1</sup> Ficha técnica INTIZOL<sup>®</sup> VAGINAL. 1000 mg ÓVULOS.  
Disponibile en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89284/FT\\_89284.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89284/FT_89284.html)

## Artículo Original

# Eficacia y seguridad de óvulos vaginales con ácido hialurónico a altas dosis y vitamina E en la atrofia vulvovaginal postmenopáusica. Estudio observacional prospectivo (Estudio INTIMAL®)

Efficacy and safety of highdose hyaluronic acid and vitamin E vaginal ovules in postmenopausal vulvovaginal atrophy (INTIMAL® study)

Huertas Fernández MA (1); Solís Villamarzo Isabel (2), Lucena Porras MA (3), Hachem I (4); Famián Hernández Abdelah J (5)

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
2. Unidad de Patología Genital y Colposcopia, Hospital Universitario de Getafe.
3. QuirónSalud Córdoba.
4. Clínica Ginecológica Ibrahim Hachem, Almería.
5. Centro Maternal, Hospital Quirón Salud Sagrado Corazón, Sevilla.

## RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar la eficacia clínica, anatómica y funcional de óvulos vaginales con ácido hialurónico a altas dosis y vitamina E en mujeres postmenopáusicas con atrofia vulvovaginal tras 3 meses de tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo, descriptivo y longitudinal en mujeres postmenopáusicas con sintomatología de atrofia vulvovaginal. El tratamiento consistió en la administración de ovulos vaginales INTIMAL® (ADL Farmaceutici Srl) con una pauta de choque (1 óvulo/día durante 10 días) seguida de una de mantenimiento (1 óvulo en días alternos durante 3 meses). Se evaluaron síntomas, hallazgos vulvoscópicos y calidad

de vida mediante el cuestionario DIVA al inicio, a los 10 días y a los 3 meses.

**Resultados:** Se analizaron 114 mujeres (edad media 57,8 años). A los 3 meses, el 94,7% presentaba ausencia o mínima sequedad vaginal, el 91,2% resolución del ardor y el 93% desaparición del prurito. La dispareunia mejoró o desapareció en el 93,6% de las mujeres sexualmente activas. Los parámetros vulvoscópicos mostraron una recuperación superior al 90% en coloración, pliegues, lubricación y vascularización. El cuestionario DIVA evidenció una mejoría global cercana al 90% en calidad de vida, esfera emocional, sexual y autopercepción corporal. La tolerancia fue excelente, con un único abandono (0,88%).

**Conclusiones:** El tratamiento vaginal con ovulos vaginales INTIMAL® (ADL Farmaceutici Srl) es eficaz, seguro y bien tolerado, produciendo una mejoría rápida y sostenida de los síntomas, del trofismo vaginal y de la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas con atrofia vulvovaginal.

**Palabras clave:** Atrofia vulvovaginal. Menopausia. Ácido hialurónico. Vitamina E. Síndrome genitourinario

CORRESPONDENCIA:

**Miguel Ángel Huertas Fernández**  
Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario de Getafe  
miguelangel.huertas@salud.madrid.org

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the clinical, anatomical and functional efficacy of high-dose hyaluronic acid and vitamin E vaginal ovules in postmenopausal women with vulvovaginal atrophy after 3 months of treatment.

**Material and methods:** A prospective observational longitudinal study was conducted in postmenopausal women with symptoms of vulvovaginal atrophy. The treatment consisted of a 10-day loading dose followed by maintenance therapy for 3 months. Symptoms, vulvoscopic findings and quality of life were assessed using the DIVA questionnaire at baseline, 10 days and 3 months.

**Results:** A total of 114 women (mean age 57.8 years) were analyzed. After 3 months, more than 90% showed improvement or resolution of vaginal dryness, burning, pruritus and dyspareunia. Vulvoscopic parameters and DIVA scores showed sustained improvement. Treatment was very well tolerated.

**Conclusions:** INTIMAL® (ADL Farmaceutici Srl) vaginal ovules are an effective, safe and well-tolerated non-hormonal option for postmenopausal vulvovaginal atrophy.

**Key words:** Vulvovaginal atrophy. Menopause. Hyaluronic acid. Vitamin E. Genitourinary syndrome

## INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del trofismo vaginal aparecen con mayor frecuencia, pero no únicamente, en el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), que se define como el conjunto de signos y síntomas asociados al déficit estrogénico que aparecen en los genitales externos, tejidos del suelo pélvico, vagina, uretra y vejiga, así como también las disfunciones sexuales relacionadas.

Los síntomas vaginales son una queja común de las mujeres durante y después de la menopausia, y hasta un tercio de las mujeres posmenopáusicas informan problemas de sequedad vaginal, dolor, picazón, irritación o dolor que pueden afectar su calidad de vida alterando su actividad social, personal y de relaciones del día a día. A diferencia de otros síntomas menopáusicos, como los sofocos, que tienden a agruparse en el período perimenopáusico inmediato, los síntomas vaginales, con frecuencia persisten durante décadas después de que las mujeres dejan de menstruar, causando malestar y angustia continuos a las mujeres de mayor edad.

En clínica práctica es muy frecuente la necesidad de tratamiento del síndrome genito-urinario para mejorar la

calidad de vida y la funcionalidad sexual de las pacientes peri y postmenopáusicas. El tratamiento hormonal local es considerado de primera línea; sin embargo, existen situaciones en las que está contraindicado, no es bien tolerado o es rechazado por las pacientes, lo que hace necesario disponer de alternativas no hormonales eficaces. El ácido hialurónico ha demostrado propiedades hidratantes, reparadoras y restauradoras del trofismo vaginal, mientras que la vitamina E aporta un efecto antioxidante y protector de la mucosa. Los óvulos vaginales de Intimal® (ADL Farmaceutici Srl) combina ambos componentes en altas dosis, junto con extractos vegetales con acción cicatrizante y antimicrobiana. Nos interesó conocer si los efectos descritos tenían una traducción clínica a corto y medio plazo en la restauración del trofismo genital de la mujer postmenopáusica, determinando el porcentaje de mejoría clínica, objetivando los cambios de la mucosa, así como su repercusión en la calidad de vida, en las relaciones sexuales y aspectos psicológicos de las pacientes, mediante la aplicación de óvulos vaginales Intimal® (ADL Farmaceutici Srl).

Tabla 1. Resumen comparativo de resultados a 10 días y 3 meses incluyendo variables sintomáticas, vulvoscópicas y resultados del cuestionario DIVA.

Variable	Basal	10 días (tratamiento de choque)	3 meses (mantenimiento)
<b>SÍNTOMAS</b>			
Sequedad vaginal	97/114 (85,5%)	18/114 (15,8%) → <b>Mejoría 84,2%</b>	6/114 (5,3%) → <b>Mejoría 94,7%</b>
Escozor	78/114 (68,4%)	19/114 (16,6%) → <b>Mejoría 83,3%</b>	10/114 (8,8%) → <b>Mejoría 91,2%</b>
Prurito	70/114 (61,4%)	21/114 (18,4%) → <b>Mejoría 81,5%</b>	8/114 (7,0%) → <b>Mejoría 93,0%</b>
Coitalgia / dispareunia*	70/78 (89,7%)	40/78 (53,8%) → <b>Mejoría 51,2%</b>	5/78 (6,4%) → <b>Mejoría 93,6%</b>
<b>HALLAZGOS VULVOSCÓPICOS</b>			
Disminución coloración mucosa	111/114 (97,4%)	31/114 (27,2%) → <b>Mejoría 72,8%</b>	7/114 (6,1%) → <b>Mejoría 93,8%</b>
Disminución pliegues vaginales	110/114 (96,5%)	34/114 (29,8%) → <b>Mejoría 70,2%</b>	8/114 (7,0%) → <b>Mejoría 92,9%</b>
Disminución lubricación	114/114 (100%)	23/114 (20,2%) → <b>Mejoría 79,8%</b>	3/114 (2,6%) → <b>Mejoría 97,3%</b>
Disminución vascularización	112/114 (98,2%)	24/114 (21,1%) → <b>Mejoría 78,9%</b>	9/114 (7,9%) → <b>Mejoría 92,1%</b>
<b>CUESTIONARIO DIVA</b>			
Dimensión sexual (C)	69/78 (88,5%)	51/78 (65,4%) → <b>Mejoría: 34,6%</b>	12/78 (10,5%) → <b>Mejoría: 89,5%</b>
Dimensión emocional (B)	97/114 (85,1%)	45/114 (39,4%) → <b>Mejoría: 60,6%</b>	12/114 (10,5%) → <b>Mejoría: 89,5%</b>
Dimensión funcional (D)	103/114 (90,3%)	61/114 (53,5%) → <b>Mejoría: 46,5%</b>	12/114 (10,5%) → <b>Mejoría: 89,5%</b>

(Tabla reproducida del informe original del estudio INTIMAL®).

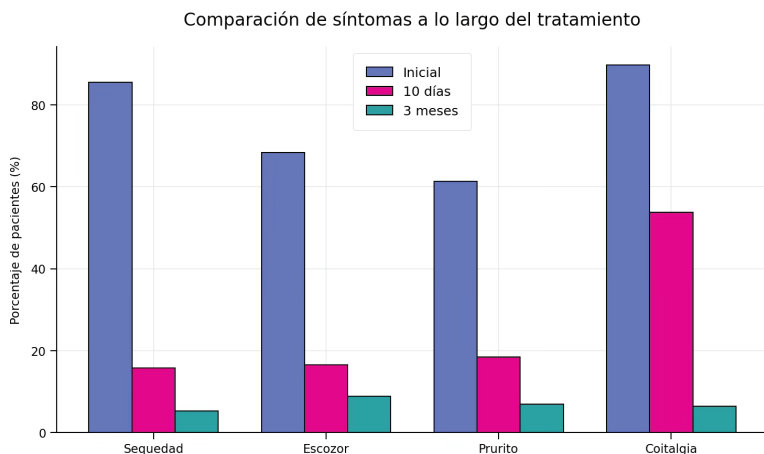


Figura 1. Evolución de la sintomatología a lo largo del tratamiento

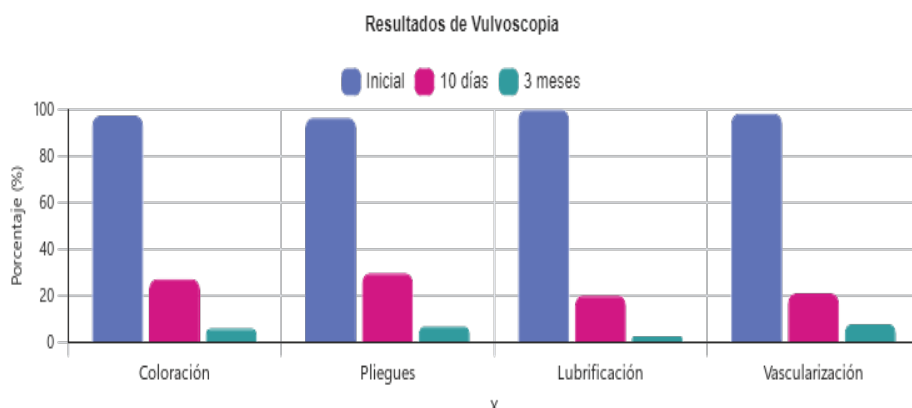


Figura 2. Resultados de la evolución de las alteraciones vulvoscopicas

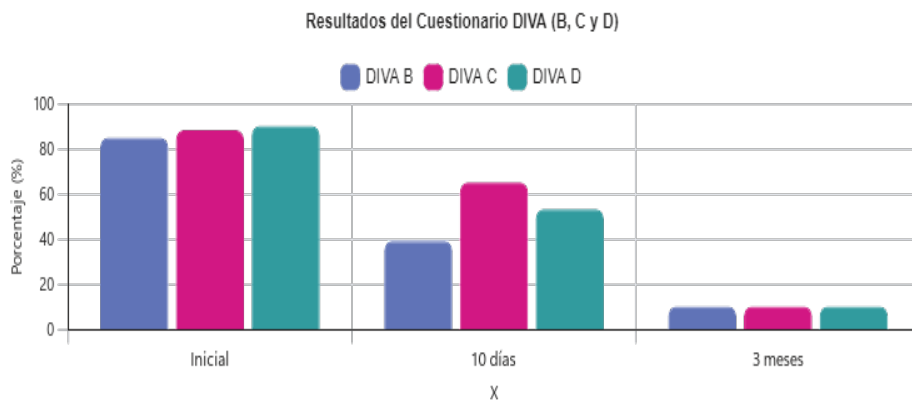


Figura 3. Resultados del cuestionario DIVA a lo largo del tratamiento

Para ello se inició un estudio observacional siguiendo la práctica clínica habitual, de seguimiento prospectivo, descriptivo y longitudinal tras tener la aprobación por el comité de ética y ensayos clínicos del Hospital Universitario de Getafe.

El objetivo principal del estudio era determinar la proporción de mujeres postmenopausicas que mejoran de la atrofia vulvo-vaginal tras el tratamiento a tres meses con óvulos de Intimal® establecido en una pauta de choque (un óvulo al día durante 10 días) seguidos de un ovulo 3 veces/semana durante 3 meses. El objetivo principal fue comprobar “in vivo” los efectos clínicos de esta composición y ver la capacidad de restauración del trofismo y función normal de la mucosa vaginal y el alivio prolongado de los síntomas secundarios a la atrofia genital de la mujer postmenopausica. Para ello se estableció como objetivo que el 95% de las mujeres peri-postmenopausicas mejoren clínicamente de la atrofia vulvo-vaginal tras el tratamiento a tres meses con Intimal®.

De igual forma, se establecieron como objetivos secundarios: Determinar la proporción de pacientes que presentaban mejoría sintomática tras el tratamiento de choque a los 10 días. La proporción de pacientes que presentaban mejoría clínica tras el tratamiento a los 3 meses objetivada mediante vaginoscopia, así como las pacientes que obtenían una mejora en su calidad de vida tras el tratamiento de choque a los 10 días y tres meses valorada mediante el cuestionario DIVA (cuestionario sobre el impacto diario del envejecimiento vaginal).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Población de estudio

Se incluyeron inicialmente 121 mujeres postmenopausicas con clínica de atrofia vulvovaginal que aceptaron tratamiento con óvulos de Intimal® (ADL Farmaceutici Srl) durante al menos 3 meses. De las 121 mujeres que iniciaron el estudio solo 114 de ellas lo completaron. Las 7 pacientes excluidas fueron: 4 de ellas por presentar

un diagnóstico anatomopatológico de liquen vulvar y ante la posibilidad de que se alterasen los resultados finales se decidió excluirlas del trabajo y las 3 restantes no realizaron todas las visitas.

## Tratamiento

El tratamiento vaginal aplicado fue con un óvulo diario durante 10 días (pauta de choque), seguido de un óvulo en días alternos durante 3 meses (mantenimiento).

Variables evaluadas:

- Sintomatología vulvovaginal.
- Exploración ginecológica mediante vulvosocopia.
- Calidad de vida y repercusión funcional mediante cuestionario DIVA.
- Tolerancia y seguridad.

## Análisis estadístico

Los resultados se expresaron como frecuencias, porcentajes y medidas descriptivas. Se estableció un nivel de significación del 5%. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe

## Resultados

Se analizaron finalmente 114 mujeres postmenopáusicas, con una edad media de  $57,8 \pm 5,7$  años y una media de  $4,1 \pm 5,3$  años desde el inicio de la menopausia. Los resultados se evaluaron respecto a los cambios en la sintomatología, los cambios en los hallazgos vulvosocópicos y en cuanto a la mejoría en la calidad de vida (cuestionario DIVA)

### 1. Evolución de la sintomatología

Antes del tratamiento, el 100% de las pacientes presentaban síntomas vulvovaginales. Los más frecuentes fueron:

- Sequedad vaginal: 85,5% (97/114)
- Escozor: 68,4% (78/114)
- Prurito: 61,4% (70/114)
- Coitalgia/disporeunia: 89,7% (70/78) de las mujeres sexualmente activas

Tras los 10 días de tratamiento de choque, se observó una mejoría clínica rápida y significativa:

- Sequedad vaginal: persistía en solo el 15,8% (18/114), lo que supone una mejoría del 84,2%
- Escozor: persistía en el 16,6% (19/114), con mejoría del 83,3%
- Prurito: persistía en el 18,4% (21/114), con mejoría del 81,5%
- Coitalgia/disporeunia: persistía en el 53,8% (40/78), con una mejoría inicial del 51,2%

Globalmente, el 83,3% de las pacientes refirió una disminución clara de la intensidad de los síntomas tras los primeros 10 días de tratamiento.

Al finalizar el tratamiento de mantenimiento a los 3 meses, la mejoría fue más intensa y sostenida:

- Sequedad vaginal: ausencia o mínima en el 94,7% (108/114)
- Escozor: resuelto en el 91,2% (104/114)
- Prurito: resuelto en el 93,0% (106/114)
- Coitalgia/disporeunia: resuelta o claramente mejorada en el 93,6% (73/78), con relaciones sexuales satisfactorias en el 87,1% de las pacientes sexualmente activas

Estos resultados reflejan una mejoría progresiva, siendo más marcada a los 3 meses que tras el tratamiento de choque. (Fig.1)

### 2. Evolución de los hallazgos vulvosocópicos (Fig.2)

En la exploración inicial, todas las pacientes presentaban signos de atrofia vulvovaginal:

- Pérdida de coloración de la mucosa: 97,4% (111/114)
- Disminución de pliegues vaginales: 96,5% (110/114)
- Disminución de la lubricación: 100% (114/114)
- Disminución de la vascularización: 98,2% (112/114)

Tras tratamiento de choque (10 días)Se objetivó una mejoría anatómica significativa, aunque inferior a la clínica:

- Coloración mucosa alterada: persistía en 27,2% (31/114) → mejoría del 72,8%
- Disminución de pliegues: persistía en 29,8% (34/114) → mejoría del 70,2%
- Disminución de lubricación: persistía en 20,2% (23/114) → mejoría del 79,8%
- Disminución de vascularización: persistía en 21,1% (24/114) → mejoría del 78,9%

Estos datos muestran que la mejoría clínica precede a la recuperación anatómica completa del epitelio vaginal.

Tras 3 meses de tratamiento la exploración vulvosocópica mostró una recuperación anatómica muy elevada:

- Alteración de la coloración mucosa: persistía en solo el 6,1% (7/114) → mejoría del 93,8%
- Disminución de pliegues vaginales: persistía en el 7,0% (8/114) → mejoría del 92,9%
- Disminución de lubricación: persistía en el 2,6% (3/114) → mejoría del 97,3%
- Disminución de vascularización: persistía en el 7,9% (9/114) → mejoría del 92,1%

### 3. Calidad de vida (Cuestionario DIVA) (Fig.3)

El 100% de las pacientes refería impacto negativo sobre su calidad de vida, siendo moderado grave en el 71,9%.

- Dimensión emocional (B): afectada en 85,1% (97/114)
- Función sexual (C): afectada en 88,5% (69/78)
- Autoconcepto/imagen corporal (D): afectada en 90,3% (103/114)

Tras tratamiento de choque (10 días) se observó una mejoría parcial pero significativa:

- Dimensión emocional: persistía en 39,4%
- Función sexual: persistía en 65,4%
- Autoconcepto corporal: persistía en 53,5%

Tras 3 meses de tratamiento la mejoría fue cercana al 90% en todas las dimensiones:

- Dimensión emocional: afectación residual en 10,5%
- Función sexual: afectación residual en 15,4%
- Autoconcepto corporal: afectación residual en 10,5%

El 91,2% de las pacientes presentó una tolerancia excelente desde el inicio. Solo una paciente (0,88%) suspendió el tratamiento por mala tolerancia inicial. No se registraron efectos adversos relevantes

Valorando conjuntamente todos los datos se puede apreciar que a los 3 meses de tratamiento la mejoría alcanzó valores superiores al 90% tanto en síntomas como en parámetros vulvoscópicos, evidenciando una recuperación clara del trofismo vaginal. El cuestionario DIVA mostró una reducción marcada del impacto negativo en la esfera emocional, corporal y sexual. La tolerancia al tratamiento fue excelente, con un único abandono (0,88%).

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio INTIMAL® ponen de manifiesto que el tratamiento con óvulos vaginales de ácido hialurónico a altas dosis asociado a vitamina E, junto con la combinación de componentes que potencian sus efectos, constituye una opción terapéutica no hormonal altamente eficaz, bien tolerada y clínicamente relevante para el tratamiento de la atrofia vulvovaginal postmenopáusica en condiciones de práctica clínica habitual.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la rapidez de la respuesta clínica, observable ya tras el tratamiento de choque de 10 días. Más del 80% de las pacientes experimentó una mejoría significativa de síntomas cardinales como la sequedad vaginal, el escozor y el prurito en un periodo muy corto de tiempo. Esta respuesta precoz resulta especialmente relevante en una patología de curso crónico y progresivo como el síndrome genitourinario de la menopausia, en la que el alivio sintomático temprano favorece la adherencia terapéutica

y mejora de forma inmediata la percepción de bienestar de las pacientes.

Aunque la mejoría clínica inicial fue muy evidente, los resultados muestran que la recuperación anatómica del epitelio vaginal es progresiva, consolidándose fundamentalmente con el tratamiento de mantenimiento. Tras los primeros 10 días, los parámetros vulvoscópicos mostraron una mejoría significativa pero incompleta, mientras que a los 3 meses se alcanzaron tasas de recuperación superiores al 90% en coloración, pliegues, lubricación y vascularización vaginal. Este patrón temporal refuerza la importancia de mantener el tratamiento más allá de la fase de choque para lograr una restauración estructural duradera del trofismo vaginal.

La evolución favorable observada en la exploración vulvoscópica respalda el efecto reparador y regenerador del ácido hialurónico a altas dosis, cuya capacidad de retención hídrica, reorganización de la matriz extracelular y creación de una barrera protectora frente a agentes irritantes y patógenos resulta clave en la recuperación del epitelio vaginal atrófico. La asociación con vitamina E probablemente potencia este efecto mediante su acción antioxidante y protectora de las membranas celulares, contribuyendo a un entorno tisular más favorable para la regeneración mucosa.

Otro aspecto de especial relevancia clínica es el impacto del tratamiento sobre la función sexual y la calidad de vida. En el presente estudio, la dispareunia —uno de los síntomas más limitantes del síndrome genitourinario— mostró una mejoría inicial moderada tras el tratamiento de choque, pero alcanzó una resolución o clara mejoría en más del 90% de las mujeres sexualmente activas tras 3 meses de tratamiento. Este dato es especialmente significativo, ya que la mejoría de la función sexual no solo depende de la recuperación anatómica, sino también del alivio del dolor y de la mejora subjetiva del confort vaginal.

En este sentido, los resultados del cuestionario DIVA reflejan una mejoría global y sostenida en las dimensiones emocional, sexual y de autoconcepto corporal. La reducción del impacto negativo sobre la esfera emocional y la imagen corporal sugiere que los beneficios del tratamiento con INTIMAL® trascienden el ámbito puramente local, influyendo de manera positiva en el bienestar psicológico y relacional de las pacientes. Estos hallazgos son coherentes con estudios previos que señalan que el alivio sintomático tiene una mayor correlación con la satisfacción sexual y la calidad de vida que algunos parámetros histofisiológicos aislados.

La excelente tolerabilidad observada en el estudio refuerza el perfil de seguridad de INTIMAL®. Más del 90% de las pacientes toleró el tratamiento sin inciden-

cias, con una tasa de abandono mínima (0,88%) y ausencia de efectos adversos relevantes. Las molestias iniciales observadas en un pequeño subgrupo de pacientes se concentraron en mujeres con atrofia más intensa y patología asociada del suelo pélvico, lo que concuerda con la fisiopatología conocida del síndrome y no condicionó la continuidad del tratamiento en la mayoría de los casos.

Desde un punto de vista clínico, los resultados del estudio INTIMAL® que se muestran en la Tabla 1, son comparables a los descritos en la literatura con tratamientos hormonales locales en términos de mejoría sintomática y funcional, con la ventaja añadida de tratarse de una alternativa no hormonal, especialmente útil en mujeres con contraindicación, mala tolerancia o rechazo a los estrógenos vaginales. Además, los datos sugieren que la instauración precoz del tratamiento, en mujeres con menor tiempo desde la menopausia, se asocia a una respuesta más favorable, lo que refuerza la importancia del diagnóstico y abordaje temprano de la atrofia vulvovaginal.

En conjunto, los hallazgos de este estudio confirman que los óvulos vaginales de INTIMAL® no solo proporcionan un alivio sintomático rápido, sino que favorecen una recuperación anatómica y funcional sostenida, con un impacto clínicamente significativo sobre la calidad de vida y la salud sexual de las mujeres postmenopáusicas.

## CONCLUSIONES

Según nuestros resultados los óvulos de INTIMAL® (ADL Farmaceutici Srl) proporciona una mejoría clínica, anatómica y funcional muy significativa en mujeres con atrofia vulvovaginal postmenopáusica, con un excelente perfil de tolerabilidad. Se posiciona como una opción terapéutica no hormonal eficaz y segura para el manejo de esta patología en la práctica ginecológica habitual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Briggs P. Genitourinary syndrome of menopause. *Post Reprod Health*. 2020;26(2):111114.
2. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, et al. Genitourinary syndrome of menopause: prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. *The GENISSE study*. *Climacteric*. 2018;21(2):167173.
3. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, et al. The impact of genitourinary syndrome of menopause on wellbeing, functioning, and quality of life in postmenopausal women. *Menopause*. 2018;25(12):14181423.
4. Pinkerton JV, Bushmakina AG, Komm BS, Abraham L. Relationship between changes in vulvar-vaginal atrophy and changes in sexual functioning. *Maturitas*. 2017;100:5763.
5. MonterrosaCastro A, PortelaBuelvas K. Manejo de la atrofia vulvovaginal posmenopáusica. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(6):462469.
6. Espitia De La Hoz FJ. Tratamiento no hormonal del síndrome genitourinario de la menopausia. *Arch Med (Manizales)*. 2021;21(2):509522.
7. Ekin M, Yaşar L, Savan K, Temur M, Uhri M, Gencer I, et al. Comparison of hyaluronic acid vaginal tablets with estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(3):539543.
8. Origoni M, Cimmino C, Carminati G, Iachini E, Stefani C, Girardelli S, et al. Postmenopausal vulvovaginal atrophy is positively improved by topical hyaluronic acid application: a prospective observational study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(20):41904195.
9. Jokar A, Davari T, Asadi N, Ahmadi F, Foruhari S. Comparison of hyaluronic acid vaginal cream and conjugated estrogen in the treatment of vaginal atrophy in menopausal women: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(1):6978.
10. Ziagham S, Abbaspour Z, Abbaspour MR. Comparison between the effects of hyaluronic acid vaginal suppository and vitamin E in the treatment of atrophic vaginitis in menopausal women. *J Arak Univ Med Sci*. 2012;15(6):5764.
11. Golmakani N, ParnanEmamverdikhani A, Zarifian A, SajadiTabassi SA, Hassanzadeh M. Vitamin E as alternative local treatment in genitourinary syndrome of menopause: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2019;30(5):831837.
12. ParnanEmamverdikhani A, Golmakani N, Tabassi SA, Hassanzadeh M, Sharifi N, Shakeri MT. Therapeutic effects of vitamin E vaginal suppositories on vaginal atrophy in postmenopausal women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(5):475481.
13. Hobson R. Vitamin E and wound healing: an evidencebased review. *Int Wound J*. 2016;13(3):331335.
14. Huang AJ, Gregorich SE, Kuppermann M, Nakagawa S, Van Den Eeden SK, Brown JS, et al. DaytoDay Impact of Vaginal Aging Questionnaire: a multidimensional measure of the impact

- of vaginal symptoms on functioning and well-being in postmenopausal women. *Menopause*. 2015;22(2):144154.
15. Erekson EA, Yip SO, Wedderburn TS, Martin DK, Li FY, Choi JN, et al. The VSQ: a questionnaire to measure vulvovaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*. 2013;20(9):973979.
  16. The North American Menopause Society. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement. *Menopause*. 2020;27(9):976992.
  17. The North American Menopause Society. Hormone therapy position statement. *Menopause*. 2017;24(7):728753.
  18. Palacios S, CanceloHidalgo MJ, González SP, Manubens M, SánchezBorrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Prog Obstet Ginecol*. 2019;62(2):141148.
  19. Kavitha I, Palaniappan R, Holley A. Use of natural antimicrobials to increase antibiotic susceptibility of drugresistant bacteria. *Int J Food Microbiol*. 2010;140(23):164168



# HuPaVir<sup>®</sup>

**AYUDA A  
REFORZAR  
EL SISTEMA  
INMUNITARIO**

con  
**Ditriamino<sup>®</sup>**



**Eficacia probada tras  
6 meses de tratamiento**



## Revisión de conjunto

### ¿Hasta dónde nos pueden llevar las Infecciones de Transmisión Sexual?

How far can sexually transmitted infections take us?

Lanchares Pérez-Lasarte JL

*Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca  
Académico Numerario de la RAMSA*

#### EL CONCEPTO

La Medicina se ha preocupado durante siglos y hasta nuestros días, con menor a mayor éxito, de las Enfermedades de Transmisión sexual (su acrónimo ETS) a las que denominamos actualmente como, Infecciones de Transmisión Sexual (su acrónimo, ITS). Este cambio de denominación en nuestra nómina médica, es decir, ampliar desde ETS, al más reciente actual, donde las denominamos, Infecciones de Transmisión Sexual, no lo olvidemos. Y ¿por qué este cambio de concepto?, evidentemente, el objetivo es huir del estigma que arrastraban enfermedades contagiosas y “vergonzantes”.

Los términos ITS y ETS, por tanto, no son sinónimos, ya que no significan lo mismo. Entender la diferencia es importante para hablar con precisión sobre prevención, diagnóstico y tratamiento.

#### ITS

Infección de Transmisión Sexual, concepto que define la presencia de un microorganismo patógeno en el cuerpo (como una bacteria, virus, hongo o protozoo) que se ha adquirido por contacto sexual. Lo importante es que

puede no haber síntomas, es decir, la persona puede estar infectada y no saberlo, pero aun así puede transmitir la infección a otras personas. Por ej. Presencia de *Clamidia Trachomatis* en un análisis de rutina, sin síntomas.

#### ETS

Enfermedad de Transmisión Sexual, ocurre cuando esa infección evoluciona y presenta síntomas visibles o clínicos. Es decir, el patógeno ya está generando una enfermedad en el cuerpo. La paciente desarrolla una cervicovaginitis

Hoy día, tras la aplicación de los modernos tratamientos médicos, se puede vivir sin la enfermedad y vivir con la enfermedad “silenciada” y desarrollar una vida sexual normal, lo cual es un arriesgado peligro social (1). *Clamidia Trachomatis* es la bacteria responsable de una infección de transmisión sexual: Si está presente en el cuerpo, pero no genera síntomas, hablamos de una ITS. Si la infección avanza y aparecen síntomas como cervicovaginitis, dolor pélvico o inflamación, entonces hablamos de una ETS, en este caso, Clamidiasis. Porque muchas ITS no presentan síntomas, pero siguen siendo contagiosas. Por eso, hacerse chequeos regulares es fundamental, incluso sin síntomas. Detectarlas a tiempo permite tratarlas antes de que se conviertan en ETS y prevenir complicaciones más serias, por tanto, así, se practica Medicina ginecológica preventiva.

En resumen, toda ETS comienza con una ITS, pero no toda ITS se convierte en ETS. Saber esto nos ayuda a cuidar mejor nuestra salud y la de los demás. Otra razón para denominarlas ITS, es porque también se contempla a las personas infectadas, pero asintomáticas, que son aquellas que tienen la infección, pero no la enfermedad. Al no tener

CORRESPONDENCIA:

**Juan Luis Lanchares Pérez-Lasarte**  
*Catedrático de Obstetricia y Ginecología  
Universidad de Salamanca  
lanchares@usal.es*

síntomas, una infección es más difícil de diagnosticar, lo que hace que esa persona sea un foco de contagio (portador) y a su vez pueda hacer que otras personas sanas se infecten e incluso terminen desarrollando la enfermedad. Otro ejemplo es el Herpes Genital TIPO 2 que, en cuanto desaparece la vesícula de contagio, no podemos saber si esa persona se ha contagiado, el Herpes simple tipo 1 y 2 son los responsables de las infecciones más frecuentes (herpes de la piel, herpes labial y herpes genital) con su singular característica de que no son eliminados del organismo con facilidad una vez que la persona ha sido infectada. Permanecen en estado de “adormecimiento” hasta que encuentran una situación propicia para volver a desarrollar la infección.(2). Por tanto, aceptemos como novedad que las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son acrónimos o conceptos relacionados, pero no idénticos. Describen afecciones que se transmiten a través del contacto sexual, aunque, como todos sabemos también pueden propagarse por otras vías (uso de jeringuillas, ropas, hemoterapia, etc.) (3).

La diferencia clave, es el término del concepto, ITS se refiere a las infecciones adquiridas sexualmente antes de que aparezcan síntomas visibles, mientras que ETS se emplea cuando esas infecciones han evolucionado y ya muestran manifestaciones clínicas. Esta distinción es importante ya que nos permite poner énfasis en la prevención y la detección temprana, y no solo en la enfermedad ya establecida.

## **ESTADIO CONCEPTO SINTOMATOLOGIA DETECCIÓN AGENTE**

Infección ITS. Generalmente NO Sí por pruebas preventivas

Enfermedad ETS. Generalmente SI Sí por pruebas específicas

Voy a exponer tres complejas y nada infrecuentes complicaciones de las ITS/ETS, pero que a veces no se relacionan que sean derivadas de ellas, y créanme, lo son, y que debemos sumarlas a sus complicaciones, en primer lugar, me refiero a la Enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer, acrónimo (EIP o EPI), conocida como salpingitis, salpingooforitis o salpingoperitonitis pélvica. ¿Qué es la enfermedad inflamatoria pélvica?, todos la conocemos perfectamente, es una inflamación tras infección del útero, trompas y ovarios. Ciertas formas de ITS, causan inflamaciones por afectación en estos órganos y pueden conducir a infertilidad, embarazos ectópicos, dolor pélvico, abscesos por piosalpingitis, incluso graves pelviperitonitis. La EPI es una de las causas de infertilidad más prevenibles Sus agentes etiológicos, son principalmente dos : Gonorrea y la Clamidia, son las causantes más co-

munes, pero existen otras bacterias que también pueden causarla: *Mycoplasma Genitalium*, *Ureaplasma Urealyticum*. en casos raros podría ser *Gardnerella V*. Todos ellos pueden ser partícipes en la denominada CADENA DE INFECCION o TRANSMISION

Existen en los antecedentes de la EIP, ciertos “Factores de riesgo/Cadena de transmisión”, que suelen ser: vida sexual activa, menores de 25 años, tener o mantener más de una pareja sexual, practicar duchas vaginales que pueden alterar el microbioma vaginal y favorecer introducción bacteriana ascendente en el aparato genital. También pueden ocultar los síntomas de la EPI o de una ITS y por ello, retrasar o no recibir un adecuado tratamiento, o bien ha tenido anteriormente una EPI o una ITS, y en determinadas circunstancias, infrecuentes, se observan tras la inserción de un DIU. No es tan común, pero a veces el uso de un dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo puede aumentar ligeramente el riesgo de padecerla, sobre todo si se mantienen varias parejas sexuales o utilizan duchas vaginales. Sin embargo, salvo los casos citados, el riesgo es bajo y suele presentarse solo durante las primeras tres semanas después de la colocación del DIU en el útero. Información a recopilar antes de la inserción de un DIU (5) en un excelente trabajo de revisión, creemos que es necesario realizar una historia clínica detallada de la mujer encaminada a indagar su elegibilidad para la inserción de un DIU (OMS, 2015). La historia clínica, junto con la historia sexual, permitirá identificar a las mujeres que presentan factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), dado que estas pueden ser asintomáticas.

La valoración de una posible ITS se complementa con una exploración física con examen pélvico. Creemos que se debe ofrecer el despistaje de ITS con exudado vaginal y endocervical a toda mujer asintomática con factores de riesgo de ITS (edad, fundamentalmente) que solicite un DIU.(5)

Posibles complicaciones por EIP pueden causar inflamaciones en los órganos pélvicos. Esto puede llevar a: Dolor pélvico crónico a largo plazo, provocar Embarazo ectópico o extrauterino, absceso tubárico (las temibles salpingitis obstructivas de trompas) que dan lugar a infertilidad y esterilidad en la mujer. Hay una forma de EPI que denominamos “EPI silente”, causada por *Chlamydia trachomatis*, que son frecuentemente asintomática u oligosintomática. Puede provocar escaso o nulo dolor pelviano, y cursa con aumento de proteína C reactiva y a veces fiebre. De este modo, la paciente puede padecer complicaciones tardíamente en el curso de la llamada “EPI silente”, y cuando ya existen secuelas irreversibles, cuadros adherenciales, etc.

Muchas pacientes con esterilidad debida a obstrucción tubárica e incluso con historia de embarazo ectópico, no recuerdan estos antecedentes de EPI, pero presentan anticuerpos contra *C. trachomatis*. Una manera de detectar con frecuencia salpingitis silentes es mediante la práctica de detección precoz de clamidias en el ámbito de consultas ginecológicas o de planificación familiar, utilizando sistemáticamente el estudio microbiológico y la serología\*. En estos casos, los tratamientos realmente precoces, tienen altas probabilidades de erradicar la enfermedad y evitar las secuelas.

### ¿Se puede prevenir la EPI?

La mejor manera de protegerse contra las ITS es utópica, no tener relaciones sexuales. Si se mantienen relaciones sexuales, la educación sexual puede reducir el riesgo, incluyen recomendaciones como: Practicar sexo más seguro usando preservativo cada vez que se tenga relaciones sexuales, limitar el número de parejas sexuales y preguntar al varón sobre su historia clínica (generalmente lo ignoran o niegan ITS). En las exploraciones y revisiones, solicitar que se practiquen pruebas de clamidia y gonorrea anualmente y pídale a su pareja que se las haga también\*. Por último, no hacerse lavados o duchas vaginales, ya que esto puede alterar el microbioma y el equilibrio bacteriano en la vagina.

La segunda complicación que quiero exponer, es una “enfermedad taimada o solapada” tras padecer una ETS, me refiero a La Artritis Reactiva Asociada a la Sexualidad (acrónimo SARA)(del ya abandonado concepto: Síndrome de Reiter), que es una espondiloartropatía aguda que se precipita por una infección, por lo general ETS o digestiva, sin relación a distancia de las articulaciones y sin presencia de bacterias. La espondiloartropatía asociada con uretritis en el varón o cervicitis en la mujer, con conjuntivitis bilateral y lesiones mucocutáneas es un tipo de artritis reactiva “a distancia”: Espondiloartritis + conjuntivitis bilateral + uretritis o cervicitis, es también denominado artritis disintérica, síndrome uretro-oculo-sinival y síndrome mucocutáneo-ocular (6).

Es proceso solapado, ya que resulta provocada por antígenos microbianos derivados de la infección primaria, no hay bacterias en los cultivos inflamatorios, hay una respuesta inmunitaria activa en personas con predisposición genética, su sistema inmunitario ataca a las articulaciones, el (SARA) parecería ser un caso de “fuego amigo” por el antig HLA B27. Las manifestaciones frecuentes incluyen artritis asimétrica de gravedad variable que tiende a afectar principalmente solo a dos o cuatro articulaciones, preferentemente de los miembros inferiores -una rodilla, un tobillo-, con deformidad de los dedos del pie en forma de “salchicha” y/o manos, derrame importante de rodilla, en-

tesitis (es la inflamación de la región que une los tendones a los huesos) del tendón de Aquiles, tendinitis y en un 50% úlceras mucocutáneas, incluidas lesiones hiperqueratósicas o vesiculosas costrosas (queratodermia blenorragica), un 54,7% de los pacientes desarrolla una sacroileítis, normalmente asimétrica, y un 22,15% una espondilitis, otras manifestaciones son debidas a tendinitis y fascitis; están presentes en el 10-22% de las pacientes y son, entre otras, la tendinitis aquilea -entesitis- con dolor en el talón, fascitis plantar y dolor torácico y siempre, dolor de espalda, si nos refieren esta sintomatología debemos preguntar al paciente si en las semanas anteriores pudieran haber tenido una ITS u otra infección, por ej. digestiva, ya que en la etiología de la artritis reactiva existen 2 formas: 1) de transmisión sexual (Gonorrea y Clamidiasis T.) y 2) otra forma es la disintérica. La forma de transmisión sexual aparece sobre todo en hombres entre 20 y 40 años de edad (7) con presencia de balanitis. También han sido descritas placas eritematosas vulvares y vulvitis circinadas, que tienden a recurrir. La lesión cutánea más característica es la queratodermia blenorragica aparece en el 10-30% de los pacientes como máculas eritematosas palmo plantares que evolucionan a pápulas y placas hiperqueratósicas con un centro vesicular o pustuloso; se resuelven en unas semanas sin dejar cicatriz. También se puede adquirir la forma disintérica luego de una infección intestinal, principalmente por *Shigella*, *Salmonella*, *Clostridium difficile*, *Yersinia* o *Campylobacter*.

El diagnóstico es clínico y son muy importantes los antecedentes de las semanas previas, de cualquier síntoma de infección genitourinaria o intestinal, hay que investigar los contactos sexuales. Debido al intervalo entre ambos cuadros, el agente causal generalmente no se identifica. Sin embargo, conviene realizar una toma del exudado cervicovaginal y uretral ya que muchas veces la uretritis es asintomática, diversos estudios han encontrado antígenos de bacterias transmitidas por vía sexual en el líquido sinovial de las rodillas o tobillos. También se han encontrado antígenos específicos de *Chlamydia* en una biopsia de una lesión cutánea. La recurrencia en estos pacientes de artritis, aparentemente no relacionadas con infecciones, podría explicarse por la presencia de infecciones persistentes o subclínicas como hemos relatado en el desarrollo de la EPI.

Y, por último, un problema emergente: Aumenta la mortalidad por cáncer anal en España.(10). Un trabajo, publicado en la Revista Española de Enfermedades Digestivas, analiza la evolución de las defunciones por cáncer anal en España (1999-2023) basándose en los registros oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE). Y dice: “Descubrimos que, en los hombres, el 80,2 % del aumento de la mortalidad se explica por la tendencia nacional, lo que in-

dica que el problema afecta prácticamente a todo el país; en las mujeres, en cambio, el 58,1 % de la variabilidad es geográfica, lo que significa que hay provincias concretas donde el riesgo es mucho mayor que en otras”, explica a Univadis España el Dr. Librero López (11)(12), responsable de los métodos de investigación de Navarrabiomed y uno de los autores del trabajo. La mortalidad por cáncer anal ha aumentado de forma sostenida en España entre 1999 y 2023. Pero este incremento no es igual en todas partes ni afecta del mismo modo a hombres y mujeres.

Un estudio reciente, basado en datos oficiales de todo el país, muestra que detrás de esta tendencia hay diferencias claras según el territorio y el sexo, lo que apunta a desigualdades en la prevención y en el acceso a la atención sanitaria. Los resultados del estudio se han publicado en la Revista Española de Enfermedades Digestivas. Un aumento que no es uniforme. El cáncer anal es poco frecuente, pero en muchos casos se puede prevenir, ya que está relacionado con la infección por el virus del papiloma humano (HPV) (13). Aun así, la mortalidad ha seguido creciendo en España durante más de veinte años. Este aumento se observa tanto en hombres como en mujeres, aunque no sigue el mismo patrón en ambos casos .

Dos realidades distintas según el sexo

En los hombres, el aumento es progresivo y bastante uniforme en todo el país. El riesgo de muerte ha ido creciendo de forma continua con el paso de los años, lo que sugiere un fenómeno amplio que afecta a toda la población masculina.

En las mujeres, en cambio, la evolución es diferente. Tras un periodo inicial más estable, la mortalidad ha aumentado con más fuerza en los últimos años. Además, las diferencias entre territorios son mucho más marcadas .

Esto significa que, en su caso, el lugar de residencia tiene un peso importante en el riesgo.

“En total se analizaron 2.549 fallecimientos a lo largo de 25 años. Es un tumor relativamente poco frecuente, por lo que necesitamos series temporales largas y métodos estadísticos avanzados para detectar patrones fiables en el riesgo de mortalidad. El análisis se realizó provincia por provincia y año por año, lo que permite identificar desigualdades territoriales que pasarían desapercibidas en estudios más agregados”.

Diferencias geográficas: El trabajo también detecta una desigualdad geográfica. De manera que los puntos de mayor mortalidad masculina se agruparon en las provincias del sur/insulares (Las Palmas, Cádiz, Valencia) y los puntos calientes femeninos fueron más dispersos (Las Palmas, Málaga, Barcelona).

“Las hipótesis más plausibles son: mayor movilidad de población y redes de contacto sexual asociadas al tu-

rismo, mayor concentración de personas con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hombres que tienen sexo con hombres y posibles diferencias en el acceso real a revisiones médicas y tratamientos. En algunas provincias, como Barcelona o Alicante, también podría haber influido la crisis económica de 2008, que afectó al acceso a determinados servicios sanitarios”, aclara J. Librero López.(12) Quien subraya que el estudio utiliza datos poblacionales agregados, por lo que estas interpretaciones son hipótesis epidemiológicas bien fundamentadas, pero no permiten establecer relaciones causa-efecto a nivel individual.

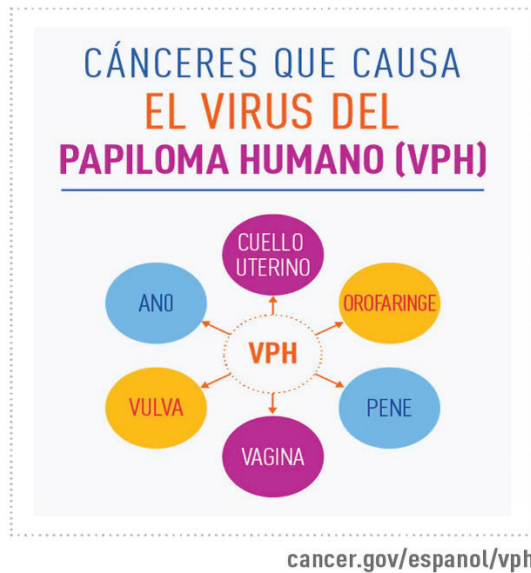
La causa principal es la infección por virus del papiloma humano (HPV), el mismo virus responsable del cáncer de cuello de útero. Se transmite por contacto sexual y, cuando la infección persiste durante muchos años, puede producir lesiones precancerosas que finalmente evolucionan a cáncer. “El aumento que observamos ahora refleja exposiciones ocurridas hace décadas. Entre la infección inicial y la aparición del cáncer pueden pasar 20 o incluso 30 años. Es decir, muchas de las muertes actuales corresponden a generaciones que se infectaron cuando todavía no existían vacunas ni estrategias preventivas eficaces”, apunta Librero (11). Esto explica que se haya detectado un aumento de la mortalidad en los adultos a partir de 50 años en otro trabajo reciente que forma parte de la misma línea de investigación.

Apoyamos un Plan de prevención, los autores de los trabajos proponen tres medidas de salud pública concretas donde los ginecólogos hemos sido “exploradores” :

1. Vacunación frente al HPV sin distinción de género. La vacunación en adolescentes ya está implantada, pero es fundamental ampliarla a los hombres, especialmente a los grupos de mayor riesgo para interrumpir la cadena de transmisión del virus.

2. Cribado selectivo en grupos de alto riesgo. Proponemos integrar el cribado dentro de la atención sanitaria de personas con VIH, priorizando además las provincias con mayor riesgo. El procedimiento es similar al cribado del cáncer de cuello de útero: citología anal y si se detectan anomalías, realizar anoscopía de alta resolución para identificar y tratar lesiones precancerosas. El estudio ANCHOR, publicado en el New England Journal of Medicine, demostró que tratar estas lesiones reduce significativamente el riesgo de desarrollar cáncer anal.

3. Aprovechar los programas de cribado de cáncer de cuello uterino, dado que ambos tumores están causados por el mismo virus (HPV), estos programas pueden utilizarse también para informar y sensibilizar sobre el cáncer anal, especialmente en mujeres.



*\*Recomendación en caso de sospecha o riesgo de ITS de pruebas diagnósticas*

Es un análisis de 14 o 16 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) bacterianas y víricas. También es recomendable la determinación del subtipo HPV. A partir de una muestra de frotis cérvico-vaginal, diagnosticar la infección, determinando los 32 alguno o algunos de los subtipos diferentes de VPH. Esta prueba incluye virus del papiloma humano de alto riesgo, son conocidos por los números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, ya que causan alrededor del 70% de los cánceres cérvico-uterinos. Y de bajo riesgo se les identifica con los números 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 61, 72 y 81

La prueba de 14-16 ETS por PCR ultrasensible está diseñada para detectar de manera simultánea y precisa los 16 patógenos más comunes asociados a ITS. Esta técnica permite identificar la presencia de material genético de los agentes infecciosos tanto en sangre como en la primera orina de la mañana, garantizando resultados fiables independientemente de que presentes síntomas o no. Los patógenos incluidos en este estudio abarcan infecciones virales, bacterianas y micóticas, como VIH, VHB, Clamidia, Gonorrea, Sífilis, Tricomoniasis, Virus del herpes simple (VHS-1 y VHS-2), Candida, Mycoplasma genitalium y hominis, Ureaplasma urealyticum, Gardnerella vaginalis, Streptococcus agalactiae y Haemophilus ducreyi, entre otros. La combinación de todas estas detecciones en un único análisis permite un diagnóstico temprano y completo, clave para prevenir complicaciones graves y proteger la salud reproductiva y general.(8). Así mismo recomendamos los algoritmos de diagnóstico de la Clínica Universitaria de Navarra (9)

La prueba utiliza una técnica de PCR ultrasensible, que amplifica y detecta el material genético de los patógenos incluso en cantidades muy pequeñas, lo que la convierte en un método altamente confiable y específico. Esto te permite tomar el control de la salud sexual con seguridad, evitando retrasos en el diagnóstico y facilitando la intervención y tratamiento médico temprano en caso de infección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lilih Blue. ¿Por qué ahora las llamamos ‘ITS’ y no ‘ETS’? El blog de Lilih Blue 14 mar 2023
2. Alexandra Da Silva ¿Cuál es la diferencia entre ITS y ETS? septiembre 15, 2025
3. Lanchares, JL. Las Infecciones de Transmisión Sexual. RAMSA. VIVE RADIO, 26.3.2026
4. [https://www.hospitaltorrecardenas.es/wp-content/uploads/2024/06/Version\\_ITS\\_05\\_2024.pdf](https://www.hospitaltorrecardenas.es/wp-content/uploads/2024/06/Version_ITS_05_2024.pdf)
5. Paloma Lobo Abascal a,-, Mercedes Andeyro García b, Ignacio Cristóbal García c, José Gutiérrez Alés d, Francisca Martínez San Andrés e, Inmaculada Parra Ribes f, José Cruz Quílez Conde g y Pau Pujol Pineda. Buenas prácticas en el manejo de dispositivos intrauterinos: consejos y sugerencias para facilitar su inserción. Medicina Reproductiva y Embriología Clínica. Vol. 8. Núm. 3. Páginas 339-411 (Septiembre - Diciembre 2021)
6. M.<sup>a</sup> José González-Beato Merino, Manuel Lecona Echeverría, Indalecio Monteagudo Sáez, Pablo Lázaro Ochaíta. Síndrome de Reiter. Actas Dermo-Sifilográficas. Vol. 90. Núm. 10. Páginas 477-542 (Octubre 1999)
7. Kinanah Yaseen, MD,( Cleveland Clínic Reviewed), Brian F. Mandell, MD, PhD,(Cleveland Clínic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University) Revisado/Modificado abril 2024. Artritis Reactiva. Manual MSD para profesionales.
8. PROTOCOLO ATENCIÓN INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL. Hospital Universitario Torrecárdenas. Consejería de Salud y Familia. Junta de Andalucía
9. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Paloma Sangro, José Luis del Pozo. Clínica Universitaria de NAVARRA
10. Fernández Castro, Olga. Aumenta la mortalidad por cáncer anal en España. Olga Fernández Castro, Publicado 17 mar. 2026, Univadis Medscape
11. Cayuela L, Libroero J, Cabrera Fernández S, Ortega-Calvo M, Cayuela Domínguez A. Hidden inequalities in anal cancer mortality in Spain, 1999-2023: implications for targeted prevention. Rev

- Esp Enferm Dig. 2026 Jan 29. doi: 10.17235/reed.2026.11729/2025. Epub ahead of print. PMID: 41608833.
12. Cayuela L, Achaval V, Flox-Benítez G, Peiró Villalba C, Cayuela A. Evolving patterns and cohort-specific risks of anal cancer mortality in Spain. Rev Esp Enferm Dig. 2025 Oct 23. doi: 10.17235/reed.2025.11626/2025. Epub ahead of print. PMID: 41128089.
  13. Juanse Hernández El cáncer anal aumenta en España y revela desigualdades según el territorio y el sexoUn estudio muestra que la mortalidad ha crecido en las últimas dos décadas y no afecta por igual a toda la población Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH 24/03/2026.

La plenitud  
de ser *mujer.*

NUEVO

Probiótico  
vaginal  
Medicamento



# INTIBIOTICS<sup>®</sup> vaginal

*Lactobacillus plantarum* P 17630

Normaliza  
la microbiota  
alterada<sup>1</sup>

**6** Días de  
tratamiento<sup>1</sup>

PVP IVA  
**19,78€**



Ficha técnica de  
Intibiotics<sup>®</sup> vaginal  
Escanee el código QR  
para acceder a la ficha técnica  
completa del medicamento

Medicamento no financiado por el SNS  
Medicamento no sujeto a prescripción médica

SEID  LAB

    lab-seid.com

1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales duras.  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89433/FT\\_89433.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89433/FT_89433.html)

## Caso clínico

### Riñón pélvico único, caso clínico y revisión de la literatura

#### Solitary pelvic kidney, case report and review of the literature

Martín R, Garrigós C, Díaz-Toledo B, Luis A, Escribano JJ

Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid)

#### RESUMEN

Exposición del caso clínico de una paciente de 31 años, puérpera por cesárea, en la que se produce el hallazgo casual en una ecografía abdominal de un riñón pélvico único.

La paciente tuvo un inicio de control tardío de la gestación y presentó preeclampsia en el tercer trimestre; el parto finalizó con una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, en la cual no se objetiva la presencia del riñón pélvico. Nació una mujer que presentó como único hallazgo relevante polidactilia postaxial.

Tras el parto, la paciente fue evaluada en el servicio de nefrología por proteinuria asintomática que se asoció a hiperfiltración por obesidad.

Dos meses después del parto acudió a urgencias por sospecha de infección de herida quirúrgica, donde se produjo el hallazgo ecográfico de una formación pélvica supra y retrouterina de aproximadamente 10x5 cm, con captación doppler color a nivel central. Se completó el estudio de la masa mediante TAC donde se confirmó la presencia de un riñón pélvico único.

La prevalencia de esta patología es inferior al 0.01%

y se pueden asociar a otras malformaciones y síndromes (no siendo el caso de nuestra paciente). Actualmente se encuentra asintomática con seguimiento anual en nefrología y con control tensional y dietético, bajo en sal y grasas.

**Palabras clave:** Riñón pélvico único. Gestación. Preeclampsia.

#### ABSTRACT

Presentation of the clinical case of a 31-year-old postpartum patient following cesarean section, in whom an incidental finding of a solitary pelvic kidney was identified on abdominal ultrasound.

The patient initiated prenatal care late and developed preeclampsia in the third trimester; delivery was completed by cesarean section due to the risk of fetal distress, in which the presence of a pelvic kidney was not observed. A female newborn was delivered, with postaxial polydactyly as the only relevant finding.

After delivery, the patient was evaluated by the nephrology department for asymptomatic proteinuria, which was attributed to obesity-related hyperfiltration.

Two months postpartum, she presented to the emergency department with suspected surgical wound infection. During evaluation, an ultrasound revealed a supra- and retrouterine pelvic mass measuring approximately 10 × 5 cm, with central color Doppler uptake. Further assessment with CT scan confirmed the presence of a solitary pelvic kidney.

The prevalence of this condition is less than 0.01%, and it may be associated with other malformations and

#### CORRESPONDENCIA:

**Raquel Martín Fernández**  
Calle Játiva 4, portal E, 2ªA  
28007, Madrid.  
Raquelmf116@gmail.com

syndromes (which was not the case in our patient). The patient is currently asymptomatic and remains under annual nephrology follow-up, with blood pressure and dietary management, including a low-salt and low-fat diet.

**Key words:** Single pelvic kidney. Pregnancy. Preeclampsia.

## INTRODUCCIÓN

El riñón pélvico es un hallazgo muy poco común con una prevalencia en estudios prenatales de entre 0.14-0.22%, siendo la variante única aún más excepcional (inferior al 0.01%). En población con malformaciones complejas como el síndrome de OEIS existe una prevalencia de hasta un 4% (1) (2)

La mayoría de los pacientes son asintomáticos y el hallazgo suele ser incidental en estudios de imagen.

En el caso de presentar síntomas, los más frecuentes incluyen obstrucción de la unión ureteropélvica, dolor abdominal/lumbar, litiasis renal, reflujo vésico-ureteral, hematuria y, en casos avanzados, alteración de la función renal. (3) (4)

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente de 31 años, primípara, como único hallazgo a destacar es obesidad al inicio del embarazo con un IMC>35. No presenta antecedentes quirúrgicos personales de interés y tiene antecedentes familiares de enfermedad renal crónica y DM tipo 2. Inició un seguimiento tardío de la gestación en nuestro centro (acudió por primera vez a las 16 semanas). En el primer control ecográfico se midieron tensiones arteriales límite, con buenos controles tensionales posteriores en domicilio sin tratamiento antihipertensivo.

Presentó algún otro pico tensional posteriormente por lo que se le solicitó un

índice proteínas/creatinina a las 26+6 semanas, que resultó positivo, pero se identificó como muestra no representativa y probable contaminación. Se repitió este mismo índice a las 29+3 semanas de control, resultando en este caso negativo.

Acude a Urgencias en la semana 36+6 por tensiones altas en domicilio y edemas de reciente aparición en miembros inferiores. Se solicita nuevo índice, siendo en este caso nuevamente positivo. Se extrae Ratio sFlt1/PIGF 43 (riesgo intermedio) y analítica normal. Se diagnostica de preeclampsia sin criterios de gravedad y se decide inducción en la semana 37. Finalmente se realizó una cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal sin ninguna alteración reseñable.

Presentó proteinuria posterior sin significación clínica que se relacionó, por parte del servicio de Nefrología, con sospecha de hiperfiltración por obesidad.

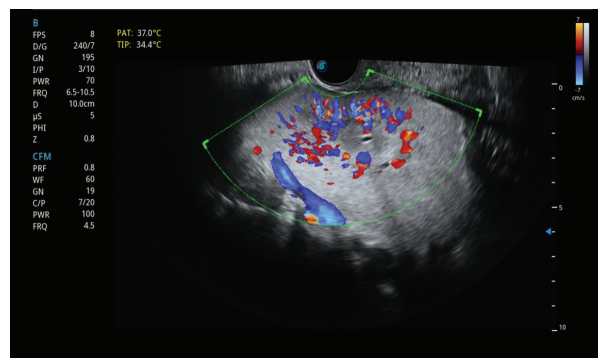


Figura 2. Ecografías transvaginal con imagen renal y su vascularización a su llegada a urgencias

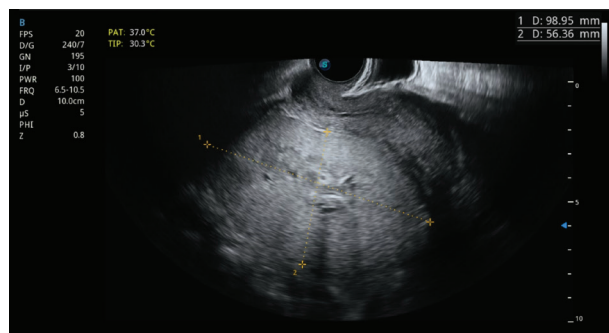


Figura 1. Ecografía transvaginal con imagen renal

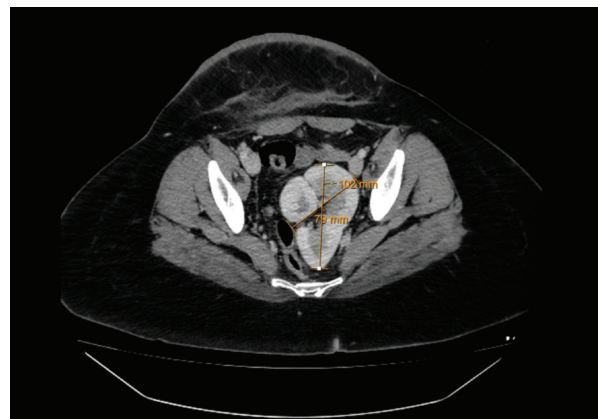


Figura 3. TAC abdomino-pélvico con contraste con imagen de riñón pélvico único.

La paciente acude a urgencias dos meses después por fiebre y dolor abdominal en relación con una infección de la herida quirúrgica de la cesárea.

En la ecografía vaginal y abdominal se objetiva una formación retro y suprauterina de aproximadamente 10x5.5cm, homogénea, con hiperrefringencia central, abundante vascularización y bordes bien definidos, sugerente de riñón pélvico, sin poderse descartar absceso, hematoma u otra masa sin filia, por lo que se remite a radiología para TAC urgente. Figura 1 y 2.

En el TAC se confirma la presencia de un riñón único pélvico de 11,5 cm, que impresiona de presentar una única pelvis renal, sin poder descartar aunque parece menos probable un riñón único pélvico fusionado ("Riñón en torta"). Figura 3.

Tras esto la paciente retomó el seguimiento en nefrología de forma anual, con control tensional y con una dieta dirigida a la pérdida de peso y el control antihipertensivo.

En cuanto a su hija, aunque durante el periodo fetal no se realizó la ecografía morfológica del segundo trimestre, en ecografías posteriores se evidenció un aparato genito urinario dentro de la normalidad y al nacimiento no presentó alteraciones reseñables salvo una polidactilia postaxial.

## DISCUSIÓN

Según la literatura actual, en gestantes con riñón pélvico único, los datos disponibles muestran que la reducción de la masa renal funcional se asocia a un mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso neonatal y preeclampsia, siendo el riesgo proporcional al grado de reducción parenquimatosa. (5) Además, la ectopia pélvica se asocia a complicaciones urológicas como reflujo vesicoureteral, hidronefrosis e infecciones urinarias, que pueden impactar negativamente el pronóstico materno-fetal.

Respecto a la decisión de la vía del parto, no es necesariamente una indicación de cesárea, pero se debe realizar un estudio previo ecográfico y mediante resonancia magnética nuclear para asegurar que no existe una obstrucción del canal del parto debido al riñón único pélvico (6) así como un manejo multidisciplinario junto con el servicio de urología. Existen casos aislados donde el riñón pélvico causó una obstrucción mecánica significativa que condicionó la vía del parto, aunque es extremadamente infrecuente (6).

En el caso de nuestra paciente no se pudo realizar un seguimiento adecuado durante gestación debido al desconocimiento del diagnóstico de riñón pélvico único, aunque se tendrá en cuenta en caso de un futuro embarazo, donde habrá que realizar controles seriados

de tensión arterial, evaluación sistemática de función renal y proteinuria, así como valoración de prevención de preeclampsia (toma de aspirina oral) de forma individualizada. (7)(8)

Se ha estudiado que las mujeres con enfermedad renal crónica, incluyendo aquellas con riñón único, tienen hasta 10 veces más probabilidad de desarrollar preeclampsia que mujeres sin enfermedad renal, afectando hasta el 40% de los embarazos (9). Incluso reducciones pequeñas en la masa renal funcional se asocian con mayor riesgo de preeclampsia, siendo este riesgo proporcional a la extensión de la reducción parenquimatosa.

La evidencia disponible se basa principalmente en reportes de casos y series pequeñas, no existen por el momento estudios prospectivos ni guías específicas para el manejo de gestantes con riñón pélvico único. Por lo tanto, las decisiones deberán individualizarse priorizando la seguridad materno-fetal y la monitorización renal estrecha a lo largo de la gestación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Batukan C, Yuksel A. Prenatal diagnosis and postnatal outcome of pelvic kidneys: PRENATAL DIAGNOSIS OF PELVIC KIDNEYS. Prenat Diagn [Internet]. 2011;31(4):356–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pd.2693>
2. Lee T, Roth E, Shukla A, Gupta N, Lee R, Kryger J, et al. Pelvic ectopic kidney prevalence and pressure changes during cloacal Exstrophy (Omphalocele-Exstrophy-Imperforate Anus-Spinal Defects Syndrome) closure. Urology [Internet]. 2023;181:124–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2023.07.037>
3. Sahin R, Tanacan A, Serbetci H, Onur Ozkavak O, Haksever M, Simsek A, et al. Prenatal diagnosis and outcomes for fetuses with suspected pelvic kidney. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2024;297:138–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.014>
4. La Scola C, Ammenti A, Puccio G, Lega MV, De Mutiis C, Guiducci C, et al. Congenital solitary kidney in children: Size matters. J Urol [Internet]. 2016;196(4):1250–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2016.03.173>
5. Piccoli GB, Attini R, Torreggiani M, Chatrenet A, Manzione AM, Masturzo B, et al. Any reduction in maternal kidney mass makes a difference during pregnancy in gestational and fetal outcome. Kidney Int [Internet]. 2024;105(4):865–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2023.12.018>

6. Zwertbroek W, Ter Brugge HG. Pelvic kidney: a rare cause of obstetrical obstruction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1995;63(1):95–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0301-2115\(95\)02214-r](http://dx.doi.org/10.1016/0301-2115(95)02214-r)
7. Piccoli GB, Ahmed SB, Fakhouri F, Garovic VD, Hladunewich MA, Jesudason S, et al. Women and kidney health: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int* [Internet]. 2025;108(3):355–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2025.02.021>
8. Williams D, Davison J. Chronic kidney disease in pregnancy. *BMJ* [Internet]. 2008;336(7637):211–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39406.652986.BE>
9. Wiles K, Chappell LC, Lightstone L, Bramham K. Updates in diagnosis and management of preeclampsia in women with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2020;15(9):1371–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.15121219>

# Oedien®

COMPRESIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG

Dienogest 2mg + Etinilestradiol 0,03 mg

## El control está en tus manos

ANTICONCEPCIÓN ORAL<sup>1</sup>



TRATAMIENTO DEL ACNÉ MODERADO<sup>1</sup>



ACCIÓN SOBRE EL ENDOMETRIO<sup>2</sup>



REDUCCIÓN DE LA INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL SANGRADO MENSUAL<sup>3</sup>



MEJORA DEL CUMPLIMIENTO<sup>4</sup>

21 comprimidos + 7 placebo



Envase 28 comprimidos  
Oedien 1 blíster 28 comprimidos  
CN 714419.9 – PVP 4,71€

Envase 3 x 28 comprimidos  
Oedien 3 blíster 28 comprimidos  
CN 714420.5 – PVP 14,14€

FINANCIADO POR LA SS

Accede a la ficha técnica de Oedien (Último acceso: Dic 2025)



1. Resumen de las características del producto Oedien 2 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG.
2. Bartsch V. - Gynaecological uses of dienogest alone and in combination with oestrogens. J Med Drug Rev 2015;5:1-31.
3. Pérez-Campos - Ethinylestradio/Dienogest in Oral Contraception - Drugs 2010; 70 (6): 681-689.
4. Sanchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía Práctica en anticoncepción Oral basada en la evidencia. SEC 2003.

Baileul  
LABORATOIRES

## Caso clínico

### Síndrome de Adams-Oliver, caso clínico y revisión de la literatura

Adams Oliver's syndrome, case report and review of the literature.

Martín R, Van Vroenhoven MJ, Gonzalez I, Chivato L, Escribano JJ

Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid)

#### RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una gestante, con una hija previa sana, que es diagnosticada en el embarazo actual de síndrome de Adams Oliver.

La paciente presenta un cribado de primer trimestre de bajo riesgo y no tiene antecedentes de interés.

En la ecografía morfológica se visualizan fémur y húmero bilaterales con una longitud inferior a la edad gestacional y con una morfología curva. El diagnóstico inicial es de huesos largos cortos.

Se indica una amniocentesis para realizar un estudio genético dirigido a detectar displasias esqueléticas y, posteriormente, se produce la interrupción de la gestación por deseo materno mediante inducción farmacológica.

En el estudio genético se halla una variante de significado incierto en el gen *DLL4*, que participa en la vía de señalización Notch, cuya alteración se relaciona indirectamente con el síndrome de Adams.

Se realiza un estudio a los progenitores y se halla la misma variante en la rama materna, concluyendo que se trata de una mutación con herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta.

Gracias a estos resultados se ha podido establecer un adecuado consejo genético para futuras gestaciones.

**Palabras clave:** Adams-Oliver. Enfermedad congénita.

Displasia ósea.

#### ABSTRACT

We present the clinical case of a pregnant woman with one previously healthy daughter who was diagnosed during the current pregnancy with Adams–Oliver syndrome.

The patient had a low-risk first-trimester screening and no relevant medical history.

During the morphological ultrasound, both the femur and humerus were visualized with lengths below those expected for the gestational age and with a curved morphology. The initial diagnosis was short long bones.

An amniocentesis was performed in order to conduct a targeted genetic study aimed at detecting skeletal dysplasias. Subsequently, the pregnancy was terminated at the patient's request through pharmacological induction.

The genetic analysis revealed a variant of uncertain significance in the *DLL4* gene, which is involved in the Notch signaling pathway and whose alteration is directly associated with Adams–Oliver syndrome.

A parental study was performed and the same variant was identified in the maternal lineage, leading to the conclusion that this mutation follows an autosomal dominant inheritance pattern with incomplete penetrance.

These results allowed appropriate genetic counseling to be provided for future pregnancies.

**Key words:** Adams–Oliver syndrome. Congenital disease. Bone dysplasia.

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Adams-Oliver es una enfermedad congénita rara, con una incidencia estimada en 0.44 por 100.000 nacidos vivos<sup>1</sup>; está caracterizada por

#### CORRESPONDENCIA:

**Raquel Martín Fernández**  
Calle Játiva 4, portal E, 2ªA  
28007, Madrid.  
Raquelmf116@gmail.com

la combinación de aplasia cutis congénita del cuero cabelludo y defectos terminales de las extremidades, puede asociarse además con malformaciones cardíacas, vasculares y craneofaciales.

Está asociado a mutaciones en al menos 6 genes, con formas autosómicas dominantes (más frecuentemente en el gen NOTCH1 y DLL4) y recesivas (el más frecuente el gen DOCK6), pero la mayoría asociados a la vía de señalización Notch (desarrollo vascular y de otros tejidos), por ello, existe una amplia variabilidad fenotípica.

El diagnóstico prenatal se basa en la detección de anomalías estructurales y la confirmación genética mediante pruebas invasivas. Las distintas mutaciones y patrones de herencia nos dan un amplio abanico de expresión fenotípica; en el caso de NOTCH1 se asocian con mayor frecuencia alteraciones cardíacas y hepáticas, en DLL4 existe una expresión clínica muy variable y en DOCK6 suelen aparecer defectos neurológicos y oculares (2).

En caso de que haya un diagnóstico prenatal del síndrome se debe realizar un análisis simultáneo de los progenitores, con el fin de establecer un patrón de herencia y dar un adecuado consejo genético.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una secundigesta, de 35 años, con un hija previa sana, nacida mediante cesárea por desproporción pélvico cefálica; no tiene antecedentes familiares ni personales de interés.

En este embarazo presenta una ecografía de primer trimestre y cribado de aneuploidías de bajo riesgo.

Se realiza la ecografía morfológica a las 21+2 semanas, donde se aprecia una longitud femoral bilateral acorde a 17+6 semanas con morfología curva. También presenta una longitud humeral bilateral acortada y morfología curva de huesos largos. No se objetivan otras alteraciones en otros sistemas y presenta perímetros cefálicos y abdominales acordes a la edad gestacional. (Figuras 1, 2 y 3)

Se remite a la paciente a un hospital terciario donde realizan el diagnóstico ecográfico de huesos largos cortos con una ecocardiografía dentro de la normalidad.

La paciente decide interrumpir la gestación; se realiza amniocentesis y se induce farmacológicamente el parto, por deseo materno, produciéndose la expulsión fetal con los siguientes hallazgos macroscópicos en el estudio anatomopatológico:

Feto Malformado de 359g, fenotipo femenino, de 22 semanas de edad gestacional.

Fascies de aspecto micrognático.

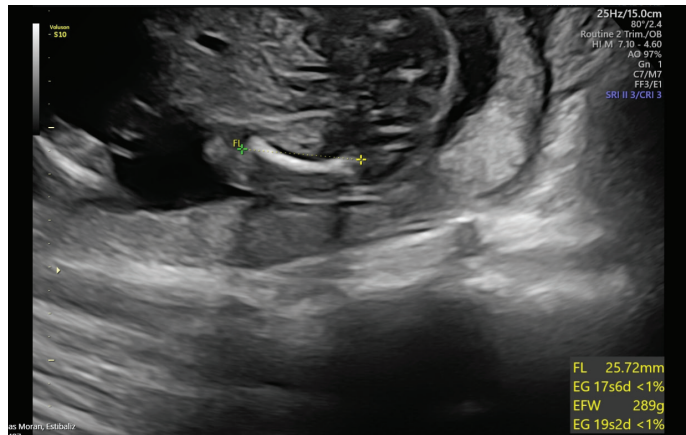


Figura 1: ecografía a las 21+3 semanas, imagen de la longitud femoral acorde a 17+6 semanas

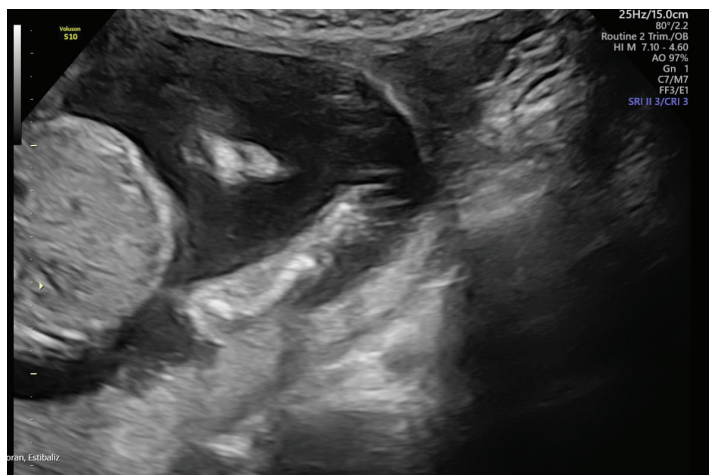


Figura 2: ecografía a las 21+3 semanas, imagen donde se aprecia la curvatura del radio.



Figura 3: ecografía a las 21+3 semanas, imagen de la longitud humeral acorde a 17+5 semanas

Dudoso leve defecto en calota craneal

Áreas de aspecto hemorrágico de coloración rojizo violáceas, de predominio en miembros inferiores en la región glútea y lumbar, con discreta proliferación de estructuras vasculares de pequeño calibre en dermis de difícil valoración por la congestión, compatible con cutis marmorata telangiectásica (que es un trastorno vascular congénito muy infrecuente, pero que tiene alta prevalencia en fetos con síndrome de Adams) (3, 4)

Anomalías de las extremidades distales, fémures de morfología levemente cóncava (concordante con arqueamiento femoral)

Sin evidencia de aplasia cutis congénita

Cordón umbilical trivascular

En el estudio genético de líquido amniótico dirigido al diagnóstico de displasia esquelética y enfermedades de crecimiento general, se encuentra una variante de significado incierto en heterocigosis (c.2001G > C; p.(Gln667His) en el gen DLL4.

Posteriormente, se realiza estudio de portadores en ambos progenitores, donde se confirma la presencia de la misma variante en la madre y se descarta en el padre, mostrando un patrón de herencia autosómica dominante.

La pareja acudió tiempo después con nuevo deseo gestacional y se pudo dar un adecuado consejo genético, ofreciéndoles fecundación in vitro con diagnóstico genético preimplantacional.

## DISCUSIÓN

El gen DLL45 codifica una proteína transmembrana que actúa de ligando en la vía de señalización Notch. Produce una cascada de señalización intracelular que modula la diferenciación, proliferación y migración celular, especialmente en el endotelio vascular. DLL4 actúa como un regulador negativo de la angiogénesis, limitando la formación excesiva de brotes vasculares inducidos por VEGF.

En nuestro caso, se halló una variante de significado incierto, cuya relevancia clínica se asocia con un patrón de herencia autosómico dominante al Síndrome de Adams-Oliver (AOS).

Las variantes en DLL4 pueden mostrar penetrancia incompleta, lo que significa que no todas las personas con una variante en este gen desarrollarán manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En nuestro caso sí que presentaba alteraciones cutáneas vasculares (como el cutis marmorata telangiectásico) y alteraciones óseas, sin embargo, aunque se calcula que el 20% de los pacientes con AOS presentan defectos cardíacos congénitos, en este caso el feto mostró una ecocardiografía dentro de la normalidad.

A parte de la existencia de penetrancia incompleta, se ha observado una marcada variabilidad intrafamiliar de las manifestaciones clínicas, lo que significa que algunas personas pueden presentar síntomas leves y otras manifestaciones más severas, lo cual dificulta predecir la gravedad en un futuro embarazo.

En muchos casos no se puede demostrar una alteración molecular relacionada directamente con este síndrome (en torno al 70%) (6, 7) y en esos casos el diagnóstico se realiza mediante las manifestaciones clínicas; aquí entra en juego el diagnóstico diferencial con otras enfermedades como la secuencia de bandas amnióticas (presenta defectos del cuero cabelludo y de las extremidades, pero en este caso de forma asimétrica) (8), la aplasia de cutis congénita no sindrómica (solo presentan defectos en el cuero cabelludo) (9) o defectos transversos terminales de extremidades e origen vascular aislados (no presenta aplasia de cutis y los defectos suelen ser asimétricos), entre otros.

La ausencia de alteraciones moleculares dificulta dar un adecuado consejo genético a los progenitores.

En el caso que hemos expuesto, existe un 50% de probabilidad de transmisión de la variante descrita en próximas gestaciones de la madre al feto y en caso de que este heredase la variante, la severidad de los síntomas puede ser variable. Las opciones reproductivas que se pueden ofrecer son: realización de una prueba invasiva en el primer trimestre, fecundación in vitro (FIV) con Diagnóstico Genético Preimplantacional (PGT-M) o la ovodonación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pierpont ME, Brueckner M, Chung WK, Garg V, Lacro RV, McGuire AL, et al. Genetic Basis for Congenital Heart Disease: Revisited: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2018 Nov 20;138(21). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6555769/>
2. Dudoignon B, Huber C, Michot C, Federico Di Rocco, Girard M, Stanislas Lyonnet, et al. Expanding the phenotype in Adams–Oliver syndrome correlating with the genotype. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2019 Oct 25;182(1):29–37.
3. Hased S, Li S, Mulvihill J, Aston C, Palmer S. Adams-Oliver syndrome review of the literature: Refining the diagnostic phenotype. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2017 Feb 4;173(3):790–800.
4. Dudoignon B, Huber C, Michot C, Federico

- Di Rocco, Girard M, Stanislas Lyonnet, et al. Expanding the phenotype in Adams–Oliver syndrome correlating with the genotype. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2019 Oct 25;182(1):29–37.
5. 1.DLL4 gene: MedlinePlus Genetics [Internet]. Medlineplus.gov. 2026 [cited 2026 Mar 14]. Available from: <https://medlineplus.gov/genetics/gene/dll4/>
  6. 1.Meester JAN, Sukalo M, Schröder KC, Schanze D, Baynam G, Borck G, et al. Elucidating the genetic architecture of Adams–Oliver syndrome in a large European cohort. *Human Mutation* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2020 Dec 14];39(9):1246–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175364/>
  7. 1.Hassed S, Li S, Mulvihill J, Aston C, Palmer S. Adams-Oliver syndrome review of the literature: Refining the diagnostic phenotype. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2017 Feb 4;173(3):790–800.
  8. 1.Renfree KJ, Dell PC. Distal Limb Defects and Aplasia Cutis: Adams–Oliver Syndrome. *The Journal of Hand Surgery*. 2016 Jul;41(7):e207–10.
  9. 1.Meester Josephina AN, Southgate L, Stittrich AB, Venselaar H, Beekmans Sander JA, den Hollander N, et al. Heterozygous Loss-of-Function Mutations in DLL4 Cause Adams-Oliver Syndrome. *American Journal of Human Genetics* [Internet]. 2015 Sep 3;97(3):475–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564989/>

# Himafem<sup>®</sup>

## Libido



- Promueve la libido
- Regula el equilibrio hormonal
- Mejora el estado de ánimo
- Reduce la fatiga

4

Semanas  
Resultados  
visibles



ESCANEAR

Acceder a nuestro estudio  
realizado en 50 mujeres



Equality Pharma Solutions, S.L.  
Calle Castillo de Aulencia 30,  
Villafranca del Castillo, 28692.  
Tel. +34 615 76 58 62  
consultas@himafem.com

## Caso clínico

### A propósito de un caso: Sospecha de carcinomatosis peritoneal por prueba de imagen con diagnóstico histológico de peritonitis granulomatosa

Regarding a case: Suspicion of peritoneal carcinomatosis based on imaging, with a histological diagnosis of granulomatous peritonitis

Sánchez J, Sánchez DA, Morales S

Departamento de Ginecología Oncológica Hospital Universitario Infanta Leonor

#### RESUMEN

Carcinomatosis peritoneal, se puede presentar ante una neoplasia peritoneal primaria o secundaria, siendo esta segunda más común. Los síntomas asociados suelen ser inespecíficos no permitiendo identificar el origen de esta patología. Los hallazgos radiológicos, así como el estudio histológico mediante la obtención previa de una biopsia dan el diagnóstico definitivo para poder establecer el tratamiento más adecuado.

Se presenta el caso clínico de una paciente con dolor abdominal difuso y sin hallazgos relevantes en la exploración física. En la analítica destaca la elevación del marcador tumoral CA-125. En el TAC se describe diseminación peritoneal probablemente de origen ginecológico-peritoneal primario.

En el diagnóstico diferencial hay que incluir tumores peritoneales primarios y secundarios, así como lesiones pseudotumorales (inflamatorias/infecciosas o no inflamatorias/no infecciosas).

Se realiza una laparoscopia diagnóstica objetivándose una extensa carcinomatosis peritoneal y obteniéndose muestras de líquido ascítico y de los implantes peritoneales. El resultado citológico del líquido ascítico demostró inflamación y la biopsia un proceso inflamatorio crónico granulomatoso.

Ante un dolor abdominal difuso con una afectación peritoneal diseminada hay que realizar un correcto diagnóstico diferencial con las pruebas complementarias necesarias, ya que las implicaciones pronósticas son diferentes y establecer su causa permite llevar a cabo el tratamiento más adecuado.

**Palabras clave:** caso clínico, diagnóstico diferencial, carcinomatosis peritoneal y peritonitis granulomatosa.

#### ABSTRACT

Peritoneal carcinomatosis may occur in the setting of a primary or secondary peritoneal neoplasm, the latter being more common. The associated symptoms are usually nonspecific, making it difficult to identify the origin of the condition. Radiological findings, together with histological examination obtained through prior biopsy, provide the definitive diagnosis needed to establish the most appropriate treatment.

We present the clinical case of a patient with diffuse abdominal pain and no relevant findings on physical examination. Laboratory tests revealed an elevated tumor marker CA-125. A CT scan showed peritoneal dissemination, probably of primary gynecologic-

CORRESPONDENCIA:

**Jessica Sánchez**

[jessica.sanchez@salud.madrid.org](mailto:jessica.sanchez@salud.madrid.org)

peritoneal origin.

The differential diagnosis should include primary and secondary peritoneal tumors, as well as pseudotumoral lesions (inflammatory/infectious or non-inflammatory/non-infectious).

A diagnostic laparoscopy was performed, revealing extensive peritoneal carcinomatosis, and samples of ascitic fluid and peritoneal implants were obtained. Cytological analysis of the ascitic fluid showed inflammation, and the biopsy demonstrated a chronic granulomatous inflammatory process.

In cases of diffuse abdominal pain with disseminated peritoneal involvement, a thorough differential diagnosis must be carried out using the necessary complementary tests, as the prognostic implications differ, and identifying the cause allows for the most appropriate treatment to be established.

**Keywords:** case report, differential diagnosis, peritoneal carcinomatosis and granulomatous peritonitis.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores peritoneales diseminados son una manifestación frecuente de una enfermedad metastásica como primera posibilidad. Los síntomas asociados suelen ser dolor, distensión o aumento del perímetro abdominal (sobre todo si se asocian a ascitis y tumoraciones en otros órganos/tejidos). (1) Estos síntomas son inespecíficos, por lo que hay que realizar una detallada anamnesis dirigida, exploración física y posteriormente realizar pruebas complementarias para orientar las posibles causas. (2) Las pruebas de imagen pueden establecer la extensión de la patología, pero no el origen en la mayoría de los casos, por lo que se necesita la obtención de biopsias para su estudio anatomopatológico. (3) Se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre las neoplasias peritoneales primarias (poco frecuentes), secundarias (más comunes) y las lesiones pseudotumorales del peritoneo (infrecuentes). Establecer un diagnóstico definitivo es importante por las implicaciones pronósticas que tiene y poder llevar a cabo el tratamiento más adecuado para cada caso. (4)

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 52 años que acude a consulta de ginecología derivada por su médico de Atención Primaria (MAP) por presentar dolor abdominal difuso e intermitente de meses de evolución, con ligero aumento del perímetro abdominal

y meteorismo importante. No refiere síndrome miccional ni alteraciones en el hábito intestinal. Tampoco fiebre ni síndrome constitucional.

Como antecedentes personales relevantes tiene hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox e hipercolesterolemia en tratamiento con Atorvastatina. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Tiene una intervención quirúrgica con colocación de una malla transobturadora (TOT) con conservación uterina como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Entre los antecedentes gineco-obstétricos ha tenido cuatro embarazos (1 aborto y 3 partos eutócicos). Menopausia precoz a los 38 años sin tratamiento hormonal de la menopausia (THM). Como pruebas de cribado: última mamografía hace menos de un año BIRADS-2 y última citología hace 2 años normal. Entre sus antecedentes familiares destaca cáncer de útero en madre.

En la exploración física se realiza una especuloscopia donde se objetivan genitales externos y vagina normales. Cérvix de múltipara y atrófico. En el tacto bimanual (TBM) se palpa malla por detrás de vagina, pero no se palpan masas anexiales ni abdominales. Abdomen blando, globuloso, depresible, levemente doloroso a la palpación de todo el abdomen sin signos de irritación peritoneal.

Como pruebas complementarias se realizan:

- Ecografía transvaginal donde se visualiza útero en anteversión (AV), regular sin hallazgos. Líquido libre en Douglas en cantidad moderada. Ovarios y trompas impresionan normales.
- Ecografía abdominal no se visualiza líquido interasas ni perihepático ni periesplénico.
- Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación normales y marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario (C.E.A): 3.1 ng/mL (0.0-5.0), Antígeno CA-125 355.0U/mL(0.0- 35.0) y Antígeno CA 19-9 9.0 U/mL (0.0-37.0).
- TAC abdominal con administración de contraste oral e intravenoso: hígado de taño normal, borde liso en el que se identifican pequeñas imágenes quísticas y quiste dominante en el lóbulo cuadrado, discretamente lobulado de 57mm. Vía biliar intra-extrahepática de calibre normal. Vesícula biliar alitiásica. Bazo, páncreas, adrenales y riñones sin hallazgos significativos. No adenopatías intra ni retroperitoneales valorables como patológicas. Varicocele pélvico. Realce patológico del peritoneo, sobre todo a la altura de la pelvis menor, y engrosamiento micronodular del omento con pequeña cantidad de líquido libre en relación

a diseminación peritoneal. (figura 1). No se identifica con claridad la región anexial derecha con esta técnica. Cambios degenerativos en ventana de hueso.

**Conclusión:** diseminación peritoneal probablemente de origen ginecológico-peritoneal primario.

Se deriva a la paciente a consulta de ginecología oncológica y comentado el caso en comité se decide la realización de una laparoscopia diagnóstico- terapéutica para valoración de la extensión de la carcinomatosis y eventual toma de biopsias.

Se realiza laparoscopia diagnóstica con Hasson umbilical y puerto suprapúbico accesorio de 5mm. Se objetiva líquido libre en cantidad leve. Extensa carcinomatosis en toda la superficie del peritoneo parietal, ambas cúpulas diafragmáticas, superficie de intestino delgado y grueso en toda su extensión. Adherencias de superficie hepática a epiplon y pared abdominal. Útero, ovarios y trompas normales con algún implante superficial de carcinomatosis en ambas trompas y superficie uterina.

Se realiza aspirado de líquido que se envía para estudio citológico.

Se realizan dos biopsias, una de peritoneo parietal en parietocólico derecho y otro en el izquierdo que se envían para estudio anatomopatológico.

Citología de líquido ascítico: inflamatoria de predominio linfocítico.

Histológicamente se observa la presencia de múltiples granulomas con células gigantes. La mayoría son de pequeño tamaño, sin revestimiento de linfocitos. De forma focal se observa la presencia en un granuloma de necrosis central. (figura 2) Con la técnica Ziehl-Nielsen no se observan bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR).

En la biopsia de peritoneo se observa proceso inflamatorio crónico granulomatoso. No se observan signos histológicos de malignidad en los cortes estudiados.

Como posibilidades diagnósticas: peritonitis granulomatosa inflamatoria/ infecciosa (tuberculosis, sarcoidosis ó histoplasmosis peritoneal ó bien como reacción a cuerpo extraño).

Se amplian pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal. Tracto lineal, en lóbulo superointerno, con mínima elevación del hilio, en relación con cambios renales. No se identifican consolidaciones pulmonares. No se observa derrame. No se observa ensanchamiento mediastínico. No se identifican lesiones óseas. No se observa neumotórax.

- Biopsia de partes blandas guiada por TAC: negativo para BAAR e Histoplasma capsulatum.
- Mantoux: negativo.

Se descartan como causas la tuberculosis, histoplasmosis y sarcoidosis peritoneal. Finalmente se concluye como diagnóstico final una peritonitis granulomatosa como reacción a cuerpo extraño.

## DISCUSIÓN

La afectación peritoneal con implantes es una manifestación frecuente de la diseminación de un tumor, ya sea primario o secundario (siendo este más común). En caso de tratarse un tumor primario de peritoneo suele haber afectación de este y del omento, con engrosamiento y aparición de nódulos, habitualmente mal definidos e irregulares. Sin embargo, en tumores peritoneales secundarios se ve afectado también el mesenterio y se asocia a implantes serosos con ascitis.

Los pacientes suelen consultar por síntomas inespecíficos como distensión abdominal, dolor pélvico o aparición de una masa palpable.

Su diagnóstico por imagen (TC, RM o PET-TAC) supone un reto, así como establecer su origen. Ante la aparición de afectación peritoneal difusa es esencial la realización de un correcto diagnóstico diferencial entre neoplasias primarias y secundarias, ya sean benignas o malignas; así como las lesiones pseudotumorales del peritoneo. (3)

Entre las neoplasias primarias encontramos tumores mesoteliales (mesotelioma maligno, mesotelioma papilar bien diferenciado, mesotelioma multiquístico y tumor adenomatoide del peritoneo), tumores epiteliales (carcinoma seroso peritoneal primario y tumor borderline seroso peritoneal primario), tumores del músculo liso (leiomiomatosis peritoneal diseminada) y tumores de origen incierto (tumor desmoplásico de células redondas pequeñas y tumor fibroso solitario peritoneal).

En cuanto a las neoplasias peritoneales secundarias o metástasis peritoneales: carcinomatosis peritoneal, linfomatosis peritoneal, sarcomatosis peritoneal, pseudomixoma peritoneal y cualquier tumor con posible extensión a peritoneo (siendo los más frecuentes los de origen digestivo o ginecológicos).

Y, por último, lesiones pseudotumorales de peritoneo inflamatorias o infecciosas (peritonitis granulomatosa (tuberculosis peritoneal, histoplasmosis peritoneal diseminada o por cuerpos extraños), pseudotumor inflamatorio del peritoneo y peritonitis esclerosante encapsulante) y las no inflamatorias o no infecciosas (endometriosis peritoneal, melanosis peritoneal, metaplasia ósea o cartilaginosa del peritoneo, esplenosis

peritoneal y gliomatosis peritoneal). (4)

Aunque las manifestaciones clínicas de estas lesiones pueden ser similares e inespecíficas, las pruebas de imagen pueden ayudar en su diagnóstico diferencial, pero el diagnóstico final se va a llevar a cabo por las características anatomopatológicas. Por ello, para diagnóstico definitivo es necesario obtener una biopsia de algún implante peritoneal.

Es importante tener un juicio clínico claro, ya que las implicaciones pronósticas son distintas en función de la causa y para poder establecer el tratamiento más adecuado.

En nuestro caso la paciente presentó dolor abdominal difuso sin asociación a ningún signo/síntoma relevante, por lo que es un síntoma inespecífico. Tras la realización de una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias se objetiva una afectación peritoneal difusa. La causa más frecuente de esta patología es una neoplasia peritoneal secundaria, también conocida con el nombre de carcinomatosis peritoneal, pero hay que tener en cuenta que se puede deber a una neoplasia peritoneal primaria o lesiones pseudotumorales peritoneales (siendo estas últimas muy infrecuentes). Se comenta el caso en comité de tumores y se decide realizar una laparoscopia que permite la toma de biopsias para llevar a cabo el diagnóstico definitivo mediante estudio histológico. Tras el diagnóstico anatomopatológico se concluye que se trata de una peritonitis granulomatosa, descartando como posibles causas una tuberculosis, histoplasmosis o sarcoidosis peritoneal y estableciendo como principal causa una reacción a cuerpo extraño. Esto podría estar relacionado con la malla transobturadora que se colocó a la paciente en una cirugía previa como tratamiento de su incontinencia urinaria de esfuerzo. Dichas mallas tienen como componente principal el polipropileno, un material sintético. Hay sustancias que al introducirlas en el cuerpo producen una inflamación granulomatosa y pueden simular una tuberculosis o sarcoidosis, en nuestro caso dicha sustancia podría corresponder a la fibra sintética de la malla. (5)

Se han descrito casos de peritonitis granulomatosa secundaria a cuerpos extraños quirúrgicos, como fibras de gasas o material protésico, que pueden simular una diseminación peritoneal tumoral tanto clínica como radiológicamente. (6-8)

Ante una afectación peritoneal diseminada hay que llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial. Para ello, hay que tener en cuenta las posibles causas y dirigir las pruebas complementarias en función de la sospecha diagnóstica, tomando decisiones compartidas desde

un enfoque multidisciplinar. Todo esto teniendo en cuenta que la afectación peritoneal difusa tiene distintos pronósticos y tratamientos en función de sus causas, con sus correspondientes implicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Desai, J. P., & Moustarah, F. (2025). Peritoneal metastasis. In StatPearls. StatPearls Publishing.
2. Szadkowska, M. A., Pałucki, J., & Cieszanowski, A. (2023). Diagnosis and treatment of peritoneal carcinomatosis - a comprehensive overview. *Polish Journal of Radiology*, 88(1), e89–e97. <https://doi.org/10.5114/pjr.2023.125027>
3. Siewert, B., Sosna, J., McNamara, A., Raptopoulos, V., & Kruskal, J. B. (2008). Missed lesions at abdominal oncologic CT: lessons learned from quality assurance. *Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 28(3), 623–638. <https://doi.org/10.1148/rg.283075188>
4. Suárez Juárez, J., Zitan Saidi, L., Góngora Lencina, T., Lozano Gómez, M., Zegarra, C. J., Pérez Oller, L., Ibáñez Carmona, V. E., & Prieto Casado, J. (2024). Diagnóstico diferencial de la patología peritoneal: errores más frecuentes. *Seram*, 1(1). Recuperado a partir de <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10008>
5. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins y Cotran patología estructural y funcional, 8va Ed. Elsevier Barcelona. 2010: 73-74.
6. Loaec, C., Jean-Yves, T., Dumont, A., & Lemarie, C. (2025). Foreign body granuloma caused by gauze fibers: a rare cause of chronic postoperative ileus following cytoreductive surgery for pseudomyxoma peritonei. *International Cancer Conference Journal*, 14(1), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s13691-024-00733-y>
7. Narang, V., Mittal, N. K., Kumari, A., & Garg, R. (2020). Granulomatous peritonitis: An under suspected entity in children. *Indian Journal of Child Health*, 7(3), 134–136. <https://doi.org/10.32677/ijch.2020.v07.i03.010>
8. Ogino S, Matsumoto T, Kamada Y, Koizumi N, Fujiki H, Nakamura K, Yamano T, Sakakura C. Foreign body granulomas mimic peritoneal dissemination caused by incarcerated femoral hernia perforation: A case report. *World J Clin Oncol* 2021; 12(11): 1083-1088 [PMID: 34909402 DOI: 10.5306/wjco.v12.i11.1083]

## ANEXO



Figura 1. Realce patológico del peritoneo, sobre todo a la altura de la pelvis menor, y engrosamiento micronodular del omento con pequeña cantidad de líquido libre en relación a diseminación peritoneal.

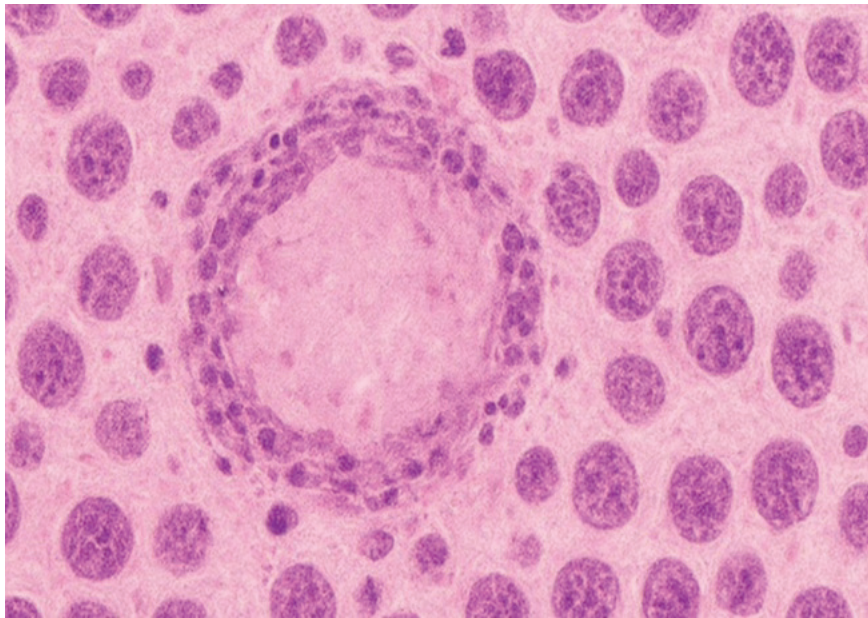


Figura 2. Histológicamente se observa la presencia de múltiples granulomas con células gigantes. La mayoría son de pequeño tamaño, sin revestimiento de linfocitos. De forma focal se observa la presencia en un granuloma de necrosis central.

# Save the date

24 de septiembre

2026



## VII Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer

Dra. Carmen Pingarrón



 **Universidad  
Europea MADRID**

Hospital  **quirónsalud**  
San José

  
Ginegetofa

Hotel Rafael Atocha • **Madrid**



GINEP

**15<sup>a</sup>** REUNIÓN CIENTÍFICA DE  
**GINECOLOGÍA PRIVADA**

I EDICIÓN INTERNACIONAL

UAX Málaga · 12 y 13 de noviembre · 2026

[www.ginep.es](http://www.ginep.es)

## TRIBUNA HUMANÍSTICA

### AGNÓDICE: MUJER Y GINECÓLOGA ...LA PRIMERA DE LA HISTORIA

#### AGNODICE: WOMAN AND GYNECOLOGIST...THE FIRST IN HISTORY

**INTRODUCCIÓN:** POR QUÉ AGNÓDICE HOY, (Agnódice, Hagnódica, Hagnódice o Agnódice) Figura.1. En una época dominada por la medicina de precisión y la inteligencia artificial, podríamos preguntarnos qué relevancia tiene recordar a una médica del siglo IV antes de Cristo. La respuesta es clara: Agnódice encarna valores fundamentales de nuestra profesión: vocación inquebrantable, innovación frente a la adversidad y transformación social a través de la medicina. En un momento donde persisten disparidades de género en medicina (1), sesgos en la investigación médica (2) y desigualdades en el acceso sanitario (3), la figura de Agnódice cobra extraordinaria relevancia como símbolo de pionerismo y equidad.



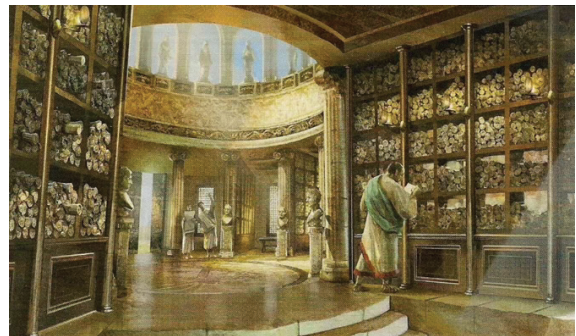
**Figura 1.** Se cree que Agnódice, Hagnódica, Hagnódice o Agnódice, fue la primera partera o médica de la antigua Atenas. Existe debate sobre si fue una persona real, pero su historia se ha utilizado a menudo como precedente para que las mujeres pudiesen incorporarse a los estudios universitarios médicos y poder ejercer la profesión de Medicina .

puedo hacer? preguntó Agnódice...

Lógicamente, con el apoyo de sus padres se trasladó a Alejandría (1) Figura 2. para ponerse en contacto con la Escuela Médica y poder estudiar medicina y obstetricia (2) con el célebre maestro médico, Herófilo de Calcedonia (c. 335-280 a.C.) un maestro médico griego y pionero de la Escuela de Alejandría,

**CONTEXTO HISTÓRICO:** Agnódice, (su nombre en griego antiguo significa “casta ante la ley”).es una figura debatida y legendaria de la antigua Grecia que se presenta como una de las primeras mujeres parteras, obstetras y médicas ginecólogas, de las que se tiene relato, famosa por haber desafiado las restrictivas leyes de su tiempo para ejercer la medicina en Atenas a las que se enfrentaban las mujeres. ¿Realmente existió Agnódice? ¿Quién fue?, parece tratarse de un personaje mitificado, nacida en Atenas a mediados del siglo IV a.C. perteneciente a una familia de la “alta sociedad ateniense”, sabemos que en aquella época la vida de la mujer se reducía expresamente a servir en casa, depender del hombre y darle descendencia, como norma social, pero, tenían totalmente prohibido el acceso al conocimiento.

“Soy consciente de que muchas mujeres y niños mueren durante el parto porque las mujeres educadas tan púdicamente, sienten vergüenza a que les atendiera un hombre; se enfrentan al parto sin ayuda de ningún médico -todos eran varones-, para ayudarlas yo quiero estudiar medicina, pero las leyes griegas no me lo permiten, así que estoy muy afectada”¿Dime sabio padre, que



**Figura 2.** La Escuela de Medicina de Alejandría contenía habitaciones para los sabios y médicos. Los sabios además de estudiar e investigar, daban conferencias y lecciones. Alejandría llegó a tener 14.000 estudiantes. Entre los sabios más famosos fueron: Arquímedes, Euclides, Eratóstenes, Apolonio, Herón de Alejandría y el médico Herófilo de Calcedonia. Fue como una especie de Universidad de la época.

considerado el padre de la anatomía científica por ser el primero en realizar sistemáticamente disecciones y vivisecciones de cadáveres humanos, en algunas de las bases de la medicina moderna, es conocida su descripción del cerebro localizando la inteligencia en el mismo, el estudio anatómico del ojo o de los vasos sanguíneos, y aunque sus obras se perdieron, su legado a través de la tradición perdura por las muchas citas de autores posteriores, entre otros varios, Galeno.

La Atenas del siglo IV a.C. era una sociedad de contrastes: época dorada del pensamiento filosófico con Platón y Aristóteles (4), pero también profundamente patriarcal (5). Mientras la tradición hipocrática reconocía la medicina como arte y ciencia, existía una contradicción flagrante: las mujeres tenían prohibido ejercer la medicina bajo pena de muerte (6). Según Higinio en sus Fábulas, esta prohibición surgió cuando las autoridades descubrieron que algunas mujeres médicas realizaban interrupciones del embarazo (7). Las consecuencias fueron devastadoras: las mujeres atenienses, educadas en el pudor, se negaban a ser examinadas por médicos varones, resultando en un dramático aumento de la mortalidad materna y fetal (8).

**LA FIGURA DE AGNÓDICE** Nuestro conocimiento proviene de Cayo Julio Higinio (64 a.C.-17 d.C.), erudito hispano-latino que recopiló su historia (9). Aunque algunos debaten su historicidad (10), la consistencia del relato y su integración en el contexto médico sugieren una base histórica sólida. Agnódice nació en una familia aristocrática ateniense (11). Su posición privilegiada le proporcionó recursos económicos y, crucialmente, el apoyo paterno. Al observar alta mortalidad femenina, desarrolló una determinación inquebrantable: estudiaría medicina para ayudarlas.

**EL CAMINO HACIA ALEJANDRÍA:** La Escuela de Medicina de Alejandría, contó con celebridades, como Herófilo de Calcedonia(3), nacido a finales del siglo IV a.C. que fue discípulo de Parxágoras y continuó su obra de fisiología y anatomía. Herófilo fue el primero en realizar disecciones en público, aprobadas por los faraones Ptolomeo, un faraón dictó orden de poner los cuerpos de los condenados a muerte a disposición de los médicos. Parece ser que podían haber llegado a practicarse vivisecciones. Realiza minuciosos estudios sobre el sistema nervioso, distinguiendo los nervios sensoriales y motores, y demostró que todos estaban conectados con el sistema nervioso central. Describe por primera vez el duodeno. Mauricio, un médico discípulo de Herófilo escribió un tratado de apósitos quirúrgicos. Con ayuda de su padre, Agnódice se cortó el cabello, adoptó vestimentas masculinas y se transformó en hombre para superar las barreras legales (12). Viajó a Alejandría, el centro médico más avanzado del mundo antiguo (13). Allí estudió bajo Herófilo de Calcedonia (335-280 a.C.), padre de la anatomía científica y primer médico en realizar disecciones sistemáticas de cadáveres humanos(14). Herófilo revolucionó la medicina al:

1. Identificar el cerebro como centro del sistema nervioso (15)
2. Diferenciar nervios motores y sensoriales (16)
3. Reconocer que las arterias contenían sangre, no aire (17)
4. Desarrollar la teoría del pulso diagnóstico (18)

La confluencia venosa cerebral aún lleva su nombre: troncular Herophilii (19). Bajo su tutela, Agnódice se especializó en ginecología y obstetricia, obteniendo las máximas calificaciones (20).

**EL EJERCICIO MÉDICO EN ATENAS:** Al regresar, Agnódice estableció su consulta manteniendo el disfraz. Su primer caso fue emblemático: una mujer en parto que solo aceptó su ayuda cuando Agnódice reveló discretamente su identidad femenina (21). El éxito del parto inició su reputación. Pronto, su consulta se convirtió en la más solicitada de Atenas. Las pacientes experimentaban menores complicaciones, recuperaciones más rápidas y tratamientos efectivos para enfermedades consideradas incurables (22).

**LA ESCUELA MEDICA DE ALEJANDRIA:** Erasistrato de Ceos. Nació en el año 304 a.C. Realizo estudios sobre el cerebro y el hígado. Descubrió el colédoco, “ductus choledochus”., describe que recoge la bilis del hígado y la conduce hasta el duodeno, describiendo minuciosamente el circuito venoso hepático...Erasistrato no aceptaba la teoría humoral de Hipócrates y de Herófilo, avanzó en fisiología del corazón y desarrolló una curiosa teoría mecánica, considerando a la enfermedad debida a la entrada de sangre en un órgano que quedaba por ello pletórico o excesivamente lleno y ello conducía a la degradación de órgano, a la enfermedad. Describió la estructura del ojo con gran exactitud, dando nombre a sus diferentes membranas, como la retina, fue el primero en practicar la depresión del cristalino para curar las cataratas. Inventó un catéter para usarlo en los casos de retención de orina, que es el primero que se cita en los antiguos textos

de cirugía y mucho tiempo se le llamó el catéter de Erasistrato, junto a Herófilo de Calcedonia, son considerados los primeros anatomistas de la Historia de la Medicina.

Herófilo de Calcedonia. ver Figura 3. Herófilo de Calcedonia (335-280 a. C.), médico griego perteneciente a la escuela de Alejandría, nacido en Bitinia, Calcedonia, en el Asia Menor, hoy Kadikoy en la actual Turquía, se formó en la escuela médica de la isla griega de Cos y luego viajó a Alejandría, donde vivió toda su vida en la ciudad del delta del Nilo, la Alejandría del Faro y los faraones Ptolomeo, de la Biblioteca y del primer Museo, centro de investigación creado en honor de las musas, que contaba con salas de disección anatómica. Herófilo es considerado el primer anatomista de la historia.



**Figura 3.** Herófilo, la primera disección. Relieve en piedra en honor del médico de la escuela de Alejandría, a la entrada de la Facultad de Medicina de la l'Université Paris-Descartes, que muestra a Herófilo de Calcedonia, llamado el padre de la anatomía, diseccionando un cadáver humano.

Herófilo de Calcedonia fue el primer médico en distinguir los nervios de los tendones y en anotar la diferencia entre los nervios motores y los nervios sensitivos. Exploró y describió las partes del globo ocular, la retina y el nervio óptico. Describió, además, la tráquea y la epiglotis y, también, definió la estructura y la función de los músculos del estómago y del colédoco. Distinguió el cerebelo del cerebro y describió las meninges, los plexos coroideos, el cuarto ventrículo, donde situaba el alma, y la confluencia de los senos cerebrales conocida hoy, en su honor, como la prensa de Herófilo. Herófilo también le dio nombre al duodeno (de doce dedos de longitud) y al hueso hioides. Conoció Herófilo la existencia del sistema linfático y describió el hígado, los ovarios, el útero y las trompas uterinas. Relacionó también, el anatomista de la Escuela de Alejandría, el pulso con los latidos del corazón y afirmó que la inteligencia no se encuentra, como decían Aristóteles y Empédocles en el corazón, sino en el cerebro, como lo sostuvo Alcmeón, hace 25 siglos, quien fue el creador del primer concepto de salud como armonía de los elementos y el primer médico en considerar al cerebro como la sede del pensamiento humano.

Herófilo de Calcedonia fue el primer médico en realizar sistemáticamente disecciones anatómicas de cuerpos humanos, que se hacían en público en el museo, sentando las bases de una anatomía más exacta, alejada de los humores hipocráticos, iniciando la práctica de autopsias con su contemporáneo, el maestro de Agnódice, Erasístrato de Ceos. Ambos estudiaron el cuerpo humano mediante disecciones tanto en animales de experimentación como en cadáveres humanos y

practicaron, afirman las fuentes, vivisecciones, por las que ha sido muchas veces condenada la anatomía de los médicos alejandrinos

Jenofonte de Cos, Fue discípulo de Erasistrato y fue el primero que recurrió a la ligadura quirúrgica para detener la hemorragia

Andrea de Caristo. Escribió sobre la unión de los huesos. Inventó varias máquinas y aparatos para la reducción de las dislocaciones y de la articulación de la cadera.

Alejandría, que entre los sabios más famosos contó con: Arquímedes, Euclides, Eratóstenes, Apolonio, Herón de Alejandría y el famoso médico Herófilo de Calcedonia. Fue una especie de Universidad, activa desde el siglo IV a.C. en la antigua ciudad egipcia, fue un centro pionero que revolucionó la medicina antigua, al basarse en la observación empírica y la disección humana, permitiendo estudios anatómicos detallados por figuras como el citado Herófilo (que sería el maestro de nuestro personaje) y Erasístrato (c. 304-250 a.C.), que fue un eminente médico y anatomista griego, cofundador de la Escuela de Alejandría junto a Herófilo, pionero en neurofisiología y fisiología experimental, realizando disecciones y descubriendo la distinción entre nervios motores y sensoriales, la función del corazón como bomba y la función unidireccional de sus válvulas, aunque sus obras se perdieron, es recordado por su teoría de la “plétora” y su diagnóstico del “mal de Antíoco”(enfermedades psicosomáticas); ver figura 8. lo que consideró -una forma temprana de psico reacción-. La historia inspiró famosas pinturas, como la de Jacques-Louis David, un amor imposible. Seleuco I, para salvar la vida de su hijo, consintió en divorciarse de su esposa y entregársela. Para algunos, esto hizo a Erasístrato pionero de una forma temprana de psicoterápica.

Los síntomas que preocuparon tanto al padre eran, en palabras de Plutarco en sus “Vidas Paralelas”, los de aquellos que tienen un amor imposible:«... que les falla el habla, que les falta las palabras, se ponen colorados, los ojos les dan vueltas, y de pronto un súbito sudor se apodera de ellos, el pulso les late con fuerza y muy veloz, y finalmente, cuando la fuerza y energía del corazón les han fallado y muestran todos estos signos, se quedan como en éxtasis y trances, y blancos como un monje”(esta descripción de observación médica en neuróticos, es genial, hay que enfatizarla, incorporarla)

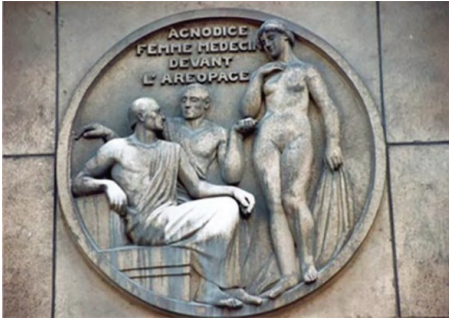
**AGNÓDICE EN ALEJANDRIA,** Quiso estudiar medicina (especialmente partos, obstetricia y síntomas en la mujer más cercanos a los que hoy podríamos considerar se estudian en la actual ginecología) para ayudar a las mujeres durante embarazos y partos, una tarea en la que han existido desde nuestro ancestro, los homínidos, muchas y gravísimas complicaciones, acarreado con frecuencia la muerte de la madre por falta de ayuda médica en los partos.

Sin embargo, en ese tiempo las leyes atenienses prohibían a las mujeres practicar medicina. Para sortear esa restricción, Agnódice, se disfrazaría de hombre, recortándose su cabello y viajó hasta Alejandría (Egipto) para formarse con un maestro, Herófilo, para poder aprender Medicina en Alejandría, insisto, tuvo que “transformarse al género masculino”, vendarse los pechos, vestirse y llevar ropa masculina para hacerse pasar por un hombre.

Sería considerada la primera mujer científica de la historia y la primera mujer en ejercer como partera obstetra. Anecdóticamente, referir que una de sus primeras pacientes fue una mujer que estando de parto en la calle solicitaba auxilio, pero como Agnódice, iba disfrazada de hombre, la mujer, púdicamente, se negaba a que, en un parto complejo, le atendiera un hombre, Agnódice, le explicó y convenció, que en verdad era una mujer y de esa manera permitió que le ayudara en el parto, siendo un éxito el alumbramiento. La mujer, en agradecimiento a la ayuda recibida, recomendó sus servicios a sus amistades, es decir, se iniciaría lo que actualmente llamamos la propaganda boca a boca, que se denomina comúnmente “Marketing de Boca en Boca o Publicidad de Boca en Boca” (en inglés, Word of Mouth Marketing o WOM), y se refiere a las recomendaciones y conversaciones que los consumidores tienen sobre servicios entre sí, basándose en sus experiencias, siendo en esa época y en la actual, una forma muy efectiva de promoción.

Debido a la fama adquirida a través de sus actos médicos y de su consulta, tuvo que acudir a juicio ante el Areópago —tribunal Supremo de Atenas—, un Areópago era en su origen, el nombre de una colina en Atenas (“Colina de Ares”) donde se reunía un importante tribunal y consejo superior en la antigua Grecia para juzgar asuntos graves como asesinatos y crímenes religiosos, aunque hoy se usa metafóricamente para referirse a un grupo de expertos o personas con autoridad para debatir y resolver asuntos importantes, a menudo con un tono irónico o formal defenderse de las acusaciones, que de forma encarnizada la hicieron sus colegas masculinos. Durante el juicio se vio obligada a desnudarse ante el tribunal para demostrar su inocencia y desvelar que en realidad era una mujer; así se salvó de la acusación de violación, pero no la condenaron a pena de muerte por ejercer la medicina siendo una mujer y por hacerse pasar por un hombre, Agnódice, no fue condenada tras el juicio del Areópago, sino absuelta de todos los cargos gracias a la apasionada defensa de sus pacientes, quienes amenazaron con dejarse morir si la ejecutaban, lo que llevó al tribunal a revocar la ley que prohibía a las mujeres ejercer la medicina y, con el tiempo, se abolió esa prohibición, permitiéndole continuar su práctica. La Escuela Médica de Alejandría, terminó sentando bases para la ciencia médica moderna antes de decaer con la caída del Imperio Romano. Nos recuerda (5), como ejemplo, las estancias de varios célebres obstetras españoles de finales del SXIX y principios del SXX en su formación en Europa, que pensionados por la Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas presidida por Ramón y Cajal, viajaron al encuentro de los grandes maestros alemanes de la obstetricia, Ernst Bumm, Kurt Warnekros o Robert Meyer en las Frauenklinik de los Hospitales de Berlín, Kiel o Frankfurt. A lo largo de los siglos, se han ido repitiendo en la Medicina, y como es patente, en la Obstetricia y Ginecología, el espíritu científico y formativo ejemplarizado en la Escuela de Alejandría, buscando las fuentes de los conocimientos más actualizados que impulsaron nuestra especialidad en diferentes Centros europeos y americanos a lo largo de los siglos XIX, XX y XXI. Sus características fundamentales y claves son similares a las que formaron a Agnódice en Alejandría, y que fueron:

- Enfoque Empírico: en Alejandría, se apartaron las teorías puramente filosóficas para centrarse en la experiencia directa y la observación.
- Pioneros en Anatomía: en Alejandría, se permitió la disección de cadáveres humanos, algo raro en su época, lo que llevó a grandes avances anatómicos y fisiológicos.
- Innovaciones: En Alejandría, se identificaron centros nerviosos y estructuras cerebrales, creando los primeros textos anatómicos detallados.
- Impacto: En Alejandría, se consolidó una base sin precedentes para la ciencia médica, influyendo posteriormente y enormemente en la medicina de la antigüedad y que, pasados los siglos, desembocaría en los logros del Renacimiento. Las figuras médicas más Destacadas, fueron las ya citadas: Herófilo y Eracístrato, como figuras centrales en el desarrollo de las ciencias médicas y maestros de Agnódice. Desgraciadamente, en Alejandría surgió un Declive: Su importancia disminuyó tras la conquista romana de Egipto y la posterior caída de Alejandría, marcando el fin de su edad de oro científica.



**Figura 4.** Momento en el que Agnódice se retira sus ropas para demostrar su anatomía femenina al tribunal, convenciéndoles que era una mujer. Relieve en piedra en su honor, a la entrada de la Facultad de Medicina de la l'Université Paris-Descartes,

Sintetizaríamos al respecto en el juicio a Agnódice, lo siguiente: Respecto a las Acusaciones, que Médicos varones envidiosos, la acusaron de seducir y corromper a mujeres casadas, inventando cargos de violación, ya que ella ejercía la medicina disfrazada de hombre, una profesión vetada a las mujeres en Atenas. Que, para su defensa, en el juicio ante el Areópago, sus pacientes aparecieron en masa para testificar a su favor, declarando que, si ella no podía tratar sus dolencias, ellos tampoco recibirían sus cuidados, y si la condenaban, morirían con ella. Ante la presión de las mujeres y la contundencia de su apoyo, el tribunal eximió a Agnódice de los cargos, consiguiendo la absolución. El Legado: tras esto, la ley ateniense que prohibía a las mujeres ejercer la medicina fue revocada, permitiendo a Agnódice y otras mujeres ejercer, aunque con restricciones iniciales, convirtiéndose en un símbolo de la lucha por la igualdad de género en la medicina.



**Figura 5.** Según cuenta ahora la leyenda, sus pacientes salieron en su defensa. Muchas de ellas, esposas de los más altos magistrados de las polis del Areópago.

**LA CONSPIRACIÓN Y EL JUICIO:** El éxito despertó la envidia de colegas masculinos que tramaron una conspiración (23). Las acusaciones escalaron hasta denuncias formales de violación y seducción (24). Llevada ante el Areópago —tribunal supremo de Atenas— Figura 6. (25), Agnódice tomó una decisión valiente: despojándose de sus vestiduras y revelando su identidad femenina, figura 4. demostrando la imposibilidad física de los crímenes acusados (26). Sin embargo, esto la expuso a una nueva acusación igualmente capital: ejercer medicina siendo mujer (27). Sintetizaríamos al respecto en el juicio a Agnódice, lo siguiente: Respecto a las Acusaciones, que Médicos varones envidiosos, la acusaron de seducir y corromper a mujeres casadas, inventando cargos de violación, ya que ella ejercía la medicina disfrazada de hombre, una profesión vetada a las mujeres en Atenas.

Que parta su defensa, en el juicio ante el Areópago, sus pacientes aparecieron en masa para testificar a su favor, declarando que, si ella no podía tratar sus dolencias, ellos tampoco recibirían sus cuidados, y si la condenaban, morirían con ella.

Ante la presión de las mujeres y la contundencia de su apoyo, el tribunal eximió a Agnódice de los cargos, consiguiendo la absolución. El Legado: tras esto, la ley ateniense que prohibía a las mujeres ejercer la medicina fue revocada, permitiendo a Agnódice y otras mujeres ejercer, aunque con restricciones iniciales, convirtiéndose en un símbolo de la lucha por la igualdad de género en la medicina.

**LA PRIMERA REVOLUCIÓN FEMINISTA:** En este momento crítico ocurrió algo extraordinario: una movilización femenina masiva (28). Las mujeres de Atenas, muchas esposas de magistrados, se organizaron espontáneamente para defender a quien había salvado sus vidas. Adoptaron una estrategia revolucionaria: amenazaron con una “huelga reproductiva”, negándose a tener más hijos si Agnódice era condenada (29). Además, proporcionaron testimonio abrumador sobre su competencia médica (30). Figura 5. Enfrentados a esta presión, los magistrados la absolvieron y le permitieron ejercer medicina Figura 7. (31). Un año después, Atenas promulgó una ley permitiendo a las mujeres estudiar y ejercer medicina (32), convirtiéndola en protagonista de una de las primeras revoluciones feministas documentadas.

**LEGADO Y SUCESORAS** El camino abierto por Agnódice permitió que otras mujeres destacaran, como Metrodora (c. 200-400 d.C.), quien escribió el texto médico más antiguo escrito por una mujer: “Sobre las enfermedades y curas de la mujer”; (33). Sus contribuciones incluyeron el uso sistemático del espéculo (34), tratamientos innovadores para hemorragias uterinas, y cirugías para cáncer de mama y útero (35). Su obra fue utilizada como texto durante más de mil años (36).

**RELEVANCIA CONTEMPORÁNEA Y LA MEDICINA COMO AGENTE DE CAMBIO:** La historia de Agnódice mantiene extraordinaria relevancia actual. Han existido tradicionalmente disparidades significativas en especialidades médicas por género (37), sesgos en investigación médica con exclusión histórica de mujeres en ensayos clínicos(38), y diferencias en metabolismo farmacológico entre sexos (39). La medicina actual reconoce cada vez más la importancia de considerar diferencias



**Figura 6.** Colina de Ares en Atenas, donde se reunía el Areópago, básicamente su función era la de “controlar a los magistrados, interpretar las leyes, juzgar a los homicidas y resolver los conflictos entre los ciudadanos y el Estado”

de género en presentación clínica, progresión de enfermedades y factores de riesgo (40). El caso de Agnódice demuestra cómo la evidencia científica sólida puede superar prejuicios arraigados (41). En muchas regiones del mundo, las mujeres aún enfrentan barreras similares: acceso limitado a atención especializada, preferencias culturales por profesionales del otro género, y estigmatización de condiciones

ginecológicas (42).

**RESPONSABILIDADES ACADÉMICAS:** Como miembros de esta Real Academia, los Estatutos nos encomienda ciertas responsabilidades que Agnódice ejemplifica: Preservación del Conocimiento (Artículo 5.6): Como Higino preservó la memoria de Agnódice, nuestra Academia debe preservar el patrimonio médico español. Promoción de la Excelencia (Artículo 4): Agnódice ejemplifica competencia técnica, innovación, ética profesional y compromiso social. Advocación por la Equidad (Artículo 5.2): Su legado nos desafía a promover equidad de género, apoyar a profesionales que enfrentan barreras, e investigar disparidades en salud.

**CONSIDERACIONES SOBRE LA FIGURA o EL MITO DE AGNÓDICE, A MODO DE APENDICE:** Planteamientos a considerar ¿Fue real o es leyenda? La mayoría de estudiosos modernos consideran que Agnódice no fue una persona histórica real, sino una figura legendaria contada por el escritor romano Gaius Julius Hyginus en su obra *Fabulae*. La historia ha sido usada a lo largo del tiempo como un símbolo de lucha por la inclusión de las mujeres en la medicina, aunque no hay evidencia independiente y contemporánea que confirme su existencia. Agnódice, probablemente no fuese la primera partera obstetra, pero sí es la más simbólica, porque su historia representa el choque entre conocimiento femenino y prohibiciones legales en Atenas.

Su significado histórico. Aunque probablemente no exista evidencia histórica pura de que Agnódice viviera realmente, su relato ha sido muy influyente como ejemplo temprano de la discriminación de género en profesiones, y de forma que nos compete, en las médicas antiguas, la resistencia a esas barreras por parte de mujeres, y el uso de la narrativa para inspirar cambios sociales y profesionales.

En resumen, si debemos considerar a Agnódice/Hagnódica, como una heroína legendaria cuyo mito ha inspirado el reconocimiento del papel de las mujeres en la historia de la medicina, especialmente en campos como la ginecología y la obstetricia, Pero ¿hay mujeres ginecólogas anteriores a Hagnódice, Sí. Aunque Hagnódice es la más famosa, sí existen mujeres que practicaron medicina, obstetricia o ginecología antes que ella, algunas históricamente documentadas y otras conocidas por inscripciones o textos médicos, sobre todo fuera de Atenas. Reconsideramos, por tanto, que en el Antiguo Egipto (las más antiguas y mejor documentadas) Peseshet (c. 2400 a. C.) Vivió durante la V dinastía egipcia.



**Figura 7.** Afortunadamente, Agnódice fue absuelta y, gracias a ella, Atenas aprobó una ley para que las mujeres también pudiesen ejercer la medicina. Agnódice de Atenas, s. -IV, En la página 43-44 de El legado de Hipatia, está considerada la primera mujer médica y ginecóloga. La historia de Agnódice la conocemos por una carta del historiador romano bibliotecario de Augusto, Higino., publicada en 1687 por Mrs. Cellier, una conocida comadrona inglesa. Esta historia la volvemos a encontrar, en el siglo XVIII, en las Cartas eruditas y curiosas de Benito Jerónimo Feijoo

Debido a la fama adquirida a través de sus actos médicos y de su consulta, Agnódice, tuvo que acudir a juicio ante el Areópago —tribunal Supremo de Atenas—, un Areópago era en su origen, el nombre de una colina en Atenas, la “Colina de Ares”, donde se reunía un importante tribunal y consejo superior en la antigua Grecia para juzgar asuntos graves como asesinatos y crímenes religiosos, aunque hoy se usa metafóricamente para referirse a un grupo de expertos o personas con autoridad para debatir y resolver asuntos importantes, a menudo con un tono irónico o formal defenderse de las acusaciones, que de forma encarnizada la hicieron sus colegas masculinos. Durante el juicio se vio obligada a desnudarse ante el tribunal para demostrar su inocencia y desvelar que en realidad era una mujer; así se salvó de la acusación de violación, no la condenaron a pena de muerte por ejercer la medicina siendo una mujer y por hacerse pasar por un hombre, Agnódice, fue absuelta tras el juicio del Areópago de todos los cargos gracias a la apasionada defensa de sus pacientes mujeres, quienes amenazaron con dejarse morir si la ejecutaban, lo que llevó al tribunal a revocar la ley que prohibía a las mujeres ejercer la medicina y, con el tiempo, se abolió esa prohibición, permitiéndole continuar su práctica médica.



**Figura 8.** Antiochus y Stratonice, del Autor: Jacques Louis David. Datación de la obra: 1774. Óleo sobre lienzo. Medidas: 447.4 x 531.8 cm. Localización: École Nationale Supérieure des Beaux-Arts, París

Alejandro, que entre sus sabios más famosos contó con: Arquímedes, Euclides, Eratóstenes, Apolonio, Herón de Alejandría y el citado médico Herófilo de Calcedonia. Fue una especie de Universidad de Bolonia, de París, de Salamanca, de Cambridge, de Oxford o Harvard de su época, activa desde el siglo IV a.C. en la antigua ciudad egipcia, fue un centro pionero que revolucionó la medicina antigua, al basarse en la observación empírica y la disección humana, permitiendo estudios anatómicos detallados por figuras como el citado Herófilo (que sería el maestro de nuestro personaje) y Erasistrato (c. 304-250 a.C.), que fue un eminente médico y anatomista griego, cofundador de la Escuela de Alejandría junto a Herófilo, pionero en neurofisiología y fisiología experimental, realizando disecciones y descubriendo la distinción entre nervios motores y sensoriales, la función del corazón como bomba y la función unidireccional de sus válvulas, aunque sus obras se perdieron, es recordado por su teoría de la Plétora y su diagnóstico del mal de Antioco. Erasistrato, fue llamado a la Corte de Seleuco I de Siria, para curar a Antioco, hijo de rey, quien padecía una extraña y compleja enfermedad. Durante varios días Erasistrato fue recopilando datos de Antioco, entre ellos, observó que el pulso del joven se aceleraba al ver a su madrastra Estratónice, tras lo que, pudo observar que su rostro enrojecía cuando su joven madrastra, una bella y esbelta mujer y mucho más joven que el rey, entraba en la habitación (escena representada por Jacques Louis David en un lienzo de 1774 que le valió el premio de Roma), Erasistrato dedujo que en realidad el paciente sufría una serie de signos sospechosos de una intensa respuesta emocional, diagnosticando tras varias observaciones a las que el joven respondía extrañamente ante la presencia de su madrastra, a lo que consideró una forma temprana de psico-reacción, un amor imposible. Seleuco I, para salvar la vida de su hijo, consintió en divorciarse de su esposa y entregársela. Para algunos, esto hizo a Erasistrato pionero de una forma temprana de psicoterapia. Los síntomas que tanto habían preocuparon al padre eran, en palabras de Plutarco en sus "Vidas Paralelas", los de aquellos que tienen un amor imposible: «... que les falla el habla, que les falta las palabras, se ponen colorados, los ojos les dan vueltas, y de pronto un súbito sudor se apodera de ellos, el pulso les late con fuerza y muy veloz, y finalmente, cuando la fuerza y energía del corazón les han fallado y muestran todos estos signos, se quedan como en éxtasis y trances, y blancos como un monje.

Ostentaba el título de "Supervisor de las mujeres médicas". Es la primera mujer médica conocida por la historia, probablemente especializada en salud femenina y partos. Está documentada por inscripciones funerarias reales. Muy anterior a Hagnódice y plenamente histórica. Merit-Ptah (controvertida) A veces citada como médica hacia el 2700 a. C. Hoy muchos historiadores creen que es una confusión moderna o una figura mal atribuida. No se considera evidencia sólida.

En el Mundo griego anterior a Hagnódice, Parteras y comadronas (Maia). En Grecia existían mujeres especializadas en partos y ginecología práctica, aunque no podían ejercer como médicas oficiales. Su conocimiento era empírico, transmitido de mujer a mujer. Asistían partos, trataban problemas menstruales y de fertilidad. Hagnódice encaja en este contexto: el conflicto no era la práctica, sino el estatus legal de "médica".

Phanóstrate (siglo IV a. C., contemporánea o algo anterior) Conocida por una inscripción funeraria ateniense. Identificada como partera y médica (iatros kai maia). Es una de las pruebas más claras de mujeres ejerciendo medicina femenina en Grecia. Si revisamos tradiciones médicas no griegas, por ejemplo, en Mesopotamia Hay referencias a mujeres sanadoras y parteras en códigos y textos médicos. No se conservan muchos nombres propios, pero su existencia está clara. En la India antigua. Los textos ayurvédicos mencionan especialistas femeninas en partos y salud reproductiva, aunque los nombres no siempre se preservan.

**CONCLUSIONES:** Sí hubo mujeres ginecólogas y obstetras antes de Hagnódice, especialmente en: Egipto (Peseshet), Grecia (parteras reconocidas), Mesopotamia (entre otras civilizaciones antiguas.), pero Agnódice estableció la ginecología como especialidad formal, demostró la importancia de formación especializada, innovó en técnicas diagnósticas, y mejoró los resultados significativamente en la salud materna. Socialmente, desafió estructuras de poder, movilizó a la comunidad, transformó leyes discriminatorias, y estableció precedentes para futuras generaciones. En un mundo donde persisten en muchas localizaciones inequidades en salud (43), sesgos de género en especialidades, y desigualdades en acceso sanitario (44), Agnódice representa un modelo de determinación, ejemplo de excelencia, símbolo de transformación social, e inspiración para el compromiso con la equidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Women in Health Workforce: Global Statistics. Geneva: WHO Press, 2023.
2. Institute of Medicine. Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? Washington: National Academy Press, 2001.
3. Hamberg, Katarina. "Gender bias in medicine." *Women's Health* 4, no. 3 (2008): 237-243.
4. Finley, Moses I. La Grecia antigua: economía y sociedad. Barcelona: Crítica, 1973.
5. Pomeroy, Sarah B. Diosas, ramerías, esposas y esclavas: las mujeres en la antigüedad clásica. Madrid: Akal, 1987.
6. Flemming, Rebecca. Medicine and the Making of Roman Women. Oxford: Oxford University Press, 2000.

7. Higinio, Cayo Julio. *Fabulae. Fábula CCLXXIV*. Madrid: Editorial Gredos, 1997.
8. Dean-Jones, Lesley. *Women's Bodies in Classical Greek Science*. Oxford: Clarendon Press, 1994.
9. Higinio, Cayo Julio. *Fabulae. Edición crítica de Peter K. Marshall*. Leipzig: Teubner, 1993.
10. Parker, Holt N. "Women Doctors in Greece, Rome, and the Byzantine Empire." En *Women Healers and Physicians*, ed. Lilian R. Furst. Lexington: University Press of Kentucky, 1997.
11. Lanza, Henar. *Agnódice. La primera médica de mujeres*. Vegueta Ediciones, 2024.
12. Mossé, Claude. *La mujer en la Grecia clásica*. Madrid: Nerea, 1990.
13. Canfora, Luciano. *La biblioteca desaparecida*. Gijón: Trea, 1988.
14. Von Staden, Heinrich. *Herophilus: The Art of Medicine in Early Alexandria*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
15. Nutton, Vivian. *Ancient Medicine*. London: Routledge, 2004.
16. Longrigg, James. *Greek Rational Medicine*. London: Routledge, 1993.
17. Fraser, Peter M. *Ptolemaic Alexandria*. Oxford: Clarendon Press, 1972.
18. Sarton, George. *A History of Science: Hellenistic Science and Culture*. Cambridge: Harvard University Press, 1959.
19. Singer, Charles. *A Short History of Anatomy from the Greeks to Harvey*. New York: Dover, 1957.
20. Lanza, Henar. *Agnódice. La primera médica de mujeres*. Vegueta Ediciones, 2024.
21. Higinio, Cayo Julio. *Fabulae. Fábula CCLXXIV*.
22. García Ballester, Luis. *La medicina en la España romana*. Barcelona: Crítica, 1994.
23. Kudlien, Fridolf. "Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome." *Clio Medica* 5, no. 2 (1970): 91-121.
24. López Férez, Juan Antonio, ed. *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos, 1999.
25. MacDowell, Douglas M. *The Law in Classical Athens*. London: Thames and Hudson, 1978.
26. Higinio, Cayo Julio. *Relato del juicio de Agnódice en Fabulae, CCLXXIV*.
27. Just, Roger. *Women in Athenian Law and Life*. London: Routledge, 1989.
28. Blundell, Sue. *Women in Ancient Greece*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
29. Schaps, David M. *Economic Rights of Women in Ancient Greece*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1979.
30. Hanson, Ann Ellis. "The Medical Writers' Woman." En *Before Sexuality*, ed. David M. Halperin. Princeton: Princeton University Press, 1990.
31. Higinio, Cayo Julio. *Resolución del caso en Fabulae*.
32. Martín González, A. "Agnódice, de la Rebelión política a la lucha por la Ginecología del Siglo IV a. C." VII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres, 2015, pp. 461-486.
33. King, Helen. *Hippocrates' Woman: Reading the Female Body in Ancient Greece*. London: Routledge, 1998.
34. Green, Monica H. "Women's Medical Practice and Health Care in Medieval Europe." *Signs* 14, no. 2 (1989): 434-473.
35. Riddle, John M. *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
36. Temkin, Owsei. *Soranus' Gynecology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
37. Organización Mundial de la Salud. *Women in Health Workforce*. Geneva: WHO Press, 2023.
38. Institute of Medicine. *Does Sex Matter?* Washington: National Academy Press, 2001.
39. Legato, Marianne J. "Principles of Gender-Specific Medicine." *Academic Medicine* 79, no. 12 (2004): 1145-1149.
40. Hamberg, Katarina. "Gender bias in medicine." *Women's Health* 4, no. 3 (2008): 237-243.
41. Laín Entralgo, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1978.
42. Sen, Amartya. "Missing Women Revisited." *BMJ* 327, no. 7427 (2003): 1297-1298.
43. Marmot, Michael. *The Health Gap*. London: Bloomsbury, 2015.
44. Wilkinson, Richard y Kate Pickett. *The Spirit Level*. London: Penguin, 2010.

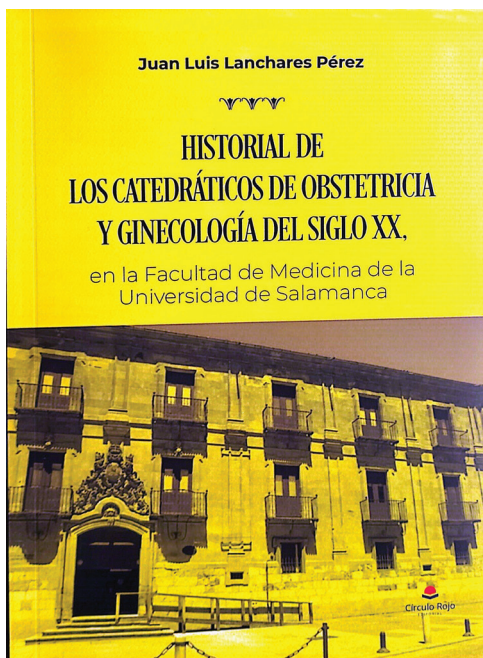
**González Rodríguez, Silvia P. y Lanchares Pérez-Lasarte, Juan Luis**  
(Académicos de la Real Academia de Medicina de Salamanca)

## CRÍTICA DE LIBROS

### ***Historial de los catedráticos de obstetricia y ginecología en la facultad de medicina de la universidad de Salamanca durante el siglo XX”***

JL Lanchares Pérez-Lasarte  
EDITORIAL CIRCULO ROJO  
MARZO 2026

El libro constituye, ante todo, un ejercicio de memoria académica. No se limita a enumerar nombres, fechas o relevos universitarios; reconstruye la evolución de la obstetricia y la ginecología españolas a través de una de sus instituciones históricas más simbólicas: la Universidad de Salamanca.



El mérito del texto reside en su voluntad de rescatar la dimensión humana de la cátedra. En muchas ocasiones, la historiografía médica española ha caído en el inventario frío de méritos administrativos, oposiciones o publicaciones. Aquí, en cambio, se percibe el deseo de mostrar cómo cada catedrático representó una época, una mentalidad y una forma de entender la medicina de la mujer. Esa perspectiva convierte la tribuna en algo más que una reseña institucional: la transforma en una reflexión sobre la transmisión del conocimiento.

Hay además un aspecto especialmente valioso: la reivindicación de la universidad clásica como núcleo moral de la medicina. El artículo recuerda que la cátedra no era únicamente un puesto docente, sino una autoridad intelectual y ética. En el siglo XX —*atravesado por monarquía, república, guerra civil, autarquía y transición democrática*— la continuidad de las escuelas médicas dependió muchas veces de figuras concretas que mantuvieron vivo el prestigio científico en circunstancias difíciles.

Salamanca, donde reside el autor en Santa Marta de Tormes y donde estudió medicina al igual que mi padre, posee una resonancia histórica que trasciende lo universitario. Hablar de medicina en Salamanca implica evocar siglos de tradición humanística, patios de piedra y aulas donde primero apareció el latín escolástico y luego la ciencia moderna. Una ciudad que a mi parecer cautiva y embelesa.

El libro tiene un tono sobrio y documental que favorece el rigor, ordena el pasado lo documenta y lo preserva pero trufado de anécdotas, personajes y escenarios de las distintas épocas. Es también una defensa implícita de la memoria académica española y de la dimensión humanística de la medicina. Personalmente lo he leído fácil, disfrutando de los protagonistas, sobre todo de los que conocí directamente. Nuestra enhorabuena al autor deseando al libro el mayor de los éxitos

**JM BAJO ARENAS**