

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Septiembre-Octubre 2025

Año MMXXV

804

ARTÍCULO ORIGINAL

Perimenopausia y menopausia en Latinoamérica: manejo actual y recomendaciones

Hernández-Guzmán L, Ortiz-Barboza A, Alvarado-Prado R

Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos Completa en trillizas portadoras de una mutación frameshift familiar en el gen AR

Solé Mayoral A, Roca Benlloch A, Rodríguez Búñez AB, Lobo Valentín RM, Arrabal Bazaga D

Uso del sistema JADA en el manejo de la hemorragia posparto por atonía uterina: experiencia clínica en tres casos

Nae Frangulea MM, Solé Mayoral S, Bernardo Vega R, Arnal Burró AM, Martín Medrano EM

REVISIÓN DE CONJUNTO

Implicaciones reproductivas y tratamiento de las anomalías uterinas congénitas

Díaz Rodríguez S, Ocaña Martínez V, Caballero de Diego A, Mirca Tartau AM, Huertas Fernández MA

CASO CLÍNICO

Cistoadenofibroma seroso de ovario: caso clínico, revisión de la literatura y diagnóstico diferencial

Labrado P, Flores AM, Ramiro E, Vizcaino E, Escribano JJ

TRIBUNA HUMANÍSTICA

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

CRÍTICA DE LIBROS

Cascabelitos. Vida y muerte de Carmen Broto, la prostituta que sabía demasiado

Carrera Maciá JM





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

Periodicidad:
6 números al año

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
Nuevas suscripciones enviar email a:
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

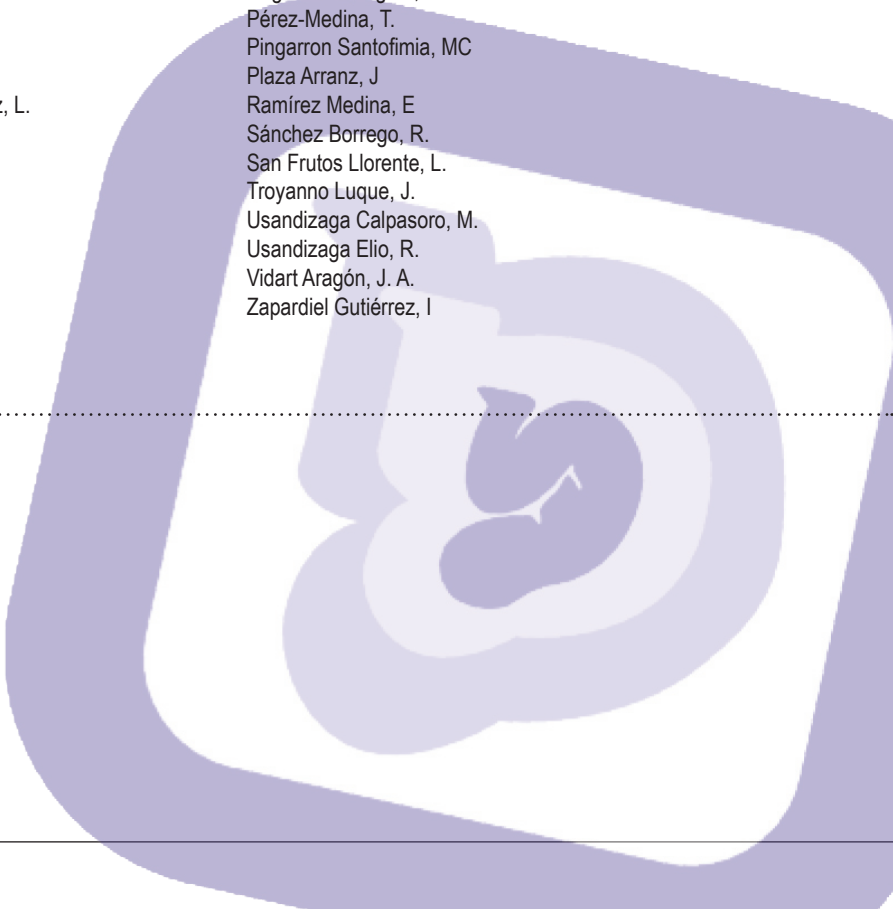
SECRETARIOS DE REDACCIÓN

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 MMXXV ♦ SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2025 ♦ NÚMERO 804

ARTÍCULO ORIGINAL

Perimenopausia y menopausia en Latinoamérica: manejo actual y recomendaciones

Hernández-Guzmán L, Ortiz-Barboza A, Alvarado-Prado R 228

Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos Completa en trillizas portadoras de una mutación frameshift familiar en el gen AR

Solé Mayoral A, Roca Benlloch A, Rodríguez Bújez AB, Lobo Valentín RM, Arrabal Bazaga D 236

Uso del sistema JADA en el manejo de la hemorragia posparto por atonía uterina: experiencia clínica en tres casos

Nae Frangulea MM, Solé Mayoral S, Bernardo Vega R, Arnal Burró AM, Martín Medrano EM 243

REVISIÓN DE CONJUNTO

Implicaciones reproductivas y tratamiento de las anomalías uterinas congénitas

Díaz Rodríguez S, Ocaña Martínez V, Caballero de Diego A, Mirca Tartau AM, Huertas Fernández MA 247

CASO CLÍNICO

Cistoadenofibroma seroso de ovario: caso clínico, revisión de la literatura y diagnóstico diferencial

Labrado P, Flores AM, Ramiro E, Vizcaíno E, Escribano JJ 262

TRIBUNA HUMANÍSTICA

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 267

CRÍTICA DE LIBROS

Cascabelitos. Vida y muerte de Carmen Broto, la prostituta que sabía demasiado

Carrera Maciá JM 304



CONTENTS

MMXXV YEARS ♦ SEPTEMBER-OCTOBER 2025 ♦ NUMBER 804

ORIGINAL ARTICLES

Perimenopause and menopause in Latin America: current management and recommendations

Hernández-Guzmán L, Ortiz-Barboza A, Alvarado-Prado R 228

Complete Androgen insensitivity síndrome in Triplet Carriers of a Familial Frameshift Mutation in the AR GeneR

Solé Mayoral A, Roca Benlloch A, Rodríguez Bújez AB, Lobo Valentín RM, Arrabal Bazaga D 236

Use of the JADA System in the Management of Postpartum Hemorrhage due to Uterine Atony: Clinical Experience in Three Cases

Nae Frangulea MM, Solé Mayoral S, Bernardo Vega R, Arnal Burró AM, Martín Medrano EM 243

REVISION

Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies (2024 Second Edition)

Díaz Rodríguez S, Ocaña Martínez V, Caballero de Diego A, Mirca Tartau AM, Huertas Fernández MA 247

CASE REPORT

Serous ovarian cystadenofibroma: case report, review of the literature and differential diagnosis

Labrado P, Flores AM, Ramiro E, Vizcaíno E, Escibano JJ 262

TRIBUNA HUMANÍSTICA

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 276

CRÍTICA DE LIBROS

Cascabelitos. Vida y muerte de Carmen Broto, la prostituta que sabía demasiado

Carrera Maciá JM 304

Artículo Original

Perimenopausia y menopausia en Latinoamérica: manejo actual y recomendaciones

Perimenopause and menopause in Latin America: current management and recommendations

Hernández-Guzmán L (1), Ortiz-Barboza A (2), Alvarado-Prado R (3)

(1) Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Presidente, Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG).

(2) Médico, con maestría en Salud Pública.

(3) Profesional en Promoción de la Salud, con maestría en Epidemiología.

RESUMEN

Esta revisión explora las dimensiones clínicas, sociales y psicológicas de la perimenopausia y la menopausia, destacando su impacto en la salud y el bienestar de las mujeres. Se hace hincapié en síntomas clave como sofocos, sequedad vaginal y trastornos emocionales, y el diagnóstico se basa tradicionalmente en 12 meses de amenorrea en mujeres mayores de 45 años.

La Terapia Hormonal para la Menopausia (THM) se recomienda para el manejo de los síntomas vasomotores. La revisión incluye una encuesta a 679 médicos latinoamericanos, que revela que el 65,68 % reportó consultas frecuentes por síntomas menopáusicos y el 86,04 % prescribió terapia hormonal sustitutiva (THM). El análisis estadístico mostró diferencias significativas en los patrones de prescripción según la edad, la región y la especialidad. Cabe destacar que el 75 % de las pacientes expresó temor al cáncer de mama. El 71,89% considera el precio como un factor importante o muy importante en la decisión clínica de tratamiento

CORRESPONDENCIA:
Luis Hernández-Guzmán

Los hallazgos subrayan la necesidad de enfoques personalizados e informados para el manejo de la menopausia, reconociéndola como un problema de salud pública.

INTRODUCCIÓN

La perimenopausia y menopausia son procesos naturales del envejecimiento que pueden afectar el bienestar y salud de las mujeres en el curso de vida, idealmente requieren un acompañamiento clínico, social y psicológico. El Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), un consenso de estadificación estandarizada para el envejecimiento reproductivo es un modelo que presenta las etapas del ciclo reproductivo de la mujer -desde la menarquía hasta la posmenopausia-. De acuerdo con el sistema, la transición a la menopausia inicia con variaciones en la duración de los ciclos, disminución en fertilidades y cambios hormonales (1).

Según el sistema de clasificación STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop); se especifica que la perimenopausia ocurre desde la primera vez que se observan síntomas y signos hasta un año antes del último periodo de menstruación -no histerectomizada-; dentro de los síntomas destaca las variaciones en el ciclo menstrual, niveles hormonales y síntomas vasomotores (2).

Sin embargo, diferentes autores han apuntado a que este método presenta limitaciones debido a sus criterios;

dado que existe una variabilidad en las mujeres la cual se ve permeada por condiciones biológicas y del contexto social; por tanto, la forma en que se vive y maneja la perimenopausia puede ser heterogénea y relativa (2–4).

Dentro de las limitaciones de este sistema es que se aplica sobre mujeres sanas, lo que implica limitarlo a personas fumadoras, con obesidad, entre otras condiciones. En este sentido, la comprensión del envejecimiento ovárico debe acompañarse de la parte endocrina y clínica (5).

Además, Islam et al, (2025) indican que los sofocos y sequedad vaginal son síntomas clave para determinar el inicio de la menopausia (3); y resaltan la importancia de considerar otros síntomas vasomotores y cambios en el flujo menstrual antes de depender únicamente de la irregularidad del ciclo menstrual.

Por tanto, el fin del periodo reproductivo de la mujer no debe estar marcado únicamente tras 12 meses consecutivos de amenorrea (6); los cambios hormonales y fisiológicos son necesarios, más no suficientes como criterios, por lo que conviene contemplar otros aspectos clínicos, emocionales, sociales y culturales (7).

No obstante, el diagnóstico de la menopausia en mujeres mayores de 45 años sigue concentrado en el reporte de un cese de la menstruación durante 12 o más meses (con o sin síntomas) (6). Mientras que para mujeres que se sometieron a una histerectomía, suele iniciar el tratamiento antes del diagnóstico definitivo. Según el Toolkit for Managing Menopause 2023, no se debe realizar pruebas hormonales para diagnosticar esta etapa, se contempla solamente para mujeres amenorreicas con síntomas sutiles o fluctuantes en mujeres de 40 a 45 años (8).

La edad promedio de la menopausia, en países de altos ingresos, es de 51,5 años. Dentro de los síntomas de la menopausia destacan: síntomas vasomotores, sofocos, sudoración, síntomas urogenitales, irritación vaginal, dispareunia, infecciones urinarias recurrentes; otros podrían ser síntomas emocionales, como ansiedad, irritabilidad, trastornos de sueño, disminución del deseo sexual, entre otros (8).

Ante la marcada disminución de actividad hormonal y presencia de sintomatología que presentan las mujeres en estos periodos de perimenopausia y menopausia, existe una gama de opciones terapéuticas que incluye recursos farmacológicos, terapias emergentes, terapias hormonales, entre otras (9).

Las guías clínicas recomiendan terapia hormonal menopáusica; principalmente por alteraciones en el sueño y síntomas vasomotores (4). Se registra la introducción de la primera Terapia Hormonal en 1942 con resultados muy positivos, no obstante, en 2002, se registró un alto riesgo de tromboembolismo venoso, enfermedad cardiovascular y cáncer de mama con el uso de la terapia de reemplazo

hormonal; resultando en una disminución del 40-80% en el uso. Ante esto, se han incorporado terapias alternativas, mas no necesariamente satisfactorias para atender completamente los síntomas vasomotores, síndrome genitourinario y la prevención de fracturas (10).

Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2015, concluye que la Terapia Hormonal de Menopausia (THM) no tiene riesgo mayor de muerte por todas las causas, problemas cardiovasculares, accidente cerebrovascular ni para cáncer (11). Algunos autores, han planteado que la toma de decisiones debe hacerse de forma conjunta entre la paciente y el personal médico; tomando en consideración el tipo de hormona, la dosis, formulación, vía de administración, periodo de inicio, duración de uso, e incorporación de progestina (9).

Además, se contemplan factores del estilo de vida, como alimentación saludable, actividad física, cesación de fumado, limitación de consumo de alcohol y manejo del estrés (8). Por tanto, los cambios en el funcionamiento biológico y psicosocial que se expresan en la clínica de la perimenopausia y menopausia deben considerarse un problema de salud pública, poniendo en perspectiva además que la terapia hormonal es una de las formas más eficaces para reducir síntomas pero que existe controversia respecto a los potenciales riesgos.

Ante este escenario se consultó a médicos de América Latina sobre la frecuencia de los síntomas de las pacientes en perimenopausia y menopausia; así como el uso y adherencia de THM.

Método y materiales

La revisión bibliográfica incluyó el resultado de un cuestionario de tipo cuantitativo y descriptivo. La aplicación del cuestionario fue auto administrada en el personal médico adscrito a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia en 2024. La convocatoria fue abierta a todos los agremiados de la Federación de la cual participaron 679 sujetos quienes dieron el consentimiento informado voluntario.

Los sujetos participantes son en mayor proporción hombres, entre 45 a 60 años con una formación de especialista en ginecología y obstetricia. La mayoría son de Suramérica (Chile, Perú, Colombia, Ecuador, Argentina, Bolivia, Paraguay, Venezuela), Centroamérica (Costa Rica, Panamá, República Dominicana, El Salvador, Honduras y Guatemala), y México.

El instrumento se realizó a través de la aplicación de Microsoft Forms, con variables socio profesionales, frecuencia de síntomas de la perimenopausia o de menopausia percibido de los pacientes, abordaje terapéutico (adherencia, beneficios y miedos relacionados).

Se realizó una revisión de la matriz de datos para

Tabla 1. Distribución porcentual y absoluta del perfil socio profesional de los médicos consultados (n=679)

Variable	n°	%
Sexo		
Hombre	345	50,81
Mujer	324	47,72
No indica	10	1,47
Edad		
Menos de 30	6	0,88
30 – 44	171	25,18
45 – 60	270	39,76
Más de 60	226	33,28
No indica	6	0,88
Formación		
Ginecología y Obstetricia	413	60,82
Médico general/Médico de atención primaria	266	39,18
Región de residencia		
Suramérica	388	57,14
Centroamérica y México	266	39,18
Caribe	25	3,68

Tabla 2. Distribución porcentual y absoluta sobre la percepción de consultas por síntomas perimenopausia o de menopausia y su abordaje reportado por los médicos consultados (n=679)

Variable	n°	%
Frecuencia de consultas por síntomas climatéricos o de menopausia		
Poco frecuente	80	11,78
Regular	133	19,59
Frecuente	240	35,35
Muy frecuente	206	30,34
No veo pacientes con esos síntomas	20	2,95
Prescripción de THM a pacientes (n=659)		
Sí	567	86,04
Abordaje terapéutico de elección de los médicos (n=659)		
THM según recomendaciones de guías clínicas	499	75,72
Terapia natural con fitoestrógenos	81	12,29
Refiero a especialista en menopausia	63	9,56
No indico tratamiento, es una etapa fisiológica en la mujer	9	1,37
No indico tratamiento por el riesgo de cáncer de mama	7	1,06

el procesamiento y análisis de los datos descriptivo univariado y bivariado. Se presentan frecuencias absolutas y porcentuales para cada una de las variables. Además, se utilizaron las pruebas estadísticas Chi cuadrado, Fisher's Exact con un nivel de significancia del 0.05. Finalmente, se estimaron los Odds Ratio a través de

una regresión logística multinomial con su respectivo intervalo de confianza 95%.

RESULTADOS

La consulta por síntomas por perimenopausia se reportó en forma frecuente y muy frecuente en un 65,68% del total de citas de los médicos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; logrando según el criterio médico una prescripción de Terapia Hormonal de la Menopausia en un 86,04% [Tabla 2].

La percepción de frecuencia de consultas por síntomas presenta diferencias con significancias estadísticas respecto a la especialidad de los médicos (Prueba Fisher's exact, $p<0,05$). En este sentido, se evidenció que los médicos con especialidad de ginecología y obstetricia tienen un 58% más de probabilidad de reporte de los síntomas "muy frecuente" en comparación con los médicos generales o de atención primaria, en relación con la categoría de "frecuente" (RR: 1,58, IC95: 1,03-2,42, $p<0,05$).

Se encontró que la posibilidad de reporte de THM por parte del personal médico aumenta 52% en personas mayores de 60 años, en comparación con los menores de 30 años (OR: 9,52, IC95: 1,81-50,20, $p<0,05$). Además, en esta misma variable existe 3,31 veces más posibilidad de que prescriba la terapia en un país de Centroamérica y México, en comparación con Suramérica (OR: 3,31, IC95: 1,92-5,69, $p<0,05$). Respecto a la formación, se sabe que los médicos con especialidad de ginecología y obstetricia reportan en mayor frecuencia la THM en comparación de médicos generales y familiares (OR: 22,66, IC95: 11,13-46,16, $p<0,05$).

En relación con el tiempo de adherencia de la THM reportada por los médicos, más de un 75% indicó ser 3 o más años. [Tabla 3]

Tabla 3. Distribución porcentual y absoluta sobre el abordaje THM por parte de los médicos consultados (n=580)

Variable	n°	%
Tiempo aproximado de adherencia a la THM		
Menos de 1 año	19	3,28
1-2 años	92	15,86
3-4 años	236	40,69
5-6 años	101	17,41
7-8 años	94	16,21
9 o más años	12	2,07
Desconocimiento	26	4,48
Beneficios sobre THM reportado por pacientes		
Alivio de los síntomas menopáusicos (Irritabilidad, cambios de humor, bochornos, etc.)	577	99,48
Prevención de la osteoporosis	577	99,48
Beneficios cardiovasculares	577	99,48
Neuroprotección a largo plazo (Alzheimer)	577	99,48
Los beneficios superan los riesgos	577	99,48
No encuentra beneficios	3	0,52
El precio es importante en la decisión clínica		
No afecta mi decisión clínica	152	26,21
Si afecta mi decisión clínica	11	1,90
Importante	267	46,03
Muy importante	150	25,86
Se realiza seguimiento a la(s) pacientes que se les indica THM para la menopausia (n=577)		
Sí	542	93,93
A veces	35	6,07

Tabla 4. Distribución porcentual y absoluta sobre objeción o temor que manifiestan las pacientes al ofrecer e THM reportado por parte de los médicos consultados (n=579)

Objeción o temor que manifiestan las pacientes al ofrecerles THM	n°	%
Miedo a desarrollar cáncer de mamá	434	74,96
Miedo a desarrollar un tromboembolismo venoso o arterial	119	20,55
Miedo a aumentar de peso	59	10,19
Es una etapa natural de la vida y aguantaré los síntomas	59	10,19

El personal médico indicó que dentro de los beneficios percibidos por los pacientes de la THM destacan: alivio de los síntomas menopáusicos (irritabilidad, cambios de humor, bochornos, etc.), prevención de la osteoporosis, beneficios cardiovasculares, neuroprotección a largo plazo (Alzheimer). Los beneficios reportados de THM representan diferencias con respecto a la formación

de los médicos (Prueba Fisher's exact, $p < 0,05$).

Además, se evidenció en un 71,90% que el precio es importante o muy importante en la decisión clínica. Por otra parte, uno de los aspectos relevantes en este estudio es la percepción de riesgo que tienen los pacientes con el uso de THM, asociado al desarrollo de cáncer (75%, aproximadamente). [Tabla 4]

DISCUSIÓN

El reconocimiento de los síntomas durante el periodo de la perimenopausia y la menopausia es crucial para poder dirigir la intervención terapéutica más adecuada y adaptada a las mujeres de forma oportuna, garantizando su calidad de vida a corto y largo plazo. En la presente revisión, el personal de salud no valoró pacientes con esos síntomas en un 2,95% y un 11,78% lo reportó de forma poco frecuente.

El hecho de que los síntomas varían entre los pacientes puede generar un diagnóstico impreciso; lo que conlleva a demoras en el manejo de estos, y en el peor de los escenarios a la interrupción de actividades de la cotidianidad. Por ende, la poca comprensión de este fenómeno por parte de las mujeres y del propio personal de salud contribuye en retrasos en el reconocimiento y manejo de síntomas (12).

Un estudio en nuestro contexto latinoamericano, en Perú, reportó que los síntomas presentaron diferentes frecuencias e intensidades; en las dimensiones de ansiedad, dolores y molestias, deterioro cognitivo, síntomas vasomotores, cambios en la boca, uñas y cabello, percepción de pérdida de control, adormecimiento, síntomas urinarios y sexuales, así como indicadores relacionados con la forma del cuerpo (aumento de peso, sentimiento

de hinchazón, por ejemplo). Dentro de los hallazgos, se encontró que un 77,2% de las mujeres no buscó manejo de la menopausia a los servicios de salud. Lo anterior, podría sugerir una subestimación en la prevalencia de los síntomas y signos; lo que representa una realidad más compleja que requiere de un abordaje desde la promoción de la salud (13).

Dicho abordaje implica, por tanto, priorizar la sensibilización y empoderamiento a las mujeres sobre los procesos de menopausia; incluso antes de que comience la perimenopausia; esto permitirá desestigmatizar el envejecimiento y la menopausia desde un enfoque de género. Por tanto, se requieren de políticas en salud pública dirigidas a las mujeres, pero adicionalmente capacitaciones al personal de salud para el reconocimiento y la dirección de medidas de intervención para un mayor bienestar en las pacientes.

La educación en esta materia se torna crucial, dado que los síntomas y experiencias de la menopausia varían según la edad de inicio, la salud de la paciente y la manifestación clínica de la menopausia que experimenta cada mujer; por tanto, el enfoque personalizado de atención contribuirá a una mejor adherencia de las recomendaciones médicas (12).

En un estudio cualitativo en Estados Unidos, se encontraron diferencias en la percepción y manejo de síntomas por parte del personal de salud (14). Además, otro estudio en Reino Unido, menciona la importancia de fortalecer el conocimiento de los profesionales de salud sobre este proceso en las mujeres (15). Lo anterior, se contrasta con los hallazgos de esta consulta, al encontrar un mayor reporte de síntomas en personal médico especializado (ginecología y obstetricia); debido justamente a la formación robusta y especializada en la materia de salud reproductiva y hormonal; también podría estar mediado en que la consulta que tiene el personal médico es más especializado del campo de la salud femenina, lo que facilita un espacio físico y temporal para que la paciente pueda describir los síntomas con mayor profundidad, en comparación con un médico general-familiar que debe atender un amplio espectro de patologías en una misma consulta.

La recomendación de la terapia hormonal para pacientes con síntomas menopáusicos, según criterio médico fue de 86,04% en esta consulta; lo cual representa una proporción considerable tomando como referencia el impacto generado de los hallazgos del Estudio de la Iniciativa de Salud de la Mujer en 2002. Este último implicó preocupaciones médicas sobre los riesgos de salud (16–19).

Un estudio de Reino Unido en 2022 indicó un aumento de la incidencia de prescripción de THM entre 2010 al 2021 (20); lo cual según los autores sugiere una aceptación recuperada de los medicamentos de la terapia; la cual brinda manejo de los síntomas, previene osteoporosis y mejora la calidad de vida. Mientras que, en China (2020), sobre manejo de la menopausia, reveló que el personal de salud en un 73,1% recomendaría a pacientes la terapia de reemplazo hormonal (21).

Por otra parte, un estudio en Malasia indica que un 83% de los profesionales de atención primaria no recibió formación relacionada al manejo de la menopausia en los últimos 12 meses; por lo que le resultó difícil estar actualizado respecto al manejo clínico (22). Esto podría estar vinculado con el resultado del cuestionario aplicado al personal médico de salud de Latinoamérica, pues se halló una mayor posibilidad de recomendación por parte del médico especializado (ginecología y obstetricia) respecto a los médicos generales y de atención primaria. Lo que sugiere, como se mencionó anteriormente, una capacitación y educación continua sobre el manejo de la perimenopausia y menopausia desde las guías clínicas más actualizadas (23).

Un aspecto para contemplar en futuras investigaciones es el género del personal de salud y su impacto con la prescripción médica de THM, dado que existen estudios donde han demostrado que el personal médico mujer tiene una mayor prescripción, pero también aceptación de las pacientes, en comparación con el personal de salud hombre (22,24,25).

Respecto a la edad de los médicos, se encontró mayor prescripción en personas mayores de 60 años, en comparación con los menores de 30 años; aunque en la literatura no se encontraron estudios recientes sobre la relación entre la edad de los médicos y la recomendación de THM, sí se halló un estudio que la vincula con el conocimiento experto. Sin embargo, también podría deberse a que algunos médicos con mayores años tengan criterios de prescripción previa al estudio de Women's Health Initiative (WHI) 2002; por lo que los más jóvenes quizás presenten una visión conservadora e influenciada también por el impacto académico de dicho estudio (26).

Dentro de los beneficios reportados por las pacientes con THM destacan: alivio de los síntomas menopáusicos (irritabilidad, cambios de humor, bochornos, etc.), prevención de la osteoporosis, beneficios cardiovasculares, neuroprotección a largo plazo (Alzheimer). En este marco, una revisión encontró que la terapia hormonal sustitutiva ha demostrado un beneficio a la salud de las mujeres, con el fin de atender síntomas vasomotores y genitourinarios; representando un tratamiento eficaz (9).

La revisión también describió las terapias hormonales recomendadas para diversos síntomas:

- Síntomas urogenitales: Moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (atrofia vulvovaginal, dispareunia), estrógeno-testosterona (disminución de la libido, atrofia vaginal), prasterona (dispareunia), estrógeno-progesterona (atrofia urogenital, sofocos), estradiol (dispareunia), estrógeno (síntomas vaginales).

- Síntomas vasomotores: Progesterona, estrógeno-progesterona, estrógeno-venlafaxina, anticonvulsivos, antagonistas del receptor de neuroquinina-3.
- Síntomas neurológicos: Moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (síntomas depresivos), estrógeno-testosterona (fatiga), ISRS e IRSN (dificultades para dormir), estrógeno-progesterona (insomnio, síntomas depresivos).
- Síntomas musculoesqueléticos: Estrógeno (síntomas articulares y dolor trocantéreo mayor).

El estudio concluye en que el uso de la terapia hormonal debe obedecer a síntomas graves o moderados.

Finalmente, el personal de salud y las pacientes, frecuentemente, no optan por la terapia hormonal debido a los riesgos principalmente por temor de cáncer u otros efectos (27). Sin embargo, la terapia de reemplazo hormonal, con hormonas sintéticas o bioidénticas aprobadas por la FDA son seguras y eficaces, siempre que se utilicen bajo los criterios técnicos apropiados, con el fin de aliviar los síntomas de la perimenopausia y menopausia; mientras, que los productos no aprobados carecen de evidencia (28).

Por tanto, la decisión del uso de THM debe recomendarse bajo un enfoque personalizado, influenciado por múltiples factores, donde se contemplen en la toma de decisiones a las mujeres y los profesionales de la salud, para la búsqueda de un tratamiento disponible, con un sentido ético sobre los beneficios y riesgos, siendo entonces un proceso complejo y sistémico recomendado para mujeres menopáusicas dentro de los 10 años posteriores a su última menstruación. Cuando existen contraindicaciones para el uso de THM, es importante informarse sobre opciones no hormonales (7), dentro de las cuales están las modificaciones en el estilo de vida, suplementos dietéticos, medicamentos no hormonales y/o medicina alternativa; siendo limitada la evidencia científica respecto a los beneficios (29).

CONCLUSIÓN

La consulta de signos y síntomas perimenopausia o de menopausia es alta en los médicos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; la cual incluye componentes vasomotores, urogenitales, neurológicos, emocionales, entre otros. Ante la prevalencia de síntomas, se reporta una elevada proporción de la prescripción de Terapia Hormonal de la Menopausia. Aunque existe el temor de riesgos a la salud como el cáncer de mama, la Terapia Hormonal de la Menopausia sigue siendo utilizada en el manejo clínico.

Se resalta la importancia, de la capacitación y educación continua al personal de salud para lograr un abordaje holístico y personalizado a la paciente en los manejos terapéuticos existentes.

Financiamiento

Este proyecto fue posible gracias al apoyo educativo de Abbott. Ningún miembro de la empresa patrocinadora tuvo influencia en los resultados de esta publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, Magraith K, Ebeling PR, Jane F, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. Vol. 26, Climacteric. Taylor and Francis Ltd.; 2023. p. 517–36.
2. Pyne Y, Burgin J, Hickey M. Towards a more accurate global picture of perimenopause. Vol. 102, Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization; 2024. p. 922–4.
3. Islam RM, Bond M, Ghalebeigi A, Wang Y, Walker-Bone K, Davis SR. Prevalence and severity of symptoms across the menopause transition: cross-sectional findings from the Australian Women's Midlife Years (AMY) Study. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2025;13(September):765–76. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00138-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00138-X)
4. Hemachandra C, Taylor S, Islam RM, Fooladi E, Davis SR. A systematic review and critical appraisal of menopause guidelines. *BMJ Sex Reprod Health*. 2024;50(2):122–38.
5. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2012;97(4):1159–68.
6. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022;81:3–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
7. Menopause. The 2023 nonhormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *The Journal of The North American Menopause Society*. 2023;30(6):573–90.
8. Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, Magraith K, Ebeling PR, Jane F. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause The 2023 Practitioner's

- s Toolkit for Managing Menopause. *Climacteric* [Internet]. 2023;26(6):517–36. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2258783>
9. Pop AL, Nasui BA, Bors RG, Penes ON, Prada AG, Clotea E, et al. The Current Strategy in Hormonal and Non-Hormonal Therapies in Menopause—A Comprehensive Review. *Life*. 2023;13(3):1–25.
10. Burger HG, MacLennan AH, Huang KE, Castelo-Branco C. Evidence-based assessment of the impact of the WHI on women's health. *Climacteric*. 2012;15(3):281–7.
11. Benkhadra K, Mohammed K, Al Nofal A, Carranza Leon BG, Alahdab F, Faubion S, et al. Menopausal hormone therapy and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2015;100(11):4021–8.
12. Aninye IO, Laitner MH, Chinnappan S. Menopause preparedness: Perspectives for patient, provider, and policymaker consideration. *Menopause*. 2021;28(10):1186–91.
13. Matsumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo HF, Ruiz-Arias RA. Prevalence and severity of menopausal symptoms in middle-aged women residents of Lima-Peru. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2023;83(4):405–16.
14. DePree B, Houghton K, Dibenedetti DB, Shiozawa A, King DD, Kim J, et al. Practice patterns and perspectives regarding treatment for symptoms of menopause: qualitative interviews with US health care providers. *Menopause*. 2023;30(2):128–35.
15. Martin-Key NA, Funnell EL, Spadaro B, Bahn S. Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study. *npj Women's Health*. 2023;1(1).
16. Crawford S, Crandall C, Derby C, El Khoudary S, Waetjen L, Fischer M, et al. Impact of the Women's Health Initiative Study Results. 2019;26(6):588–97.
17. Blümel JE, Chedraui P, Barón G, Benítez Z, Flores D, Espinoza MT, et al. A multicentric study regarding the use of hormone therapy during female mid-age (REDLINC VI). *Climacteric*. 2014;17(4):433–41.
18. Manson J, Chlebowski R, Stefanick M, Aragaki A, Rossouw J, Prentice R, et al. Women's Health Initiative Hormone Therapy Trials. *Methods and Applications of Statistics in Clinical Trials*. 2014;1(13):918–30.
19. Pil Choo P, Park H, Park H, Lee I, Cho S, Kim C, et al. Menopausal Hormone Therapy and the Risk of Stroke: A Nationwide Cohort Study. *Yonsei Med J*. 2025;66(7):429–37.
20. Alsugeir D, Wei L, Adesuyan M, Cook S, Panay N, Brauer R. Hormone replacement therapy prescribing in menopausal women in the UK: a descriptive study. *BJGP Open*. 2022;6(4):1–9.
21. Lin L, Feng P, Yu Q. Attitude and knowledge for menopause management among health professionals in mainland China. *Climacteric*. 2020;23(6):614–21.
22. Lim L, Theng A, Kumar N, Ismail R. Prevalence of offering menopause hormone therapy among primary care doctors and its associated factors: A cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2024;19(9 September):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0310994>
23. Davis SR, Herbert D, Reading M, Bell RJ. Health-care providers' views of menopause and its management: a qualitative study. *Climacteric* [Internet]. 2021;24(6):612–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1936486>
24. Seto TB, Taira DA, Davis RB, Safran C, Phillips RS. Effect of physician gender on the prescription of estrogen replacement therapy. *J Gen Intern Med*. 1996;11(4):197–203.
25. Newton KM, LaCroix AZ, Buist DSM, Anderson LA, Delaney K. What factors account for hormone replacement therapy prescribing frequency? *Maturitas*. 2001;39(1):1–10.
26. Spangler L, Reed SD, Nekhlyudov L, Grothaus LC, Lacroix AZ, Newton KM. Provider attributes associated with hormone therapy prescribing frequency. *Menopause*. 2009;16(4):810–6.
27. Barber K, Charles A. Barriers to Accessing Effective Treatment and Support for Menopausal Symptoms: A Qualitative Study Capturing the Behaviours, Beliefs and Experiences of Key Stakeholders. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17(October):2971–80.
28. Kissinger D. Hormone replacement therapy perspectives. *Front Glob Womens Health*. 2024;5(May):1–3.
29. Mintziori G, Lambrinoudaki I, Goulis DG, Ceausu I, Depypere H, Erel CT, et al. EMAS position statement: Non-hormonal management of menopausal vasomotor symptoms. *Maturitas* [Internet]. 2015;81(3):410–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.009>

Save the Date

Desde **Novo Nordisk** tenemos el placer de invitarle a un **desayuno científico exclusivo** que se celebrará presencialmente durante el próximo congreso SEGO en Salamanca



SEMA SUMMIT

Exceso de peso en la mujer
durante la menopausia



MIÉRCOLES 19 DE NOVIEMBRE
9:30 a 11:00



PALACIO FIGUEROA
Calle Zamora, 15. Salamanca

Este evento contará con la participación de expertos, quienes resolverán todas sus preguntas en un formato innovador e interactivo y ofrecerán una actualización de la última evidencia en el abordaje del peso y su impacto en la salud de la mujer.

Dr. Pablo Romero Duarte

Hospital Universitario de Poniente,
Centro Médico Vithas El Ejido, Almería.



Dra. Sonia Sánchez Méndez

Coordinadora Clínica ASSIR Badalona-St Adrià.
Institut Català de la Salut. Junta directiva de AEEM

No pierdas la oportunidad de ser parte de esta experiencia única

CONFIRME SU ASISTENCIA



QUIERO ASISTIR



▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Este material tiene carácter promocional y está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios con capacidad de prescribir o dispensar medicamentos y está desarrollado conforme a la normativa aplicable en materia de publicidad de medicamentos de uso humano, apoyándose en referencias bibliográficas válidas y relevantes. Novo Nordisk ha revisado el cumplimiento de lo anterior, así como la adecuación de la información presentada a las correspondientes Fichas Técnicas aprobadas. Si desea informarnos sobre un acontecimiento adverso o reclamación técnica, por favor, diríjase a la dirección 012.SpainFarmacov@novonordisk.com. Antes de prescribir, consulte la ficha técnica del producto. Novo Nordisk no recomienda el uso de sus productos en indicaciones diferentes a las incluidas en la ficha técnica. Este material está destinado exclusivamente a profesionales sanitarios, por lo que no se permite su difusión directa o indirecta a través de redes sociales u otros medios a público general. PRESENTACIÓN, PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y FINANCIACIÓN: Wegovy 0,25 mg FlexTouch solución inyectable en pluma precargada, 1 pluma precargada de 1,5 ml. PVP IVA: 179,89 €. Wegovy 0,5 mg FlexTouch solución inyectable en pluma precargada, 1 pluma precargada de 1,5 ml. PVP IVA: 179,89 €. Wegovy 1 mg FlexTouch solución inyectable en pluma precargada, 1 pluma precargada de 3 ml. PVP IVA: 179,89 €. Wegovy 1,7 mg FlexTouch solución inyectable en pluma precargada, 1 pluma precargada de 3 ml. PVP IVA: 232,87 €. Wegovy 2,4 mg FlexTouch solución inyectable en pluma precargada, 1 pluma precargada de 3 ml. PVP IVA: 271,35€. Medicamento no financiado por el Sistema Nacional de Salud. Medicamento sujeto a prescripción médica. 2025 ©Novo Nordisk A/S. ES25SEMO00392



Código QR
con acceso
a la ficha
técnica



Artículo Original

Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos Completa en trillizas portadoras de una mutación frameshift familiar en el gen AR

Complete Androgen insensitivity syndrome in Triplet Carriers of a Familial Frameshift Mutation in the AR Gene

Solé Mayoral A (1) , Roca Benlloch A (1), Rodríguez Bújez AB (1) , Lobo Valentín RM (2), Arrabal Bazaga D (2)

1. Licenciado especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

2.- Adjunto Genética Clínica - Citogenética en Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

RESUMEN

Dos hermanas trillizas de 15 años consultan en la unidad de ginecología por amenorrea primaria. Ambas presentan un fenotipo femenino, pero con escaso desarrollo de vello y mamas. Se realiza estudio de imagen con ecografía y RMN no objetivándose útero ni ovarios en ninguna de ellas y se identifican estructuras que podrían corresponder a testículos no descendidos. El estudio hormonal revela elevación de Testosterona, hormona antimülleriana y hormona luteinizante.

El estudio genético con cariotipo y secuenciación del gen AR confirma una insensibilidad completa a los andrógenos heredada vía materna por las dos hermanas, con un resultado de cariotipo XY y misma variante patogénica en el gen AR del cromosoma X en ambas hermanas y su progenitora.

También conocido como síndrome de Morris o feminización testicular, es el más frecuente de los trastornos del desarrollo sexual con cariotipo XY. Está causado por diversas mutaciones que causan pérdida funcional en el

gen que codifica para el receptor de andrógenos, provocando resistencia periférica a los andrógenos. (1)

Palabras clave: síndrome de insensibilidad a los andrógenos, trastornos de la diferenciación sexual, receptor de andrógenos, amenorrea.

ABSTRACT

Two of a set of 15-year-old triplet sisters presented to the gynecology unit with primary amenorrhea. Both exhibited a female phenotype but showed minimal breast and pubic hair development. Imaging studies with ultrasound and MRI revealed no uterus or ovaries in either patient, and identified structures consistent with undescended testes. Hormonal analysis showed elevated levels of testosterone, anti-Müllerian hormone, and luteinizing hormone.

Genetic testing, including karyotyping and sequencing of the AR gene, confirmed a diagnosis of complete androgen insensitivity syndrome, maternally inherited by both sisters. Results showed a 46XY karyotype and the same pathogenic variant in the AR gene on the X chromosome in both sisters and their mother.

Also known as Morris syndrome or testicular feminization, is the most common disorder of sexual development in individuals with a 46XY karyotype. It is caused by various mutations that result in a loss of function in the gene encoding the androgen receptor, leading to peripheral androgen resistance. (1)

CORRESPONDENCIA:

Andrea Solé Mayoral

Licenciado especialista en Ginecología y Obstetricia,
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
asolem@saludcastillayleon.es

Key words: Androgen-insensitivity syndrome, Disorders of Sex Development, Androgen Receptor, amenorrhea.

INTRODUCCIÓN

La amenorrea primaria, definida como la ausencia de menarquia en adolescentes mayores de 15 años con desarrollo de caracteres sexuales secundarios o en mayores de 13 años en ausencia de dicho desarrollo, constituye una manifestación clínica que puede reflejar alteraciones subyacentes complejas. Su etiología es heterogénea, incluyendo anomalías cromosómicas, disfunciones hipotálamo-hipofisarias, alteraciones gonadales o malformaciones anatómicas del tracto reproductor.

Existen múltiples trastornos clínicos que se originan debido a la resistencia completa o parcial a la acción de las hormonas. Ejemplos de ello incluyen la diabetes por resistencia a la insulina y trastornos reproductivos causados por resistencia a las gonadotropinas y hormonas esteroideas. El desarrollo masculino durante la vida fetal solo ocurre cuando un cigoto XY dirige la gónada bipotencial para que se convierta en un testículo (determinación sexual), el cual a su vez secreta cantidades suficientes de andrógenos activos para producir el fenotipo masculino (diferenciación sexual) (2).

Presentación clínica y endocrina

La presentación típica del síndrome de insensibilidad androgénica completa o síndrome de Morris es la amenorrea primaria en la adolescencia o las hernias inguinales en un lactante. Una adolescente con este trastorno presenta un desarrollo mamario y un repunte de crecimiento puberal adecuado, pero sin menstruación (3). El desarrollo de características sexuales secundarias dependientes de estrógenos ocurre por la aromatización excesiva de los andrógenos. La vagina es de longitud variable, pero siempre ciega. El vello púbico y axilar suele estar ausente o presente en pequeñas cantidades. La incidencia del síndrome de insensibilidad androgénica completa (SIAC) puede ser de hasta 1 en 20,000. En un estudio, fue la tercera causa más frecuente de amenorrea primaria (después de la disgenesia gonadal y la ausencia congénita de la vagina) (4).

Algunas veces, el diagnóstico puede surgir de manera incidental, especialmente con los avances en la determinación prenatal del sexo. Otras presentaciones incluyen antecedentes familiares conocidos o el hallazgo de una masa pélvica derivada de un tumor gonadal.

Las mujeres con insensibilidad androgénica completa y gónadas funcionales muestran un perfil endocrino característico de resistencia a las hormonas. Los niveles de testosterona en suero están dentro o incluso por encima

del rango normal observado en hombres y niños, mientras que las concentraciones de hormona luteinizante (LH) están inapropiadamente elevadas. La testosterona en exceso se convierte periféricamente en estrógenos, lo que, sumado a la secreción directa de estrógenos por los testículos estimulados por LH, da como resultado concentraciones de estradiol más altas que las de los hombres y niños, pero menores que las observadas en mujeres sin el síndrome (5).

Cuando el síndrome se presenta en la infancia, el patrón de gonadotropinas y testosterona es menos revelador de la resistencia hormonal. En los lactantes, es común que se produzca un aumento en los niveles de testosterona inducido por LH durante los primeros meses de vida, lo que se conoce como mini-pubertad. En estos casos, la prueba de estimulación con gonadotropina coriónica humana (hCG) es fundamental para excluir otras condiciones que presenten un fenotipo similar.

El gen responsable de la expresión del receptor de andrógenos (AR) en el ser humano se encuentra en el locus Xq12 (GrCh38 X:67544021-67730619) con un tamaño de 90 kilobases (Kb) (AR; OMIM:313700) formado por 8 exones, que codifica para una proteína de 110 kDa (6) y debido al splicing puede generar hasta 20 isoformas distintas, siendo la forma canónica la que está compuesta por 919 aminoácidos. Esta presenta tres dominios funcionales; el N-terminal (NTD) codificado por el exón 1 con un tamaño de 1,586 Kb con función moduladora. El de unión al ADN (DBD) codificado por los exones 2 y 3, con unos tamaños de 152 y 117 pb, respectivamente y el dominio de unión (LBD) a las hormonas androgénicas (testosterona o dihidrotestosterona), codificado por hasta 5 exones que varían de 131 a 288 pb.

El receptor androgénico codificado por el gen AR, también conocido como receptor de DHT o NR3C4, pertenece a una familia de receptores nucleares multiméricos que se unen a proteínas de choque térmico (HSP) con una localización citoplasmática. Estos receptores de hormonas esteroideas son factores de transcripción activados por ligando que regulan la expresión génica eucariota, interviniendo en la proliferación y diferenciación celular en los tejidos diana. La actividad de estos factores de transcripción se modula mediante la unión de proteínas coactivadoras y correpresoras, lo que regula la señalización del receptor de andrógenos y la proliferación celular (PubMed:20812024).

Así, mutaciones en la secuencia del gen que codifica para el receptor de los andrógenos puede causar un desarrollo sexual anómalo en embriones de sexo cromosómico masculino, impidiendo el desarrollo de los conductos de Wolf (mesonéfrico) y desarrollando los de Muller (paramesonéfrico) con fenotipo femenino. Usando bases

de datos de variantes poblacionales (gnomAD) se observa que existen más de 2.000 variantes descritas sobre el este gen (NM_000044.6) con diferentes implicaciones sobre la estructura y función del receptor en la célula, con una prevalencia de 1/20,400-1/99,100 (7). En este artículo definimos una variante no reportada con anterioridad pero que se predice un cambio importante sobre la proteína codificada por ser un cambio en la pauta de lectura (frameshift).

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico de una paciente de 15 años de edad que acude a consulta de ginecología general que refiere amenorrea primaria. En cuanto a sus antecedentes personales, destaca una apendicectomía previa. La paciente menciona que tiene una hermana y un hermano trillizos, y adicionalmente, informa que su hermana también presenta amenorrea primaria. La madre de la paciente señala que los trillizos son producto de una gestación por fecundación in vitro con ovocitos propios con esperma de donante.

En la exploración física la paciente presenta unas constantes normales y un peso 59.2 kg y una talla 173 cm con un índice de masa corporal de 19.8. Fenotipo femenino normal. Sin signos de hiperandrogenismo. Escaso vello corporal.

Se usa el estadio de Tanner (8): Vello púbico grado 2, mamas grado 3.

Los genitales externos son normales, con escaso vello púbico. Realizamos una especuloscopia en la que se objetiva una vagina de longitud normal sin llegarse a localizar el cérvix. En el tacto vaginal no se palpa el cérvix ni masas pélvicas.

En la exploración física, la hermana presenta una exploración y desarrollo sexual de características similares.

En las pruebas complementarias, se realiza una ecografía abdominal y transvaginal no se objetivan útero ni anejos y tampoco se visualiza ninguna masa anexial ni líquido libre.

Se solicita una analítica hormonal con los siguientes resultados: FSH 7,5 UI/l, LH 32,8 UI/l, Estradiol 21 pg/ml, Testosterona 872,9 ng/dl, Dehidroepiandrosterona 13,2 ng/ml. Cortisol 8,7 mcg/dl, ACTH 29 pg/ml. Hormona antimulleriana 281 ng/ml. 17-OH-Progesterona 2,61 ng/ml.

Se realiza mismo estudio hormonal en su hermana relevando mismas conclusiones: niveles elevados de Testosterona, hormona antimulleriana y hormona luteinizante.

Tras estos resultados se completa el estudio con cariotipo, resonancia magnética nuclear y una tomografía axial computerizada en ambas hermanas.

Se solicita una resonancia magnética nuclear que describe: RMN de pelvis sin CIV donde se identifica una vagina corta y una ausencia de útero. Estructuras de morfología ovoidea de 28 mm y 30 mm de diámetro que se localizan en posición medial a los vasos ilíacos externos, en la pelvis, y que corresponden probablemente con los testículos no descendidos. Pequeña cantidad de líquido libre peritoneal. Vejiga a semirrepleción sin alteraciones. Recto de calibre normal. (Figura 1).

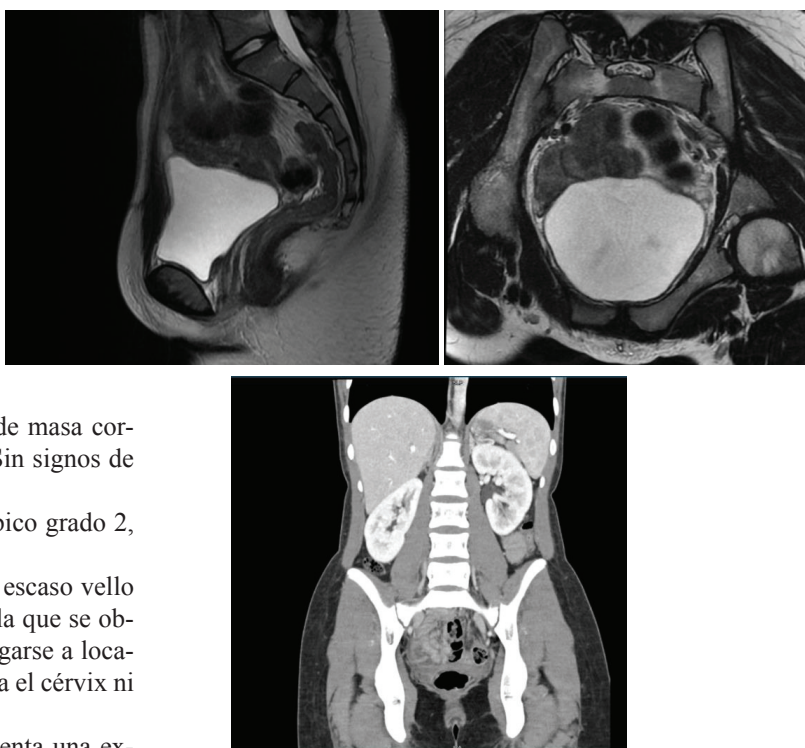


Fig 1. RMN de pelvis

En la resonancia magnética de su hermana se identifican dos estructuras de morfología redondeada en una posición anterior y medial a los vasos ilíacos externos, ambos definidos como testículos no descendidos. Vagina sin cérvix.

Estudios Citogenéticos

El pedigrí de esta familia (Figura 2) muestra un patrón de herencia ligada al X recesiva, asociado a una insensibilidad a los andrógenos completa (IAC).

Se realizaron cultivos celulares en suspensión de

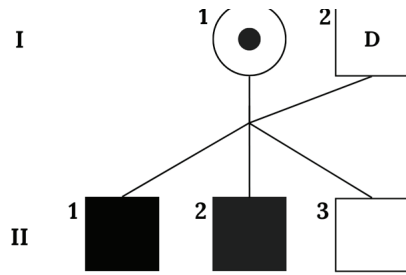


Figura 2. Arbol genológico familiar: Se representa con un círculo y un punto negro en su centro a la madre (I.1) sana clínicamente y portadora de la variante en heterocigosis. Con un cuadrado y en su centro una D (I.2) hace referencia al donante seleccionado por TRA. Las pacientes afectas por SIAC (II.1 y II.2), se representan con un cuadrado negro por ser cromosómicamente 46,XY. El mellizo II.3 se representa clínicamente sano.

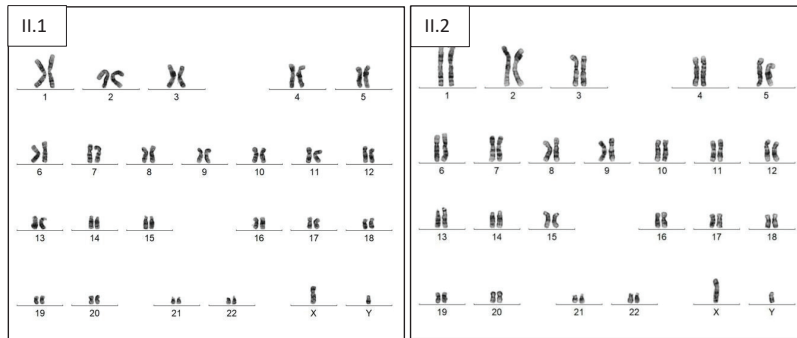


Figura 3. Análisis Citogenético: Cariotipos de las pacientes II.1 y II.2 cromosómicamente masculino sin ninguna alteración numérica ni estructural con la resolución de bandas obtenidas.

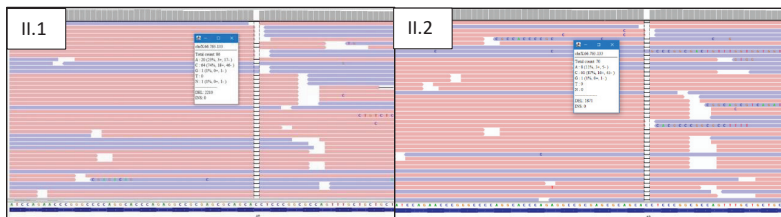


Figura 4. Análisis molecular mediante NGS del gen AR: Se identifican la presencia en hemicigosis en II.1 y II.2 de la variante c.146del p.(Pro49Leufs*1269) clasificada como patogénica en el gen AR.

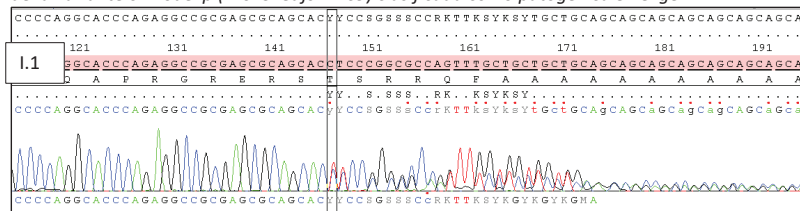


Figura 5. Segregación familiar en I.1. Análisis molecular mediante secuenciación Sanger en I.1 donde se identifica la variante puntual hallada en sus hijas en heterocigosis.

muestras de sangre periférica recogidas en heparina lito en un medio que permitiera el crecimiento de linfocitos T (LymphoGrow Complete Medium) a 37°C durante 48 horas. Las muestras se procesaron sometiendo a un inhibidor del uso acromático (colcemidâ) para parar la división celular en la fase de metafase, posteriormente se les sometió a choque hipotónico con cloruro potásico (KCl) para permeabilizar las células y permitir el paso del fijador (carnoy) realizado con una proporción 1/3 de acético y metanol.

Una vez obtenidas las metafases, se extendieron en un portaobjetos de cristal, se envejeció durante 16 horas y se tiñó con la técnica de bandas GTG (patrón de bandas G) usando tripsina en PBS 1/20 (desde la solución madre a 0,25%) y el colorante Leishman. La tripsina es una enzima proteolítica que digiere de forma desigual las proteínas cromosómicas permitiendo que el colorante Leishman se una a secuencias ricas en A-T (bandas oscuras) y las ricas en G-C (bandas claras) de cada par de cromosomas (9).

Análisis Molecular

• Análisis del gen AR

Se extrajo ADN de sangre periférica y se secuenció el gen AR mediante NGS con enriquecimiento DRAGEN, usando como referencia hg19 y transcript NM_000044.6. Se identificaron variantes en regiones exónicas e intrónicas próximas, filtradas por calidad y frecuencia poblacional.

El análisis molecular del gen AR de los casos índices (II.1 y II.2) (Figura 2) se realizó en el laboratorio Reference Laboratory (Barcelona, España), acreditado por ENAC. En el procesamiento de las muestras se extrajo ADN genómico a partir de muestras de sangre periférica recogidas en EDTA, con posterior valoración cuantitativa y cualitativa. Para la conversión de los ácidos nucleicos a librerías genómicas (illumina DNA Prep) para la secuenciación mediante NGS en el sistema NovaSeq (Illumina) se usó el transcrito de referencia NM_000044.6, en el que se amplificaron las regiones codificantes y las zonas intrónicas flanqueantes del gen AR.

- Segregación familiar de la mutación conocida

Se confirmó la mutación hallada en las pacientes mediante secuenciación Sanger en la madre, evidenciando herencia materna en heterocigosis.

Para el estudio de segregación en la madre (I.1) se utilizó el mismo protocolo de extracción de ácidos nucleicos que en el “análisis del gen AR”, con un análisis mutacional por secuenciación Sanger, amplificando la región de interés del gen AR y secuenciado los fragmentos amplificados con el secuenciador automático ABI3500xl (Applied Biosystems).

RESULTADOS

Los estudios citogenéticos de los casos índices (II.1 y II.2) revelaron un cariotipo de sexo masculino (Figura 3) en todas las metafases analizadas sin mosaicismos ni anomalías estructurales visibles con la resolución de bandas obtenidas (400 bandas).

En el análisis de variantes del gen AR (II.1 y II.2) mediante ampliaciones de regiones enriquecidas y secuenciación masiva (NGS) (Figura 4) se halló la presencia en hemicegosis de una variante identificada como c.146del p.(Pro49Leufs*126) correspondiente a una delección de un nucleótido que provoca un cambio de tipo frameshift, prediciendo una sustitución del aminoácido Fenilalanina por Leucina en el codón 49, y generando un codón de parada prematuro en la posición 126 del nuevo marco de lectura.

En la segregación familiar (figura 5) de la variante hallada en II.1 y II.2, mediante la amplificación de la región de interés y secuenciación por Sanger, se identifica la misma mutación en heterocigosis en la progenitora (I.1), definiéndose como portadora de la mutación puntual c.146del p.(Pro49Leufs*126). Se resuelve que la variante tipo frameshift en las hijas afectas ha sido heredada vía materna.

Los resultados analíticos con niveles elevados de Testosterona, hormona antimülleriana y LH, en el contexto del fenotipo femenino, cariotipo XY y distribución del vello, son compatibles con una insensibilidad completa a andrógenos (Sd Morris), confirmándose con la secuenciación del gen AR heredada vía materna por las dos hermanas.

Se ofrece apoyo psicológico que por el momento una de las pacientes rechaza, se planifica gonadectomía en ambas pacientes por el riesgo de desarrollar malignidad, tras la cirugía se comienza tratamiento estrogénico sustitutivo.

DISCUSIÓN

A pesar de su baja incidencia, por la que se incluye dentro de las enfermedades raras, no hay que olvidar la posibilidad de la existencia de un síndrome de insensibilización a los andrógenos en el diagnóstico diferencial de una amenorrea primaria. El manejo de estas pacientes debe ser multidisciplinar, llevándose a cabo por pediatras, ginecólogos, urólogos, radiólogos, genetistas, psicólogos, psiquiatras, endocrinos y anatomopatólogos.

Mientras la determinación del sexo genético tiene lugar en el momento de la fecundación, es crucial la regulación de multitud de genes, para el desarrollo del testículo a partir de la 7ª semana de vida fetal junto con la intervención de una cascada de genes reguladores. La diferenciación genital es regulada por el efecto de la testosterona y hormona antimülleriana sintetizada por el testículo (10).

Las anomalías en el desarrollo sexual diferente en personas con cariotipo XY ocurren por la acción de niveles bajos de dihidrotestosterona. Esto puede estar causado por un defecto global en la función testicular por la disgenesia gonadal, un defecto específico en la producción de andrógenos o por una insensibilidad a los andrógenos, es decir, una falta de respuesta a la dihidrotestosterona y otros andrógenos (11).

El diagnóstico en una completa anamnesis en busca de antecedentes familiares, exposición prenatal a antiandrógenos, fármacos; exploración física en la que es necesario realizar inspección y palpación de genitales e inguinal (10). La apariencia de los genitales externos de los pacientes con insensibilidad a los andrógenos es femenina (11). Las pruebas complementarias a realizar son el cariotipo, analítica hormonal con testosterona, FSH, LH, cortisol, ACTH, DHEA, progesterona y AHM. Ecografía para determinar presencia de gónadas. Las pruebas complementarias de segundo nivel para diagnóstico de la insensibilidad a los andrógenos serían: laparoscopia exploradora con toma de muestra gonadal para diagnóstico anatomopatológico y estudio molecular. El diagnóstico definitivo de insensibilidad parcial o completa a los andrógenos se establece con la secuenciación del gen AR(11).

El tratamiento se basa en tratamiento médico, quirúrgico y psicoterapéutico.

La gonadectomía profiláctica debe considerarse en caso de gónada disgenética especialmente cuando es intrabdominal como el caso que nos ocupa, por su riesgo de malignización (10). En la insensibilidad completa a andrógenos, la tasa de tumores malignos es baja. Suelen presentarse después de la pubertad como seminomas. Por

ello la recomendación es gonadectomía profiláctica tras la postpubertad, ya que si se mantienen las gónadas se produce una feminización puberal espontánea por la aromatización de los andrógenos, optimizándose el desarrollo mamario y la mineralización ósea. No se recomienda diferir la gonadectomía mucho más de la época postpuberal por el riesgo no despreciable de malignización de un 14%.

El tratamiento médico se realiza con terapia hormonal sustitutiva con estrógenos tras la gonadectomía a dosis superiores que en la menopausia para mantener densidad mineral ósea y evitar los síntomas del déficit de estrógenos (12).

La necesidad de apoyo psicológico en estos pacientes se ha puesto de manifiesto en varios estudios (10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Canals M, Roca B, Cahuana M, Celma A, Güell D, Roig I, et al. Síndrome de insensibilidad a los andrógenos familiar.
2. Gulia C, Baldassarra S, Zangari A, Briganti V, Gigli S, Gaffi M, Signore F, Vallone C, Nucciotti R, Costantini FM, Pizzuti A, Bernardo S, Porrello A, Piergentili R. Androgen insensitivity syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2018 Jun;22(12):3873-3887. doi: 10.26355/eurrev_201806_15272. PMID: 29949163.
3. Rosa RF, Dibi RP, Toscani NV, Silva LL, Zen PR, Graziadio C, Paskulin GA. Amenorréia primária e cariótipo XY: identificando pacientes em risco [Primary amenorrhea and XY karyotype: identifying patients in risk]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008 Nov;30(11):566-72. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-72032008001100007. PMID: 19148435.
4. Ross GT. Disorders of the ovary and female reproductive tract. In: *Williams Textbook of Endocrinology*, Wilson JD, Foster DW (Eds), Saunders, Philadelphia 1985. p.206.
5. Hughes IA, Davies JD, Bunch TI, Pasterski V, Mastroyannopoulou K, MacDougall J. Androgen insensitivity syndrome. *Lancet*. 2012 Oct 20;380(9851):1419-28. doi:10.1016/S0140-6736(12)60071-3. Epub 2012 Jun 13. PMID: 22698698.
6. Gottlieb B, Beitel LK, Nadarajah A, Paliouras M, Trifiro M. The androgen receptor gene mutations database: 2012 update. *Hum Mutat* 2012; 33: 887-894 [PMID: 22334387 DOI: 10.1002/humu.22046]
7. Boehmer AL, Brinkmann O, Brüggewirth H, van Assendelft C, Otten BJ, Verleun- Mooijman MC, Niermeijer MF, Brunner HG, Rouwé CW, Waelkens JJ, Oostdijk W, Kleijer WJ, van der Kwast TH, de Vroede MA, Drop SL. Genotype versus phenotype in families with androgen insensitivity syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001 Sep;86(9):4151-60. doi: 10.1210/jcem.86.9.7825. Erratum in: *J Clin Endocrinol Metab* 2002 Jul;87(7):3109. PMID: 11549642.
8. Frank M. Biro, Robert P. McMahon, Ruth Striegel-Moore, Patricia B. Crawford, Eva Obarzanek, John A. Morrison, Bruce A. Barton, Frank Falkner, Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study, *The Journal of Pediatrics*, Volume 138, Issue 5, 2001, Pages 636-643, ISSN 0022-3476.
9. Influencia de las Alteraciones Citogenéticas en el crecimiento de los cultivos de líquidos amnióticos” Arrabal D, Lobo RM, de León A, Gonzalez M. *Genética Médica y Genómica*, Vol.5, Núm 5, 2020. ISSN 2695-0463
10. Audí Parera L, Azcona San Julián C, Barreiro Conde J, Bermúdez de la Vega JA, Carcavilla Urquí A, Castaño González LA, et al. Anomalías del desarrollo sexual. *Desarrollo sexual diferente. Protoc diagn ter pediatr*. 2019;1:1-19.
11. Chan Y, Levitsky LL. Causes of differences of sex development [Internet]. In: Post TW, editor. *UpToDate* [cited 2025 May 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-differences-of-sex-development>.
12. Guerrero Fernández J, Azcona San-Julián C, Barreiro Conde J, Bermúdez de la Vega JA, Carcavilla Urquí A, Castaño-González LA, et al. Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (ADS)/desarrollo sexual diferente (DSD). En: *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica* [en línea]. Disponible en: https://www.seep.es/images/site/home/GUIA_MANEJO_ADS_DSD_SEEP.PDF

INTIBIOTICS[®] vaginal

Lactobacillus plantarum P 17630

NUEVO

**Probiótico
vaginal
Medicamento**

6 días
de tratamiento

PVP IVA **19,78€**



Normaliza la
**microbiota
alterada¹**



Ficha técnica de
Intibiotics[®] vaginal
Escanee el código QR
para acceder a la ficha técnica
completa del medicamento

1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC capsulas vaginales blandas.
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89434/FT_89434.html.

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

SEID LAB

Artículo Original

Uso del sistema JADA en el manejo de la hemorragia posparto por atonía uterina: experiencia clínica en tres casos

Use of the JADA System in the Management of Postpartum Hemorrhage due to Uterine Atony: Clinical Experience in Three Cases

Nae Frangulea MM, Solé Mayoral S, Bernardo Vega R, Arnal Burró AM, Martín Medrano EM

Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

RESUMEN

La hemorragia posparto continúa siendo una de las principales causas de morbilidad materna. La atonía uterina representa el mecanismo más frecuente. El sistema JADA, dispositivo intrauterino de vacío inducido, ha emergido como una alternativa eficaz y conservadora frente a técnicas quirúrgicas invasivas. Se presentan tres casos de HPP refractaria tratados con JADA, destacando su eficacia, seguridad y aplicabilidad.

Palabras clave: hemorragia posparto, atonía uterina, sistema JADA, vacío intrauterino, manejo conservador.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage remains one of the leading causes of maternal morbidity and mortality worldwide. Uterine atony is the most common underlying mechanism. The JADA system, an intrauterine vacuum-induced device, has emerged as an effective and fertility-preserving alternative to invasive surgical techniques. We report three

cases of refractory PPH successfully managed with the JADA system, highlighting its efficacy, safety, and clinical applicability.

Key words: postpartum hemorrhage, uterine atony, JADA system, intrauterine vacuum, conservative management.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) afecta a más de 14 millones de mujeres al año y es responsable de unas 70.000 muertes maternas globales (1). La atonía uterina constituye hasta el 80% de los casos. El tratamiento inicial incluye masaje uterino, uterotónicos y ácido tranexámico; cuando fracasan, se recurre a medidas más invasivas como el balón intrauterino de Bakri, suturas de capitonaje o incluso histerectomía (2,3).

El sistema JADA, aprobado por la FDA en 2020 y con marcado CE desde 2025, actúa mediante presión negativa intrauterina, promoviendo contracción miometrial fisiológica y evacuación activa de sangre y coágulos (4). Su utilización ha demostrado tasas elevadas de control hemostático en pocos minutos, con bajo perfil de complicaciones (5–7). En Europa la experiencia publicada es aún escasa. Presentamos los primeros tres casos documentados en España de HPP atónica refractaria tratados con el sistema JADA.

CORRESPONDENCIA:

María Magdalena Nae Frangulea
mmagdalena@gmail.com

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Gestante de 19 años, primigesta, parto eutócico inducido a las 41+1 semanas. Pérdida estimada: 500–750 mL tras alumbramiento, refractaria a oxitocina, methergin y ácido tranexámico. Se colocó el dispositivo JADA a los 30 minutos postparto. El colapso uterino se objetivó a los 2 minutos y el control del sangrado a los 3. El dispositivo se mantuvo 120 minutos, con evacuación de 20 mL adicionales. No requirió transfusión ni ingreso en UCI. Alta a las 48 h sin complicaciones.

Caso 2

Paciente de 33 años, primigesta, parto instrumental con ventosa a las 41 semanas. Pérdida estimada: 1000 mL con atonía refractaria a tratamiento convencional. Se colocó JADA a los 15 minutos postparto. El colapso se produjo al minuto, con control a los 3 minutos. Evacuó 90 mL. Se retiró a los 60 minutos. Recibió 1 concentrado de hemáties y permaneció 12 h en Reanimación. Reingresó al sexto día por fiebre puerperal sin foco ni hallazgos microbiológicos.

Caso 3

Paciente de 26 años, parto instrumental con ventosa a las 41+1 semanas por pérdida de bienestar fetal. Hemorragia estimada: 1000 mL. Se realizó legrado manual y, ante atonía persistente, se colocó JADA. El colapso se produjo a los 3 minutos y el control a los 5. Evacuó 100 mL. Requirió transfusión de 1 concentrado de hemáties. Alta a las 48 h sin complicaciones.

Resumen de casos: en los tres se logró control hemostático en ≤ 5 minutos, sin necesidad de intervenciones quirúrgicas.

DISCUSIÓN

La HPP atónica refractaria supone un reto clínico, tradicionalmente abordado con técnicas invasivas. El

sistema JADA ofrece una alternativa conservadora con varias ventajas frente a otros métodos.

Comparado con el balón de Bakri, que actúa por presión positiva mediante taponamiento intrauterino, el sistema JADA induce presión negativa que favorece el colapso fisiológico de la cavidad y la contracción miometrial. Esta diferencia mecánica permite no solo controlar el sangrado, sino también evacuar coágulos y monitorizar de forma continua la pérdida sanguínea residual, lo que constituye una ventaja clínica relevante (4,5).

Otras estrategias conservadoras como las suturas de compresión uterina (técnica de B-Lynch y variantes) o las ligaduras vasculares requieren quirófano y anestesia, con riesgos adicionales. En cambio, JADA puede colocarse rápidamente en paritorio por personal entrenado, sin necesidad de laparotomía, lo que lo convierte en una herramienta útil en escenarios donde se busca preservar la fertilidad y evitar procedimientos radicales (2,3).

Nuestros tres casos mostraron control hemostático en menos de 5 minutos, resultados consistentes con los datos del ensayo pivotal de Chen et al. (6), que informó un éxito hemostático del 94% y un tiempo medio de control de 3 minutos. Estudios posteriores en práctica clínica real, como el de Grotegut et al. (7), confirman la eficacia y seguridad, con bajas tasas de complicaciones graves. La fiebre puerperal autolimitada observada en un caso de nuestra serie coincide con fenómenos descritos en la literatura como respuestas inflamatorias inespecíficas, sin evidencia de infección activa.

El impacto potencial del dispositivo JADA en términos de preservación de la fertilidad y reducción de la histerectomía es de especial relevancia en mujeres jóvenes. En nuestro caso, ninguna paciente requirió intervención quirúrgica adicional, y todas evolucionaron

favorablemente. Este perfil de seguridad lo posiciona como una alternativa prometedora en el arsenal terapéutico contra la HPP.

En Europa, y particularmente en España, la experiencia publicada sigue siendo escasa. La introducción de JADA supone un avance importante, especialmente en hospitales terciarios con alta

Tabla 1. Resumen de los tres casos clínicos tratados con JADA							
Caso	Edad	Tipo de parto	Pérdida estimada	Tiempo hasta colapso	Volumen evacuado	Transfusión	Complicaciones
1	19	Eutócico	500–750 mL	2 min	20 mL	No	Ninguna
2	33	Ventosa	1000 mL	1 min	90 mL	1 CH	Fiebre puerperal (cultivos negativos)
3	26	Ventosa	1000 mL	3 min	100 mL	1 CH	Ninguna

carga obstétrica. Sin embargo, son necesarios estudios multicéntricos que permitan confirmar estos hallazgos preliminares, valorar la curva de aprendizaje, la relación coste-beneficio y la integración en protocolos nacionales.

En conclusión, nuestra experiencia inicial con JADA confirma que se trata de una herramienta rápida, segura y eficaz para el control de la HPP atónica refractaria. Su sencillez de colocación y capacidad para preservar la fertilidad refuerzan su potencial como tratamiento de primera línea antes de recurrir a técnicas invasivas. La implementación de programas de formación y la recogida sistemática de resultados en España serán claves para consolidar su papel en la práctica clínica.

Agradecimientos

A todo el equipo de paritorio y reanimación del Hospital Universitario Río Hortega, cuya colaboración hizo posible la implantación de esta nueva tecnología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, et al. Postpartum haemorrhage management, risks and maternal outcomes: findings from the WHO Multicountry Survey. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:5-13.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2017;130(4):e168-e186.
3. Sentilhes L, Sénat MV, Deneux-Tharaux C, et al. Postpartum haemorrhage: guidelines from the French College. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;198:12-21.
4. D'Alton ME, Weiner SJ, Bingham D, et al. Vacuum Device for Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2020;136(5):881-9.
5. Weeks AD. The prevention and treatment of postpartum haemorrhage. *BJOG*. 2015;122(5):642-9.
6. Chen BA, Creanga AA, Fox KA, et al. Intrauterine vacuum-induced device for rapid treatment of postpartum haemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2020;136(5):851-9.
7. Grotegut CA, et al. Real-world use of intrauterine vacuum-induced hemorrhage-control device. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(2):156.e1-156.e9.
8. Guía multidisciplinar para el manejo de la HPP. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH), 2022.

Himafem[®]

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

Revisión de conjunto

Implicaciones reproductivas y tratamiento de las anomalías uterinas congénitas

Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies (2024 Second Edition)

Díaz Rodríguez S, Ocaña Martínez V, Caballero de Diego A, Mirca Tartau AM, Huertas Fernández MA

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe

RESUMEN

Las anomalías uterinas congénitas (AUC) son malformaciones del útero como consecuencia de una alteración durante el desarrollo fetal que afecta a la fusión de los conductos de Müller antes del nacimiento. Dicha alteración puede dar lugar a distintos tipos de anomalías, desde la ausencia total de útero hasta anomalías más sutiles que se clasifican en categorías específicas. Puede asociar anomalías en otros órganos del aparato urológico como son los riñones y la vejiga.

Disponemos de distintas técnicas para diagnosticar las malformaciones uterinas: la ecografía convencional nos permite detectar AUC, pero es la ecografía 3D la que permitirá confirmar el diagnóstico. Si se sospecha una anomalía uterina compleja, se pueden utilizar otras pruebas complementarias como son la resonancia magnética, laparoscopia (visión directa de la cavidad abdominal tras insertar una cámara) y/o histeroscopia (visión directa de la cavidad uterina tras la inserción de una cámara por vía vaginal). Para descartar anomalías nefrourológicas, se

puede solicitar exploraciones complementarias de estos órganos.

Las manifestaciones clínicas de estas AUC son muy variadas: desde pacientes totalmente asintomáticas a pacientes que presenten dismenorrea, infertilidad o abortos espontáneos.

La mayoría de las malformaciones uterinas no causan dificultades para conseguir gestación y el resultado del embarazo, habitualmente, es bueno. En algunos casos, estas AUC se descubren durante el estudio de la paciente que presenta infertilidad o abortos espontáneos en el primer y segundo trimestre. A veces, también se asocian a complicaciones obstétricas como son el parto pretérmino, la restricción del crecimiento fetal, desarrollo de preeclampsia (trastorno hipertensivo del embarazo que aparece a partir de las 20 semanas de gestación) y presentación fetal anómala.

El tratamiento quirúrgico para las AUC no suele recomendarse porque los riesgos superan los posibles beneficios y no hay pruebas de ningún beneficio. En los casos de útero septo (presencia de un tabique que divide la cavidad uterina) se puede recurrir a tratamiento quirúrgico para reducir las probabilidades de aborto espontáneo. Sin embargo, se debe informar a las mujeres que existe evidencia no concluyente y contradictoria con respecto a la mejora de la probabilidad de nacimientos vivos en este contexto. Son necesarios más ensayos controlados aleatorizados de gran tamaño para proporcionar recomendaciones concluyentes basadas en la evidencia para el tratamiento quirúrgico del útero septo.

CORRESPONDENCIA:

Díaz Rodríguez S

*Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario de Getafe*

Las mujeres con malformaciones uterinas pueden tener un mayor riesgo de parto pretérmino incluso después del tratamiento quirúrgico de un útero septo. Dado estos riesgos, y en función de la gravedad de la AUC, se debe realizar un seguimiento gestacional utilizando un protocolo o guía de asistencia práctica (GAP) adecuados para la prevención del parto pretérmino

ANTECEDENTES

Las anomalías uterinas congénitas (AUC) son alteraciones en la anatomía normal del aparato genitourinario como consecuencia del desarrollo embriológico anormal de los conductos de Müller. Aunque la mayoría de las AUC son asintomáticas y se asocian con resultados reproductivos normales, algunas pueden estar asociadas con resultados reproductivos adversos.

Su tasa de detección ha aumentado gracias a la utilización de la ecografía tridimensional (3D), que permite la valoración de los contornos internos y externos del útero haciendo que la evaluación de la morfología uterina sea más reproducible, además de menos invasiva que otras modalidades diagnósticas radiológicas y quirúrgicas comúnmente utilizadas.

Las malformaciones uterinas no son infrecuentes. Un metanálisis exhaustivo [1] estimó que la prevalencia general de las AUC es del 5,5 % en una población no seleccionada, del 8% en mujeres con infertilidad, del 13,3 % en aquellas con antecedentes de aborto espontáneo y del 24,5 % en aquellas con aborto espontáneo e infertilidad. Por lo tanto, y a la vista de estos resultados, es necesario un asesoramiento específico para las pacientes con malformaciones müllerianas.

La presentación clínica es muy variada, desde mujeres asintomáticas en las que el diagnóstico se realiza de manera incidental hasta patologías y/o sintomatología reproductiva muy complejas y, a menudo, en el contexto de subfertilidad y aborto espontáneo.

La tarea de asesorar y atender a las mujeres diagnosticadas de AUC está dificultada por cuatro razones principales:

- En las últimas décadas, ha habido varias clasificaciones diferentes en la literatura [2] (véase "clasificación", Sección 2).
- Se utilizan varias modalidades de diagnóstico diferentes [3] (ver "diagnóstico", Sección 3).
- Determinar el impacto reproductivo de cada AUC, incluso a través de los metanálisis más recientes, ha sido un desafío dada la heterogeneidad significativa de los estudios existentes [4] (ver

"implicaciones reproductivas", Sección 4).

- Falta de evidencia de buena calidad sobre el tratamiento quirúrgico de las AUC, y específicamente, de la resección del tabique uterino, que es la más factible [5] (ver opciones de tratamiento, Sección 5).

CLASIFICACIÓN

La mayoría de las clasificaciones de las malformaciones uterinas se basan en la gravedad del fallo en el desarrollo de los conductos de Müller. Es fundamental conocer la embriología para comprender mejor las clasificaciones y los tipos de AUC

El tracto reproductivo femenino se diferencia a partir de dos conductos de Müller que se desarrollan durante las primeras 6 semanas de vida fetal. En las mujeres, la ausencia de la hormona antimülleriana (AMH) permite que los conductos de Müller se fusionen caudalmente para convertirse en el útero y el tercio superior de la vagina, y los segmentos superiores no fusionados se convierten en las trompas de Falopio. El tabique intermedio del útero (desarrollado a partir de la fusión de la porción superior de dos conductos de Müller) posteriormente sufre una reabsorción o canalización para convertirse en una única cavidad uterina. La punta inferior de los conductos de Müller fusionados hace contacto con el seno urogenital para formar la placa vaginal, que luego se canaliza para formar la vagina, con la porción superior derivada del conducto de Müller y la porción inferior del seno urogenital.

Hay tres fases de desarrollo del conducto de Müller, y un fallo en cualquiera de estas fases da como resultado el desarrollo de AUC (Tabla 1; Figura 1).

1. Organogénesis (formación de ambos conductos de Müller): los defectos en el desarrollo de los conductos de Müller conducen a agenesia o hipoplasia (p. ej., útero ausente y útero unicornio).
2. Fusión de ambos conductos de Müller: conduce a la formación de un útero y parte superior de la vagina.
 - a. Fusión o unificación horizontal: los segmentos inferiores de los conductos de Müller emparejados se fusionan para formar el útero, el cuello uterino y la vagina superior. Los defectos, según el grado, conducen a una fusión parcial (p. ej., útero bicorne) o a una fusión completa (útero didelfo).
 - b. Fusión vertical: (entre el conducto

mülleriano descendente y el seno urogenital ascendente para formar el canal vaginal
 Los defectos causan un himen imperforado o un tabique vaginal transverso.

3. Reabsorción o canalización septal: implica la reabsorción de los conductos de Müller fusionados horizontalmente que conducen al desarrollo de la cavidad uterina. El fallo en la reabsorción o

Fases de desarrollo	Defecto	Anomalia
Conducto de Müller		
Organogénesis: Desarrollo de Conducto de Müller	Fallo en el desarrollo bilateral	Aplasia/agenesia (Síndrome de MRKH)
	Fracaso del desarrollo unilateral	Útero unicorne
Fusión o unificación: Entre conductos de Müller emparejados	Defecto de fusión horizontal	Útero bicorne Útero didelfo
Entre Conducto de Müller y seno urogenital (bulbos sinovaginales)	Defecto de fusión vertical	Himen imperforado Tabique vaginal transverso
Resorción o canalización septal	Defecto de reabsorción o canalización	Útero septo/ Arcuato

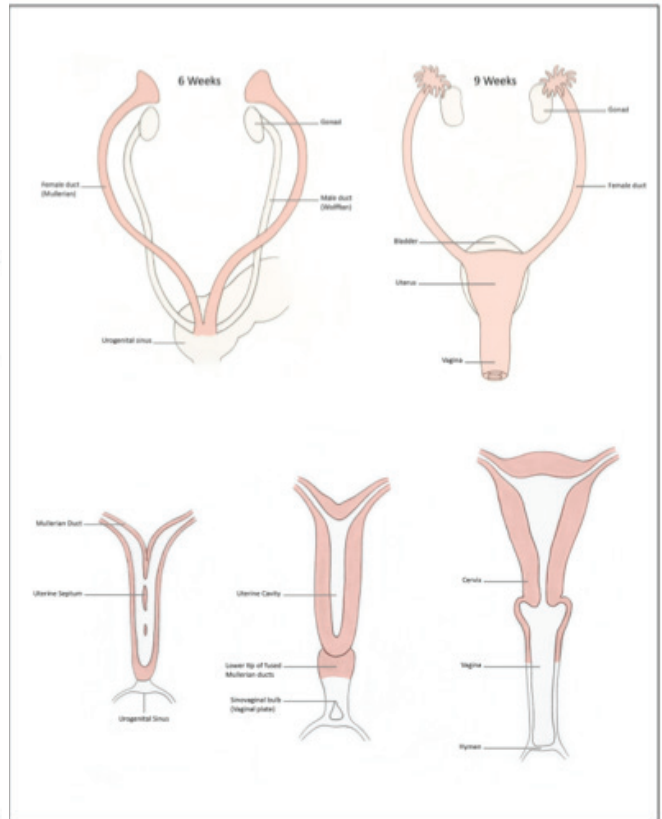


Tabla 1. Fases del desarrollo del conducto de Müller y sus defectos

Figura 1. Desarrollo del útero y la vagina (de Jayaprakasan y Ojha [8]).

TABLA 2 | Resumen de la clasificación de anomalías **müllerianas** según tres importantes directrices publicadas.

Clasificación	Características y clases
AFS (1988)	Clasificación según la falla del desarrollo mülleriano normal: siete clases: hipoplasia/agenesia, unicorne , bicorne, didelfo, septado , arqueado, relacionado con el fármaco DES
ESHRE/ESGE (2013)	Clasificados principalmente en función de la anatomía uterina con anomalías cervicales vaginales como subclases complementarias Uterino: U0-U6 (U0, útero normal; U1, útero dismórfico (infantil y en forma de T principalmente); U2, útero septado; U3, útero bicopóreo (bicorne y útero didelfo); U4, hemiútero (unicornio); U5, útero aplásico (útero ausente); U6, casos no clasificados) Cuello uterino: C0-C4 (C0, cuello uterino normal; C1, cuello uterino septado; C2, cuello uterino doble; C3, aplasia cervical unilateral; C4, aplasia cervical) Vaginal: V0-V4 (V0, vagina normal; V1, tabique vaginal longitudinal no obstructivo; V2, tabique vaginal longitudinal obstructivo; V3, tabique vaginal transversal y/o himen imperforado; V4, aplasia vaginal)
ASRM (2022)	Clasificación AFS (1988) actualizada y ampliada que incorpora anomalías cervicales, vaginales y todas las anomalías complejas Nueve clases: Agenesia mülleriana, Agenesia cervical, Unicornio, Útero didelfo, Bicorne, Tabique vaginal longitudinal, tabique vaginal transversal, anomalías complejas

Tabla 2.

canalización, dependiendo del grado de defecto, conduce a AUC del tipo de útero septo completo, útero septo parcial o útero arcuato.

Aunque las primeras clasificaciones de las AUC se originaron a partir de descripciones de Cruveilhier, Foerster y von Rokitansky a mediados del siglo XIX [6], la primera clasificación/descripción ampliamente reconocida fue la de Buttram y Gibbons en 1979, que luego fue revisada y modificada por la American Sociedad de Fertilidad (AFS), ahora conocida como Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM) [7]. Esta ha sido la clasificación más utilizada en las últimas cuatro décadas.

En 1988, la AFS publicó su esquema de clasificación para problemas mecánicos asociados con malos resultados reproductivos (Tabla 2).

Un componente de esta clasificación fueron las anomalías müllerianas, que se dividieron de la siguiente manera:

- Hipoplasia/agenesia
- Unicornes
- Didelfo
- Bicornes
- Septo
- Arcuato
- Medicamentos relacionados con el dietilestilbestrol (DES)

El objetivo de esta clasificación era proporcionar un sistema de informes fáciles de usar que permitiera a los médicos agrupar los casos para establecer conclusiones futuras sobre los diferentes grupos, y que los futuros pacientes pudieran recibir asesoramiento de forma más precisa y eficaz [7]

Dado que la clasificación original no proporcionaba criterios diagnósticos claros para distinguir entre diferentes anomalías embriológicamente vecinas y que posteriormente se han descrito AUC no clasificables, han surgido nuevas clasificaciones [6] que incluyen la clasificación de malformaciones asociadas a la vagina, el cérvix, el útero y los anexos (VCUAM), describiendo individualmente las anomalías anatómicas de la vagina, el cérvix, el útero y las malformaciones asociadas con el fin de categorizar sistemáticamente las anomalías genitales [9], y el sistema de clasificación embriológico-clínico propuesto por Acien et al. originalmente en 1992 y posteriormente en 2011 [6].

Una de las clasificaciones más recientes ha sido

desarrollada conjuntamente por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) y la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica (ESGE) en 2013 [10], a través de un procedimiento Delphi estructurado.

La clasificación ESHRE/ESGE incluye descripciones de todas las malformaciones del tracto genital femenino de manera similar a la clasificación VCUAM (uterina U0U6, cervical C0C4 y vaginal V0V4). También proporciona una guía gráfica, similar a la clasificación AFS, para ayudar al diagnóstico basado en los resultados de las imágenes y definiciones cuantitativas para guiar el diagnóstico y distinguir las anomalías (Tabla 2). Por ejemplo, una indentación en la línea media del fondo uterino que excede el 50% del espesor de la pared uterina se ha utilizado para diagnosticar un útero septo, mientras que una indentación externa en la línea media del fondo uterino que excede el 50% del espesor de la pared uterina se ha utilizado para diagnosticar un útero bicornes.

Las anomalías uterinas, según el grupo de trabajo ESHRE/ESGE [10], se clasifican en las siguientes clases principales, que expresan desviaciones anatómicas uterinas del mismo origen embriológico (Figura 2):

- U0, útero normal.
- U1, útero dismórfico (infantil y en forma de T principalmente).
- U2, útero septo: la cavidad uterina está dividida por un tabique fibromuscular, pero tiene un contorno externo normal.
- U3, útero bicornes (parcial y completo, bicornes y útero didelfo según AFS): el útero se presenta como dos cuernos uterinos separados, útero doble con o sin dos cuellos uterinos separados y, rara vez, una vagina doble. Cada cuerno uterino está conectado a una trompa de Falopio y un ovario.
- U4, hemiútero (unicornes): solo está presente un cuerno del útero que está conectado a una trompa de Falopio y el ovario. El otro cuerno del útero está ausente o es rudimentario.
- U5, útero aplásico (ausencia de útero).
- U6, para casos aún no clasificados.

Los úteros arcuatos, aunque son la forma más leve de fallo en la reabsorción del conducto de Müller, no se consideran clínicamente relevantes y no se incluyen en esta clasificación.

La publicación ARSM de 2016, 'Uterine septum: a guideline', [5] también informó que el útero arcuato no es clínicamente relevante, con los siguientes criterios para diagnosticar úteros septos y bicornes (diferentes a los propuestos por ESHRE/ESGE): [10]

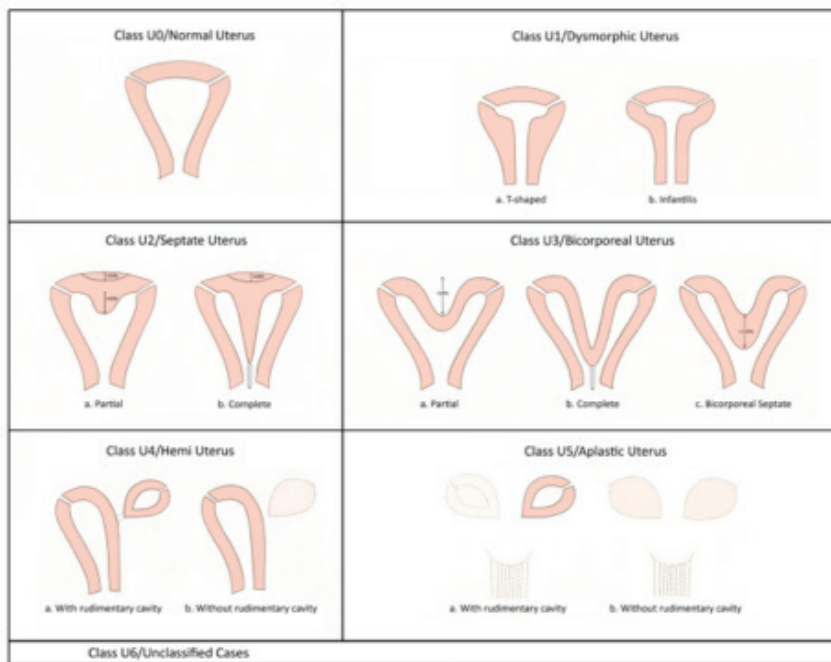


Figura 2. Clasificación ESHRE/ESGE de anomalías uterinas [11]

- Útero normal/arcuato: profundidad desde la línea intersticial hasta el vértice de la indentación mayor a 1 cm y ángulo de indentación mayor a 90° .
- Útero septo: profundidad de la línea intersticial hasta el ápice superior a 1,5 cm. y ángulo de indentación $<90^\circ$.
- Bicorne: indentación fúndica externa de más de 1 cm [5].

Esta clasificación deja una zona gris entre útero normal/arcuato y septo, donde algunas mujeres no cumplirán los criterios para ninguno de los diagnósticos.

Aunque la clasificación ESHRE/ESGE intentó abordar todas las deficiencias anteriores con definiciones más objetivas de AUC y, en particular, para útero septo, ha sido criticada ya que algunos autores han observado un aumento en el diagnóstico de útero septo en comparación con las clasificaciones anteriores [12].

El grupo de expertos en malformaciones uterinas congénitas (CUME) [13] ha criticado los criterios ESHRE/ESGE por sobreestimar y los criterios ASRM por subestimar la prevalencia de útero septo, según un estudio de reproducibilidad y precisión diagnóstica utilizando ecografía 3D. Se demostró que la proporción de úteros septos utilizando la clasificación ESHRE/ESGE era mucho mayor que utilizando los criterios ASRM (RR 13,9; IC del 95% 5,9–32,7, $p \leq 0,01$) [13]. Las preocupaciones

relacionadas con el sobrediagnóstico se deberían a la falta de evidencia disponible para respaldar mejoras en los resultados reproductivos de aquellas pacientes inicialmente diagnosticadas con un útero normal, en las que el diagnóstico se mantuvo, en comparación con aquellas diagnosticadas inicialmente con un útero normal pero reclasificadas como útero septo como resultado de la guía ESHRE/ESGE [14]. El grupo CUME propuso una definición simple y reproducible de una indentación interna de más de 10 mm para el diagnóstico de útero septo y criterios diagnósticos para el útero en forma de T en 2020 basados en la evaluación por ultrasonido 3D, incluyendo un ángulo de indentación lateral $\leq 130^\circ$, una profundidad de indentación lateral ≥ 7 mm y un ángulo T $\leq 40^\circ$ con buena precisión diagnóstica y reproducibilidad moderada [15].

A pesar de la falta de un sistema de clasificación perfecto, los criterios ESHRE/ESGE parecen ser un intento de definir objetivamente las AUC basándose en mediciones ecográficas 3D, por ejemplo para definir qué es y qué no es un tabique, y cuándo se debe considerar la cirugía para extirpar el tabique. Sin embargo, debe recordarse que, en la actualidad, estos puntos de corte no se han comparado prospectivamente con los resultados reproductivos. Además, el utilizar como punto de referencia, para definir la anomalía uterina, el grosor de la pared uterina, que es susceptible de cambiar en presencia de fibromas o adenomiosis, se critica por ser una deficiencia grave de la clasificación ESHRE/ESGE.

Se deben realizar y registrar en cada caso, mediciones ecográficas 3D de la indentación uterina externa e interna para construir una base de datos lo suficientemente grande a partir de la cual puedan refinarse los criterios ESHRE/ESGE, de acuerdo con los resultados reproductivos observados. Hasta que se realice un mayor refinamiento, la clasificación ESHRE/ESGE debe usarse con precaución, especialmente para el diagnóstico y manejo del septo uterino. En cualquier ensayo clínico relacionado con el septo, la evaluación subjetiva o los criterios deberían ser reemplazados por mediciones 3D objetivas.

En 2021, la ASRM actualizó y amplió la clasificación simple e histórica de la AFS, incorporando anomalías cervicales, vaginales y todas las anomalías complejas en nueve grupos distintos: agenesia mülleriana, agenesia cervical, útero unicorn, útero didelfo, útero bicorne,

útero septo, septo vaginal longitudinal, septo vaginal transversal y anomalías complejas [16] (Tabla 2). Las anomalías müllerianas pueden presentarse de maneras muy diversas pudiendo aparecer algunas anomalías de tipo mixto y algunas anomalías complejas. La ASRM ha definido criterios diagnósticos para el útero septo, arcuato y bicornue. Mientras que el útero septo se define como una longitud septal de >1 cm y un ángulo septal de $<90^\circ$, el útero arcuato se diagnostica cuando la indentación septal es ≤ 1 cm y el ángulo es $\geq 90^\circ$. El útero bicornue se diagnostica cuando la indentación externa es >1 cm.

DIAGNÓSTICO

Para realizar un diagnóstico y clasificar correctamente las AUC, es necesario realizar una evaluación precisa de los contornos internos y externos del útero.

Anteriormente, la prueba gold standard había sido una combinación de laparoscopia e histeroscopia, pero las técnicas de diagnóstico por imagen como la ecografía, la histerosalpingografía (HSG), la sonohisterografía y la resonancia magnética (RM) para diagnosticar y clasificar las AUC son menos invasivas [1]. La exploración transvaginal bidimensional (2D) convencional (TVS) y la HSG son buenas para identificar anomalías uterinas, mientras que la TVS 3D y la RM pueden clasificar con precisión las AUC [3, 17–19].

La ecografía transvaginal bidimensional convencional es una modalidad mínimamente invasiva y menos costosa para evaluar las malformaciones uterinas [20], siendo más precisa en la segunda mitad del ciclo menstrual (fase secretora) ya que proporciona una visualización más precisa del endometrio. La visualización de dos cavidades endometriales en un plano transversal es indicativa de una AUC.

La ecografía transvaginal tridimensional, gracias a su característica única de proporcionar el plano coronal del útero, facilita la visualización simultánea de los contornos externos (superficie de la serosa) e internos (cavidad uterina) del fondo uterino, lo que ayuda a clasificar correctamente los úteros bicorne, septos completos y septos parciales [21]. El útero didelfo (bicornue completo), aunque es muy raro, también muestra dos cavidades endometriales en el plano transversal de la ecografía 2D convencional, pero la ecografía 3D, con una demostración clínica de dos cuellos uterinos o dos vaginas en los exámenes con espéculo, puede confirmar el diagnóstico. En los casos de útero unicornue (hemiútero), se observa un eje largo normal del útero en un lado de la pelvis junto con la ausencia de sombra uterina o una sombra rudimentaria en el otro. Una cavidad uterina

con forma de plátano y una única porción intersticial de trompa de Falopio en el plano coronal se observa mediante ecografía 3D. La ecografía con infusión salina se ha sugerido como un método para diagnosticar cuernos rudimentarios, ya que la solución salina se puede ver claramente en el útero unicornue, sin paso al cuerno rudimentario (si no es comunicante) [19]. La ecografía tridimensional por TVS se considera actualmente el gold standard para la evaluación de las AUC, ya que es menos invasiva y puede clasificar correctamente los distintos tipos de anomalías uterinas. Los criterios para la clasificación de las anomalías uterinas basados en la ecografía 3D han sido descritos por varios grupos, incluidos el consenso de Tesalónica ESHRE/ESGE [10, 22], CUME y ASRM.

La resonancia magnética de la pelvis es sensible y específica para diagnosticar AUC y es útil para delinear el endometrio y detectar cuernos uterinos, así como para definir la ubicación gonadal o la anatomía renal aberrante. También es menos invasiva que la laparoscopia y la histeroscopia combinadas. No se recomienda de manera rutinaria en todas las personas con sospecha de malformación uterina, pero sí en aquellos casos con diagnóstico no confirmado en la ecografía 3D o con sospecha de anomalías complejas [19].

Las AUC pueden estar asociadas con anomalías renales congénitas (siendo la más frecuente la agenesia renal unilateral) debido a su origen embrionario estrechamente relacionado. En un estudio de 378 mujeres con AUC [23], el riesgo de anomalías renales fue del 18,8%, siendo la agenesia renal unilateral el defecto más común. Cuando se evaluaron diferentes subtipos basados en los criterios ESHRE/ESGE, la prevalencia de anomalías renales en útero normal (U0) fue del 5%, del 0% en caso de útero dismórfico (U1), 15.6% en caso de útero septo (U2), 24.7% en casos de bicornue (U3), 29.5% si presencia de hemiútero (U4) y el 11.7% en casos de útero aplásico (U5). Se debe recomendar una ecografía del tracto urinario, una resonancia magnética o una pielografía intravenosa en todas las mujeres diagnosticadas con AUC, eligiendo la más adecuada según el cuadro clínico [23].

IMPLICACIONES REPRODUCTIVAS

En la mayoría de los casos, las AUC se diagnostican de manera incidental durante estudios por subfertilidad, abortos recurrentes o trastornos menstruales [18]. Las malformaciones uterinas asociadas con obstrucción, como útero unicornue con un cuerno rudimentario, didelfo uterino con hemivagina obstruida o agenesia vaginal/

cervical, suelen presentarse con dolor pélvico secundario a hematometra, hematocolpos o endometriosis. Las mujeres con agenesia, como síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser o hipoplasia segmentaria, presentan amenorrea primaria. Las AUC asociadas con septos vaginales longitudinales pueden presentarse más comúnmente con dispareunia u ocasionalmente anomalías menstruales [24, 25].

Se ha implicado a las malformaciones uterinas como posibles causas de infertilidad, abortos recurrentes, partos prematuros, presentación fetal anómala, cesárea y restricción del crecimiento fetal. También se ha informado de que estas mujeres presentan mayores tasas de desprendimiento de placenta, preeclampsia y muerte fetal [26, 27]. Los tipos de AUC se asocian individualmente con distintos grados de resultados adversos.

Una revisión sistemática [28] de 3805 mujeres con malformaciones müllerianas puso de manifiesto que aquellas con defectos de canalización, como úteros septos y parcialmente septados, parecen tener el peor pronóstico reproductivo, con una tasa de concepción reducida (OR 0,86; IC del 95 % 0,770,96) y un mayor riesgo de aborto espontáneo en el primer trimestre (OR 2,89; IC del 95 % 2,024,14), parto prematuro (OR 2,14; IC del 95 % 1,48-3,11) y presentación fetal anómala en el parto (OR 6,24; IC del 95 % 4,05-9,62).

Otra revisión sistemática de 2021 que evaluó los resultados obstétricos y neonatales informó de un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino o pequeño para la edad gestacional (OR 2,14; IC del 95 % 1,26-3,65), desprendimiento de placenta (OR 9,22; IC del 95 % 3,42-24,82), cesárea (OR 5,02; IC del 95 % 2,77-9,10) y mortalidad perinatal (OR 2,55; IC del 95 % 1,29-5,04) para úteros septos y subseptos [27]. Comparando las pacientes con útero septo completo o parcial, aquellas con un útero septo completo tienen peores resultados a lo largo de sus embarazos [26].

Aunque parece haber una asociación entre los defectos de canalización y el resultado reproductivo subóptimo, la etiología definitiva y los procesos fisiopatológicos subyacentes a la infertilidad, el aborto espontáneo y otros resultados reproductivos adversos, incluida la restricción del crecimiento fetal, siguen siendo inciertos. Se han propuesto varias hipótesis [28], como que el endometrio que recubre el tabique es anormal y, por lo tanto, proporciona un sitio subóptimo para la implantación, un suministro de sangre desordenado y disminuido que resulta insuficiente para sustentar la placentación y el crecimiento del embrión, contracciones uterinas descoordinadas o capacidad uterina reducida.

Los defectos de fusión o unificación, como el útero bicorne, unicornes y didelfos, no parecen reducir la fertilidad, pero se asocian con mayores riesgos de resultados

adversos durante el embarazo. Los riesgos dependen del tipo de defecto de fusión. Las mujeres con útero bicorne y unicornes tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo en el primer trimestre (OR 3,4; IC del 95 % 1,189,76 y OR 2,15; IC del 95 % 1,034,47 respectivamente), parto prematuro (OR 2,55; IC del 95 % 1,574,17 y OR 3,47; IC del 95 % 1,946,22 respectivamente) y presentación fetal anómala (OR 5,38; IC del 95 % 3,159,19 y OR 2,74; IC del 95 % 1,35,77 respectivamente), mientras que las mujeres con útero didelfo parecen tener un mayor riesgo de parto prematuro (OR 3,58; IC del 95 % 2,06,4) y presentación fetal anómala (OR 3,7; IC del 95 % 2,046,7) [28].

El riesgo de restricción del crecimiento intrauterino o de feto pequeño para la edad gestacional también aumenta en el útero unicorne (OR 3,5; IC del 95 % 1,24-9,91), en el útero bicorne (OR 2,84; IC del 95 % 1,68-4,8) y en el útero didelfo (OR 4,03; IC del 95 % 2,0-8,12) [27]. También aumenta el riesgo de presentación fetal anómala en todos los defectos de fusión [útero unicorne (OR 8,09; IC del 95 % 3,14-20,84), útero bicorne (OR 10,87; IC del 95 % 6,68-17,68) y útero didelfo (OR 7,2; IC del 95 % 3,09-16,74)]; el riesgo de desprendimiento de placenta aumenta en el útero unicorne (OR 7,78; IC del 95 % 1,99-30,45) y en el útero bicorne (OR 6,53; IC del 95 % 1,96-21,78), pero no en el útero didelfo (OR 2,68; IC del 95 % 0,51-14,17) [27]. El riesgo de cesárea aumenta en el útero bicorne (OR 5,23; IC del 95 % 2,1112,96) y en el útero didelfo (OR 7,55; IC del 95 % 2,423,72), pero no en el útero unicorne (OR 1,24; IC del 95 % 0,762,03) según el metanálisis de 2021 [27].

El útero dismórfico es una AUC en la que la cavidad uterina tiene una morfología anormal (en forma de T o en forma de trompa, llamada útero infantil). Se trata de una malformación poco frecuente, relacionada con la exposición intrauterina al DES [7, 10], pero la experiencia clínica reciente ha demostrado que, a pesar de que el uso de DES en el embarazo se prohibió hace unos 40 años, estas anomalías se encuentran en pacientes jóvenes infértiles sin antecedentes de exposición al DES y ser debidos a adherencias intrauterinas marginales (IUA) o infección tuberculosa. Se ha informado de que las mujeres con esta malformación tienen malos resultados reproductivos, aunque estos estudios son antiguos [29, 30]. La utilización de la ecografía pélvica 3D ha ayudado a identificar estas anomalías.

El riesgo de parto pretérmino espontáneo está aumentado en mujeres con defectos de canalización (útero septo o subseptos; RR 2,14; IC del 95 % 1,483,11) o con defectos de fusión (útero bicorne y didelfos; RR 2,97; IC del 95 % 2,08-4,23) [26]. En la actualidad, no hay evidencia concluyente sobre la predicción y prevención del parto prematuro en la población obstétrica general utilizándose actualmente en la práctica clínica habitual varios biomarcadores, además

de la exploración transvaginal de la longitud cervical para ayudar en la predicción. Un estudio prospectivo de 64 mujeres embarazadas con AUC evaluó la ecografía transvaginal de longitud cervical realizada entre las 14 y 23 semanas de gestación y las probabilidades de parto prematuro antes de las 35 semanas de gestación en función de la longitud cervical [31]. De los embarazos estudiados, el 16% (10/64) tuvo una longitud cervical corta por debajo de los 25 mm. Y, aunque la incidencia general de parto pretérmino espontáneo fue del 11%, esta probabilidad fue significativamente mayor en mujeres con una longitud cervical corta (RR 13,5; IC del 95% 3,49–54,74 [50% [5/10]]) en comparación con aquellas sin un cuello uterino corto (4% [2/54]). Debido a la falta de datos sólidos, actualmente no es posible sacar conclusiones firmes con respecto al cribado y la prevención del parto pretérmino en mujeres con AUC. La literatura informa sobre el éxito variable de los óvulos de progesterona y el cerclaje cervical en la prevención del parto pretérmino.

En la actualidad, no hay suficientes pruebas que sugieran el uso de estas medidas preventivas en mujeres con diagnóstico de AUC [32]. En vista de esto, podría ser beneficioso remitir a las pacientes con AUC a centros de referencia de partos pretérmino para la recopilación de más datos y así respaldar mejores recomendaciones en el futuro

OPCIONES DE MANEJO

Aunque existe una asociación poco clara, pero probable entre las AUC y resultados reproductivos adversos, la efectividad del tratamiento quirúrgico de anomalías uterinas no obstructivas para mejorar los resultados reproductivos, especialmente si se diagnostican de manera incidental, no está comprobada y es debatible.

Las mujeres diagnosticadas de una malformación uterina compleja deben recibir información relevante (por ejemplo: <https://www.tommys.org/pregnancy-information/pregnancy-complications/uterine-abnormality-problems-womb>), apoyo psicosocial y asesoramiento para abordar los efectos funcionales y emocionales [25]. Las opciones de fertilidad futura deben discutirse con las adolescentes y sus padres/tutores. La presencia de anomalías asociadas del tracto renal debe descartarse antes de cualquier intervención quirúrgica.

Los objetivos del manejo de las AUC incluyen tratar las distorsiones anatómicas asociadas con anomalías obstructivas para aliviar síntomas como el dolor, mejorando así la calidad de vida, y evitar consecuencias adversas a largo plazo para la salud y la reproducción; y en el caso de anomalías no obstructivas, mejorar los resultados reproductivos en mujeres infértiles o que han

experimentado abortos recurrentes. El objetivo final es aumentar los nacimientos de niños vivos a término, con una reducción asociada de la morbilidad y mortalidad neonatal a largo plazo.

Malformaciones uterinas obstructivas

Aunque un útero unicornio no requiere intervención quirúrgica, los cuernos uterinos rudimentarios funcionales, frecuentemente asociados con el útero unicornio, necesitan exéresis quirúrgica para prevenir el riesgo de hematometra o de que ocurra un embarazo en el cuerno (si el cuerno se comunica con la cavidad del otro cuerno)

Malformaciones uterinas no obstructivas

Úteros bicorne y didelfos (defectos de fusión)

El único tratamiento quirúrgico disponible para mujeres con defectos de fusión sigue siendo la metroplastia abdominal (cirugía reconstructiva del útero), pero se asocia con mayores riesgos de complicaciones, incluyendo estancia hospitalaria prolongada, tiempo de recuperación más largo, adherencias intraperitoneales postoperatorias y rotura uterina durante embarazos posteriores. Esta intervención, independientemente de si se realiza mediante laparotomía o laparoscopia, generalmente no se considera ni se aconseja en ausencia de antecedentes reproductivos adversos significativos. La evidencia sobre la mejora de los resultados reproductivos tras la metroplastia abdominal para defectos de fusión en mujeres con antecedentes de abortos recurrentes o partos pretérmino es muy limitada. Solo un estudio controlado [33] de 21 mujeres con úteros bicornes, 13 de las cuales no se sometieron a cirugía y ocho que se sometieron a metroplastia abdominal, no registra mejoría en los resultados obstétricos.

Útero septo (defectos de reabsorción o canalización)

La metroplastia histeroscópica (división transcervical histeroscópica del septo uterino) ha sido considerada por muchos autores como el tratamiento de elección para el útero septo [25]. El único estudio controlado aleatorizado [34], aunque con tamaño de muestra pequeño (n=80), con criterios de inclusión amplios y extensión del reclutamiento desde 2010 a 2018, cuestionó el fundamento de la resección del septo debido a la falta de beneficio observado. Sin embargo, revisiones sistemáticas de estudios controlados publicados [4, 35, 36] han mostrado una reducción en las tasas de aborto, aunque con datos contradictorios sobre las tasas de nacidos vivos. Una revisión sistemática y metaanálisis de seis estudios controlados no tratados [4] publicada

en 2014 informó de una menor probabilidad de abortos espontáneos (tanto en el primer como segundo trimestre) en mujeres tratadas con resección histeroscópica del septo en comparación con mujeres que no fueron tratadas (RR 0,37, IC 95 % 0,25–0,55; I²=0 %, seis estudios, n=191). No hubo diferencias en las tasas de concepción (RR 1,14, IC 95 % 0,79–1,65; I²=80 %, cuatro estudios, n=408) ni en las tasas de parto prematuro (RR 0,66, IC 95 % 0,29–1,49; I²=0 %, seis estudios, n=325) entre los grupos de resección histeroscópica y control.

Aunque estudios observacionales han encontrado un beneficio en la remoción del septo en mujeres con antecedentes de infertilidad y aborto, una revisión Cochrane [37] publicada en 2011 puso de manifiesto la falta de suficiente evidencia para la metroplastia histeroscópica en mujeres con aborto recurrente y útero septo, y aconsejó no ofrecer esta intervención como práctica rutinaria.

Otra revisión Cochrane más actualizada [38] publicada en 2017 no identificó ningún estudio controlado aleatorizado publicado que evaluara la eficacia de la metroplastia histeroscópica en los resultados del embarazo.

El Ensayo Aleatorizado de Transection del Septo Uterino (TRUST) [39], que evalúa si la resección histeroscópica del septo mejora los resultados reproductivos en mujeres con útero septo y antecedentes de aborto recurrente, subfertilidad o parto pretérmino, realizado en siete centros en Países Bajos, Reino Unido, EE. UU. e Irán, reportó tasas similares de nacidos vivos de concepciones logradas dentro de los 12 meses de seguimiento tras la aleatorización en el grupo tratado en comparación con los controles no tratados (12/39, 31% vs. 14/40, 35%; RR 0,88, IC 95% 0,47–1,65). Las tasas de aborto (28% vs. 13%, RR 2,3, IC 95% 0,86–5,9) y los partos pretérmino también fueron similares (13% vs. 10%, RR 1,3, IC 95% 0,37–4,4) [34].

Una revisión sistemática actualizada (2022) de estudios comparativos que evaluaban la efectividad de la división del septo incluyó 22 estudios, de los cuales 14 comparaban con controles no tratados y 8 estudios comparaban con mujeres con cavidad uterina normal [35]. En general, las tasas de nacidos vivos fueron similares entre el grupo tratado y el no tratado (OR 1,14, IC 95% 0,67–1,96; I²=67%; ocho estudios, n=1304). En el análisis por subgrupos, las tasas de nacidos vivos fueron similares entre los tratados y los controles no tratados para la población con abortos recurrentes (OR 1,33, IC 95% 0,34–5,16; I²=62%; dos estudios, n=180), infertilidad primaria (OR 1,05, IC 95% 0,16–6,63; I²=77%; dos estudios, n=205) y población mixta (OR 1,05, IC 95% 0,45–2,46; I²=76%;

cuatro estudios, n=740). La tasa de aborto espontáneo fue menor en el grupo tratado en comparación con el grupo no tratado (OR 0,5, IC 95% 0,27–0,93; I²=71%; 13 estudios, n=1145). Una tendencia similar se observó para abortos recurrentes (OR 0,28, IC 95% 0,08–0,98; I²=66%; tres estudios, n=171) e infertilidad primaria (OR 0,21, IC 95% 0,06–0,77; I²=55%; cuatro estudios, n=401). La tasa de aborto fue similar en el grupo tratado y el grupo de útero normal (OR 1,25, IC 95% 0,89–1,76; I²=26%; cuatro estudios, n=2079), mostrando un resultado mejorado en el grupo tratado. Sin embargo, la división histeroscópica del septo no ha demostrado reducir las tasas de parto pretérmino cuando se compara con el grupo control tratado (OR 1,06, IC 95% 0,74–1,52; I²=1%; 15 estudios, n=1690) y el grupo de útero intacto (OR 2,47, IC 95% 1,80–3,38; I²=52%; cinco estudios, n=6341). Mientras que la tasa de presentación fetal anómala fue menor en el grupo tratado, las tasas de cesárea y hemorragia posparto fueron mayores en los grupos tratados en comparación con los controles. Aunque esta revisión mostró una reducción en la tasa de abortos y lpresentaciones fetales anómalas con la metroplastia histeroscópica, las tasas de nacidos vivos y de partos pretérmino fueron similares. Los estudios incluidos fueron heterogéneos en población y variaron en la definición de septo uterino.

Una revisión sistemática en 2023 de cinco estudios de cohorte y 22 series de casos analizó los resultados reproductivos de los embarazos naturales tras la cirugía del tabique en pacientes con aborto recurrente, subfertilidad primaria o subfertilidad secundaria [36]. En la población con abortos recurrentes, se informó que la cirugía del tabique se asociaba con un aumento en la tasa de nacidos vivos (RR, 1,77; IC del 95 %, 1,26–2,49, I²=0 %; tres estudios, n=245), una reducción en la tasa de abortos (RR, 0,36; IC del 95 %, 0,20–0,66, I²=0 %; dos estudios, n=91) y una reducción en la tasa de nacimientos pretérmino (RR, 0,15; IC del 95 %, 0,04–0,53, I²=0 %; dos estudios, n=61). En la subfertilidad primaria, la cirugía del tabique se asoció con una mayor tasa de nacidos vivos (RR, 4,12; IC del 95%, 1,19–14,29, I²=0%; dos estudios, n=143), una reducción en la tasa de aborto espontáneo (RR, 0,19; IC del 95%, 0,06–0,56, I²=no reportado; dos estudios, n=51) y una tasa de parto pretérmino similar (RR, 0,44; IC del 95%, 0,10–2,02, I²=no reportado; dos estudios, n=39). Los autores no pudieron obtener datos para la población con subfertilidad secundaria debido a la falta de estudios comparativos específicos.

Aunque las revisiones sistemáticas de estudios controlados han informado de resultados contradictorios sobre nacimientos vivos, partos pretérmino o cesáreas,

las tasas de aborto espontáneo se redujeron en el metaanálisis de estudios controlados en poblaciones con abortos recurrentes e infertilidad primaria. Sin embargo, todavía falta evidencia de alta calidad sobre la eficacia y seguridad del tratamiento quirúrgico, y la mayoría de los estudios publicados consideran todos los úteros septos como un solo grupo, aunque los diferentes subtipos de septo uterino, según su longitud, ancho, tipo histológico y celular, pueden tener efectos variados sobre la fertilidad y los resultados reproductivos.

Se pueden utilizar distintos instrumentos histeroscópicos para la división de un septo uterino, incluyendo microtijeras, agujas electroquirúrgicas bipolares o resectoscopios con asa operatoria. El procedimiento se puede realizar bajo guía ecográfica transabdominal o laparoscópica para reducir el riesgo de perforación uterina y garantizar la suficiencia del procedimiento. Es una buena práctica medir la longitud del septo preoperatoriamente usando ultrasonido 3D o resonancia magnética para asegurar la seguridad y eficacia quirúrgica. La supresión endometrial preoperatoria no se utiliza de forma rutinaria, pero puede mejorar la visualización y la precisión operatoria. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para el uso de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), danazol u otros medicamentos para adelgazar el endometrio antes de la división histeroscópica del septo. El procedimiento se realiza preferentemente en la fase folicular temprana del ciclo menstrual. La longitud del septo uterino puede variar desde un septo pequeño de 1 cm hasta un septo grande que se extiende desde el fondo hasta el orificio cervical interno. La presencia de un septo residual de 0,5 a 1,0 cm de longitud no afecta negativamente el resultado. El movimiento del histeroscopio de lado a lado y la visualización de ambos ostia en una vista panorámica desde el nivel del orificio interno (criterios subjetivos), o el uso de un palpador intrauterino graduado para verificar objetivamente la porción de septo resecada, confirma la finalización de la resección. La re-epitelización endometrial de la superficie cortada puede ocurrir de manera centrípeta por la proliferación del tejido endometrial y de manera centrífuga desde la base de las glándulas restantes hasta el margen de la incisión. Existe riesgo de adherencias intrauterinas (AIUs) después del procedimiento, empleándose distintos métodos para su prevención: dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, tratamiento hormonal con estrógenos, terapia combinada con DIU y tratamiento hormonal o gel de ácido hialurónico intrauterino auto-reticulado tras la histeroscopia operativa. El

tratamiento hormonal intrauterino postoperatorio, especialmente si se ha administrado un agonista de GnRH preoperatoriamente, se utiliza frecuentemente para potenciar la proliferación endometrial y reducir la formación de adherencias, aunque la evidencia de su eficacia es limitada. Aunque no hay evidencia de beneficio en el uso de DIU o un balón intrauterino para reducir el riesgo de adherencias tras la resección histeroscópica del septo, existe cierta evidencia de que el gel de ácido hialurónico auto-reticulado intrauterino puede reducir el riesgo de AIUs después de la división del septo. La reevaluación mediante histeroscopia de control entre 1 y 3 meses postoperatorios puede ofrecerse para evaluar la formación de adherencias y cualquier tabique residual. Aunque los estudios observacionales [46, 47] sugieren que la cavidad uterina está curada 2 meses después de la división del tabique, no hay evidencia suficiente para recomendar un periodo específico de tiempo antes de que una mujer deba concebir tras el procedimiento.

Aunque la metroplastia histeroscópica es un procedimiento relativamente seguro en manos experimentadas, no está exenta de riesgos. El ensayo TRUST informó de una perforación uterina en el grupo tratado (1/39, 2.6%) [34]. La tasa de complicaciones fue del 4.6% (7/151; tres perforaciones uterinas, tres pérdidas de sangre excesivas y una sobrecarga de líquidos) en el estudio de cohorte grande publicado por Rikken et al. [48], mientras que Heinonen [49] y Valli et al. [50] reportaron un 3.1% (1/32) y un 3.6% (1/28) de perforaciones durante la resección septal histeroscópica. La ecografía tridimensional preoperatoria con medición precisa de la longitud del septo y el control ecográfico durante el procedimiento pueden mejorar la seguridad de la septoplastia [51]. El NICE ha elaborado una guía sobre el manejo de un útero septo en casos de abortos recurrentes o infertilidad primaria [11, 52], y establece que, si un clínico desea ofrecer metroplastia histeroscópica, debe asegurarse de que existan disposiciones especiales para la gestión clínica, el consentimiento y la auditoría o la investigación. La selección de pacientes y su tratamiento debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar que incluya especialistas en medicina reproductiva, técnicas de imagen uterina y cirugía histeroscópica. En mujeres con infertilidad, el NICE indica que la evidencia actual sobre la eficacia para mejorar las tasas de embarazo es insuficiente en cantidad y calidad. Por lo tanto, la metroplastia histeroscópica solo debe ofrecerse con disposiciones especiales para la gestión clínica, el consentimiento y la auditoría o la investigación.

Pequeños estudios observacionales [22, 53] reportan un efecto beneficioso de la metroplastia histeroscópica

en mujeres con útero dismórfico, pero la evidencia no es lo suficientemente robusta como para respaldar la intervención quirúrgica rutinaria en estas mujeres.

CONCLUSIONES

- Actualmente no existe un sistema de clasificación de AUC que sea uniformemente aceptado y perfecto. Los criterios de ESHRE/ESGE (2013), ASRM (2016), CUME (2018) y ASRM (2021) son intentos de definir objetivamente las malformaciones uterinas basándose en mediciones de ultrasonido 3D. Se deben realizar y registrar mediciones precisas de ultrasonido 3D de la indentación fúndica externa e interna en cada caso para construir una base de datos lo suficientemente grande. Se recomienda registrar los datos de las mediciones del septo, los detalles de la resección del septo y los resultados reproductivos asociados. Posteriormente, las clasificaciones reportadas podrían evaluarse y refinarse de acuerdo con los resultados reproductivos observados.
- Mientras que la ecografía transvaginal pélvica 2D y la HSG son buenas pruebas de detección de AUC en mujeres de bajo riesgo, se recomienda la ecografía pélvica 3D para diagnosticar y clasificar de manera precisa las malformaciones uterinas en pacientes con pruebas de detección sospechosas o mujeres que han tenido abortos recurrentes. La RM o la combinación de laparoscopia e histeroscopia deben reservarse para el diagnóstico de anomalías uterinas complejas.
- La mayoría de las mujeres con una AUC presentan un resultado reproductivo normal. Sin embargo, es importante asesorar a las mujeres con malformaciones müllerianas, dependiendo del tipo y la gravedad, sobre los riesgos aumentados, no solo de abortos espontáneos en el primer o segundo trimestre sino también de parto pretérmino, presentación fetal anómala, trastornos de crecimiento fetal y preeclampsia. Las mujeres con un defecto importante de fusión esencialmente tienen implantación placentaria unilateral, lo que podría llevar a la exclusión funcional de una arteria uterina de la circulación uteroplacentaria. Esto está relacionado con insuficiencia placentaria, problemas de crecimiento fetal y muerte fetal intrauterina.
- En mujeres con aborto recurrente, la resección histeroscópica de un septo uterino puede considerarse de manera individualizada por especialistas con experiencia debido al probable beneficio en estas mujeres. El tratamiento de un

septo diagnosticado incidentalmente en mujeres infértiles es debatible y requiere más estudios. Si se planifica la cirugía, las mujeres deben estar completamente informadas sobre la evidencia limitada respecto a su eficacia y sobre los riesgos intraoperatorios y postoperatorios asociados con la cirugía. La unidad que ofrece el manejo de AUC debe asegurarse de que existan las disposiciones apropiadas para la gestión clínica y la auditoría.

- Son necesarios estudios controlados aleatorizados multicéntricos, con suficiente población, que evalúen los resultados reproductivos después de la resección histeroscópica del septo uterino en mujeres con abortos espontáneos recurrentes y/o fracaso recurrente de implantación tras la reproducción asistida, con el fin de generar recomendaciones basadas en la evidencia.
- Actualmente, la metroplastia abdominal laparotómica o laparoscópica para corregir defectos de fusión, generalmente, no se recomienda debido a su posible asociación con complicaciones intraoperatorias y postoperatorias significativas y la falta de evidencia que respalde una mejora en los resultados reproductivos.
- Debido a la asociación entre las AUC y las anomalías del tracto renal, los clínicos deberían considerar la realización de estudios de imagen del tracto nefrourológico renal en las pacientes con malformaciones uterinas.
- Todas las mujeres con AUC (por ejemplo, útero unicornio, bicorne, didelfo o septo, dependiendo de su gravedad) y aquellas tratadas con resección histeroscópica del septo uterino deben ser seguidas mediante un protocolo de atención apropiado para prevención del parto pretérmino y ofrecer medidas básicas para identificar a las gestantes con alto riesgo de parto pretérmino sobre las que llevar a cabo medidas como el cerclaje cervical o tratamiento con progesterona vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

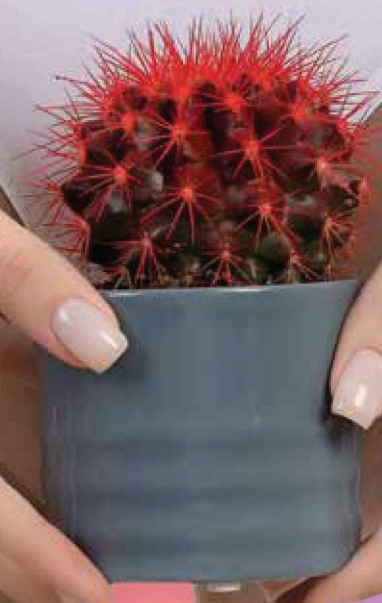
1. Y. Y. Chan, K. Jayaprakasan, J. Zamora, J. G. Thornton, N. Raine-Fenning, and A. Coomarasamy, "The Prevalence of Congenital Uterine Anomalies in Unselected and High-Risk Populations: A Systematic Review," *Human Reproduction Update* 17 (2011): 761–771.
2. G. F. Grimbizis and R. Campo, "Congenital Malformations of the Female Genital Tract: The Need for a New Classification System," *Fertility and Sterility* 94 (2010): 401–407.
3. S. H. Saravelos, K. A. Cocksedge, and T. C. Li,

- “Prevalence and Diagnosis of Congenital Uterine Anomalies in Women With Reproductive Failure: A Critical Appraisal,” *Human Reproduction Update* 14 (2008): 415–429.
4. C. A. Venetis, S. P. Papadopoulos, R. Campo, S. Gordts, B. C. Tarlatzis, and G. F. Grimbizis, “Clinical Implications of Congenital Uterine Anomalies: A Meta-Analysis of Comparative Studies,” *Reproductive Biomedicine Online* 29 (2014): 665–683.
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, “Uterine Septum: A Guideline,” *Fertility and Sterility* 106 (2016): 530–540.
6. P. Acien and M. I. Acien, “The History of Female Genital Tract Malformation Classifications and Proposal of an Updated System,” *Human Reproduction Update* 17 (2011): 693–705.
7. The American Fertility Society, “The American Fertility Society Classifications of Adnexal Adhesions, Distal Tubal Occlusion, Tubal Occlusion Secondary to Tubal Ligation, Tubal Pregnancies, Müllerian Anomalies and Intrauterine Adhesions,” *Fertility and Sterility* 49 (1988): 944–955.
8. K. Jayaprakasan and K. Ojha, “Diagnosis of Congenital Uterine Abnormalities: Practical Considerations,” *Journal of Clinical Medicine* 11 (2022): 1251, <https://doi.org/10.3390/jcm11051251>.
9. P. Oppelt, S. P. Renner, S. Brucker, et al., “The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex-Associated Malformation) Classification: A New Classification for Genital Malformations,” *Fertility and Sterility* 84 (2005): 1493–1497.
10. G. F. Grimbizis, S. Gordts, A. Di Spiezio Sardo, et al., “The ESHRE/ESGE Consensus on the Classification of Female Genital Tract Congenital Anomalies,” *Human Reproduction* 28 (2013): 2032–2044.
11. National Institute for Health and Care Excellence, *Hysteroscopic Metroplasty of a Uterine Septum for Recurrent Miscarriage. NICE Interventional Procedures Guidance 510* (London: NICE, 2015).
12. A. Ludwin and I. Ludwin, “Comparison of the ESHRE–ESGE and ASRM Classifications of Müllerian Duct Anomalies in Everyday Practice,” *Human Reproduction* 30 (2015): 569–580.
13. A. Ludwin, W. P. Martins, C. O. Nastri, et al., “Congenital Uterine Malformation by Experts (CUME): Better Criteria for Distinguishing Between Normal/Arcuate and Septate Uterus?,” *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 51 (2018): 101–109.
14. J. Knez, E. Saridogan, T. Van Den Bosch, D. Mavrelis, G. Ambler, and D. Jurkovic, “ESHRE/ESGE Female Genital Tract Anomalies Classification System-The Potential Impact of Discarding Arcuate Uterus on Clinical Practice,” *Human Reproduction* 33 (2018): 600–606.
15. A. Ludwin, M. A. Coelho Neto, I. Ludwin, et al., “Congenital Uterine Malformation by Experts (CUME): Diagnostic Criteria for T-Shaped Uterus,” *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 55 (2020): 815–829.
16. S. M. Pfeifer, M. Attaran, J. Goldstein, et al., “ASRM Müllerian Anomalies Classification 2021,” *Fertility and Sterility* 116, no. 5 (2021): 1238–1252.
17. L. Marcal, M. A. Nothhaft, F. Coelho, R. Volpato, and R. Iyer, “Müllerian Duct Anomalies: MR Imaging,” *Abdominal Imaging* 36 (2011): 756–764.
18. K. Jayaprakasan, Y. Y. Chan, S. Sur, S. Deb, J. S. Clewes, and N. J. Raine-Fenning, “Prevalence of Uterine Anomalies and Their Impact on Early Pregnancy in Women Conceiving After Assisted Reproduction Treatment,” *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 37 (2011): 727–732.
19. G. F. Grimbizis, A. Di Spiezio Sardo, S. H. Saravelos, et al., “The Thessaloniki ESHRE/ESGE Consensus on Diagnosis of Female Genital Anomalies,” *Human Reproduction* 31 (2016): 2–7.
20. E. E. Puscheck and L. Cohen, “Congenital Malformations of the Uterus: The Role of Ultrasound,” *Seminars in Reproductive Medicine* 26 (2008): 223–231.
21. R. Salim, B. Woelfer, M. Backos, L. Regan, and D. Jurkovic, “Reproducibility of Three-Dimensional Ultrasound Diagnosis of Congenital Uterine Anomalies,” *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 21 (2003): 578–582.
22. Z. Katz, A. Ben-Arie, S. Lurie, M. Manor, and V. Insler, “Beneficial Effect of Hysteroscopic Metroplasty on the Reproductive Outcome in a ‘TShaped’ Uterus,” *Gynecologic and Obstetric Investigation* 41 (1996): 41–43.
23. P. K. Heinonen, “Distribution of Female Genital Tract Anomalies in Two Classifications,” *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 206 (2016): 141–146.
24. D. E. Reichman and M. R. Laufer, “Congenital Uterine Anomalies Affecting Reproduction,” *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 24 (2010): 193–208.

25. G. S. Letterie, "Management of Congenital Uterine Abnormalities," *Reproductive Biomedicine Online* 23 (2011): 40–52.
26. N. S. Fox, A. S. Roman, E. M. Stern, R. S. Gerber, D. H. Saltzman, and A. Rebarber, "Type of Congenital Uterine Anomaly and Adverse Pregnancy Outcomes," *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* (2014): 949–953.
27. M.-A. Kim, H. S. Kim, and Y.-H. Kim, "Reproductive, Obstetric and Neonatal Outcomes in Women With Congenital Uterine Anomalies: A Systematic Review and Meta-Analysis," *Journal of Clinical Medicine* 10, no. 21 (2021): 4797.
28. Y. Y. Chan, K. Jayaprakasan, A. Tan, J. G. Thornton, A. Coomarasamy, and N. J. Raine-Fenning, "Reproductive Outcomes in Women With Congenital Uterine Anomalies: A Systematic Review," *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 38 (2011): 371–382.
29. M. J. Berger and D. P. Goldstein, "Impaired Reproductive Performance in DES-Exposed Women," *Obstetrics and Gynecology* 55 (1980): 25–27.
30. A. L. Herbst, M. M. Hubby, F. Azizi, and M. M. Makii, "Reproductive and Gynecologic Surgical Experience in Diethylstilbestrol-Exposed Daughters," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 141 (1981): 1019–1028.
31. J. Airolidi, V. Berghella, H. Sehdev, and J. Ludmir, "Transvaginal Ultrasonography of the Cervix to Predict Preterm Birth in Women With Uterine Anomalies," *Obstetrics and Gynecology* 106 (2005): 553–556.
32. A. Conde-Agudelo and R. Romero, "Vaginal Progesterone for the Prevention of Preterm Birth: Who Can Benefit and Who Cannot? Evidence-Based Recommendations for Clinical Use," *Journal of Perinatal Medicine* 51, no. 1 (2022): 125–134.
33. F. Maneschi, R. Marana, L. Muzii, and S. Mancuso, "Reproductive Performance in Women With Bicornuate Uterus," *Acta Europaea Fertilitatis* 24 (1993): 117–120.
34. J. F. W. Rikken, C. R. Kowalik, M. H. Emanuel, et al., "Septum Resection Versus Expectant Management in Women With a Septate Uterus: An International Multicentre Open-Label Randomized Controlled Trial," *Human Reproduction* 36, no. 5 (2021): 1260–1267.
35. X. Wu, M. Zhang, P. Sun, J. J. Jiang, and L. Yan, "Pregnancy and Adverse Obstetric Outcomes After Hysteroscopic Resection: A Systematic Review and Meta-Analysis," *Frontiers in Surgery* 27, no. 9 (2022): 889696.
36. Y. Jiang, L. Wang, B. Wang, et al., "Reproductive Outcomes of Natural Pregnancy After Hysteroscopic Septum Resection in Patients With a Septate Uterus: A Systematic Review and Meta-Analysis," *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 5, no. 1 (2023): 100762.
37. C. R. Kowalik, M. Goddijn, M. H. Emanuel, et al., "Metroplasty Versus Expectant Management for Women With Recurrent Miscarriage and a Septate Uterus," *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15, no. 6 (2011): CD008576.
38. J. F. Rikken, C. R. Kowalik, M. H. Emanuel, et al., "Septum Resection for Women of Reproductive Age With a Septate Uterus," *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, no. 1 (2017): CD008576.
39. "The Randomized Uterine Septum Transsection Trial (TRUST)," http://www.studies-obsgyn.nl/trust/page.asp?page_id=669, accessed May 10, 2018.
40. "Pilot Randomised Controlled Trial of Hysteroscopic Septal Resection. ISRCTN28960271," <https://doi.org/10.1186/ISRCTN28960271>, accessed January 17, 2019.
41. K. Nouri, J. Ott, J. C. Huber, E. M. Fischer, L. Stögbauer, and C. B. Tempfer, "Reproductive Outcome After Hysteroscopic Septoplasty in Patients With Septate Uterus - a Retrospective Cohort Study and Systematic Review of the Literature," *Reproductive Biology and Endocrinology* 8 (2010): 52.
42. A. Budden and J. A. Abbott, "The Diagnosis and Surgical Approach of Uterine Septa," *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 25 (2018): 209–217.
43. A. Di Spiezio Sardo, B. Zizolfi, S. Bettocchi, et al., "Accuracy of Hysteroscopic Metroplasty With the Combination of Pre Surgical ThreeDimensional Ultrasonography and a Novel Graduated Intrauterine Palpator: A Randomized Controlled Trial," *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 22 (2015): S5–S6.
44. J. Bosteels, S. Weyers, J. Kasius, F. J. Broekmans, B. W. Mol, and T. M. D'Hooghe, "Anti-Adhesion Therapy Following Operative Hysteroscopy for Treatment of Female Subfertility," *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, no. 11 (2015): CD011110.
45. M. Guida, G. Acunzo, A. Di Spiezio Sardo, et al., "Effectiveness of Auto-Crosslinked Hyaluronic Acid Gel in the Prevention of Intrauterine

- Adhesions After Hysteroscopic Surgery: A Prospective, Randomized, Controlled Study,” *Human Reproduction* 19 (2004): 1461–1464
46. G. B. Candiani, P. Vercellini, L. Fedele, S. G. Carinelli, D. Merlo, and L. Arcaini, “Repair of the Uterine Cavity After Hysteroscopic Septal Incision,” *Fertility and Sterility* 54 (1990): 991–994.
47. J. H. Yang, M. J. Chen, C. D. Chen, S. U. Chen, H. N. Ho, and Y. S. Yang, “Optimal Waiting Period for Subsequent Fertility Treatment After Various Hysteroscopic Surgeries,” *Fertility and Sterility* 99 (2013): 2092–2096.e3.
48. J. F. W. Rikken, K. W. J. Verhorstert, M. H. Emanuel, et al., “Septum Resection in Women With a Septate Uterus: A Cohort Study,” *Human Reproduction* 35 (2020): 1722.
49. P. K. Heinonen, “Reproductive Performance of Women With Uterine Anomalies After Abdominal or Hysteroscopic metroplasty or no Surgical Treatment,” *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 4, no. 3 (1997): 311–317.
50. E. Valli, E. Vaquero, N. Lazzarin, D. Caserta, D. Marconi, and E. Zupi, “Hysteroscopic Metroplasty Improves Gestational Outcome in Women With Recurrent Spontaneous Abortion,” *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 11, no. 2 (2004): 240–244.
51. K. M. Jayaprakasan and K. Ojha, “Ultrasound Guidance in Reproductive Surgery,” *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 59 (2019): 12–24.
52. National Institute for Health and Care Excellence, *Hysteroscopic Metroplasty of a Uterine Septum for Primary Infertility*. NICE Interventional Procedures Guidance 509 (London: NICE, 2015).
53. A. Di Spiezio Sardo, P. Florio, G. Nazzaro, et al., “Hysteroscopic Outpatient Metroplasty to Expand Dysmorphic Uteri (HOME-DU Technique): A Pilot Study,” *Reproductive Biomedicine Online* 30 (2015): 166–174.

VULVOVAGINITIS SINTOMÁTICA



Lactobacillus rhamnosus
TOM 22.8
CEPA EXCLUSIVA



**Muy cómodo
para la paciente**

 **¡1 cápsula al día
durante 10 días!**



CANDILACTOM®
El probiótico
de RÁPIDA ACCIÓN
y LARGA DURACIÓN¹

Caso clínico

Cistoadenofibroma seroso de ovario: caso clínico, revisión de la literatura y diagnóstico diferencial

Serous ovarian cystadenofibroma: case report, review of the literature and differential diagnosis

Labrado P, Flores AM, Ramiro E, Vizcaíno E, Escribano JJ

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid)

RESUMEN

El cistoadenofibroma seroso de ovario es un tumor epitelial benigno poco frecuente, derivado del epitelio celómico superficial. Afecta a mujeres en un amplio rango etario, con mayor prevalencia en edad reproductiva, y puede ser bilateral en hasta el 50% de los casos. Su presentación clínica es generalmente asintomática, siendo un hallazgo incidental en estudios de imagen o procedimientos quirúrgicos. Morfológicamente, se caracteriza por componentes quísticos y sólidos, con epitelio similar al de las trompas de Falopio, y puede simular malignidad en las imágenes o en el aspecto macroscópico. En resonancia magnética, el componente fibroso puede generar un patrón característico de “esponja negra” en T2. Su diagnóstico diferencial incluye tumores benignos como el fibroma o el tumor de Brenner, y malignos como el carcinoma de células claras. La confirmación diagnóstica se logra mediante estudio histopatológico, siendo útil la biopsia intraoperatoria con muestra congelada para evitar cirugías innecesarias. Aunque su etiología es desconocida, se postula que puede originarse de quistes paraováricos. Su

pronóstico es favorable tras exéresis completa, con bajo riesgo de recurrencia.

Palabras clave: tumor epitelial, cistoadenofibroma, seroso, quiste ovárico, tumor ovárico benigno

ABSTRACT

Serous ovarian cystadenofibroma is a rare benign epithelial tumor derived from the superficial coelomic epithelium. It affects women in a wide age range, with higher prevalence in reproductive age, and can be bilateral in up to 50% of cases. Its clinical presentation is generally asymptomatic, being an incidental finding in imaging studies or surgical procedures. Morphologically, it is characterized by cystic and solid components, with epithelium similar to that of the fallopian tubes, and may simulate malignancy on imaging or macroscopic appearance. In MRI, the fibrous component may generate a characteristic “black sponge” pattern in T2. Its differential diagnosis includes benign tumors such as fibroma or Brenner's tumor, and malignant tumors such as clear cell carcinoma. Diagnostic confirmation is achieved by histopathological study, being useful the intraoperative biopsy with frozen sample to avoid unnecessary surgeries. Although its etiology is unknown, it is postulated that it may originate from paraovarian cysts. Its prognosis is favorable after complete exeresis, with low risk of recurrence.

Key words: epithelial tumor, cystadenofibroma, serous, ovarian cyst, benign ovarian tumor.

CORRESPONDENCIA:

Ana María Flores Alonso
Avenida de Orellana s/n 28914
Leganés, Madrid
anaflores241@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los cistoadenofibromas se engloban dentro del grupo de tumores epiteliales serosos benignos del ovario, derivados del epitelio celómico superficial, junto con el cistoadenoma, el adenofibroma y el papiloma de superficie (1).

El cistoadenofibroma seroso de ovario es una entidad poco común, cuya prevalencia real es incierta y de causa desconocida (1, 2).

Puede aparecer en mujeres adultas de cualquier edad y se manifiesta como un quiste ovárico complejo, con componentes sólidos, quísticos y tabiques irregulares, de crecimiento lento (1, 2). Sin embargo, pueden presentarse como tumores malignos, lo que plantea el problema de adaptar el tratamiento quirúrgico (3).

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 23 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, nuligesta, con ciclos regulares.

La paciente acude a urgencias generales por dolor abdominal de horas de evolución, acompañado de un vómito.

Se administra analgesia intravenosa sin mejoría clínica.

Se realiza una analítica sanguínea con Hb 13.9 g/dl, 314.000 plaquetas, 10.420 leucocitos con fórmula normal, bioquímica con perfil hepático normal, PCR <1 y coagulación normal.

Se realiza ecografía abdominal y TAC abdominopélvico urgente que se informa como anejo derecho de tamaño y morfología normal que asocia lesión quística de gran tamaño, a valorar posible síndrome de torsión-detorsión ovárica dado el contexto clínico-analítico actual.

Ante la sospecha diagnóstica, es valorada por el servicio de ginecología.

En la exploración abdominal presenta dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, con leve defensa voluntaria. La especuloscopia no muestra alteraciones.

Se realiza ecografía transvaginal que muestra útero regular, en anteversión con endometrio trilaminar de 11mm. Ovario derecho de 32mm con imagen paraanexial econegativa con punteado fino, de bordes lisos y regulares, sin tabiques ni papilas de 61x45mm, doppler color ausente, que podría corresponder a endometrioma. Pedículo vascular del ovario derecho presente. Ovario izquierdo normal de 30mm. Líquido libre en Douglas con columna máxima de 18mm.

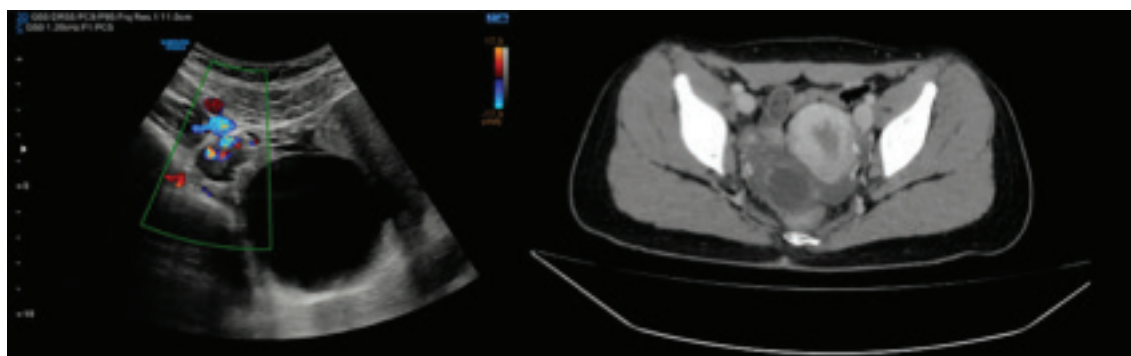
Se administra analgesia intravenosa y se realiza nueva analítica de control, sin cambios significativos en los valores analíticos.

Se reevalúa a la paciente: clínicamente presenta mejoría del dolor, y ecográficamente no hay cambios, por lo que es dada de alta con control en consulta de ginecología.

En la consulta de ginecología la paciente se encuentra asintomática y aporta marcadores tumorales: CEA <1.7, AFP <2, bHCG <2.3, Ca 125 40.6, Ca 19.9 5.2, HE-4 41. Se plantea cirugía del quiste de paraovario derecho.

Se realiza salpinguectomía derecha y quistectomía por laparoscopia, observándose en la intervención un quiste marrónáceo de 5cm que abarca fimbrias y región distal de trompa derecha torsionada.

La anatomía patológica describe la muestra como pared quística con necrosis coagulativa parcial, necrosis isquémica con depósitos cálcicos e intensos cambios



Quiste anexial mediante ecografía y TAC.

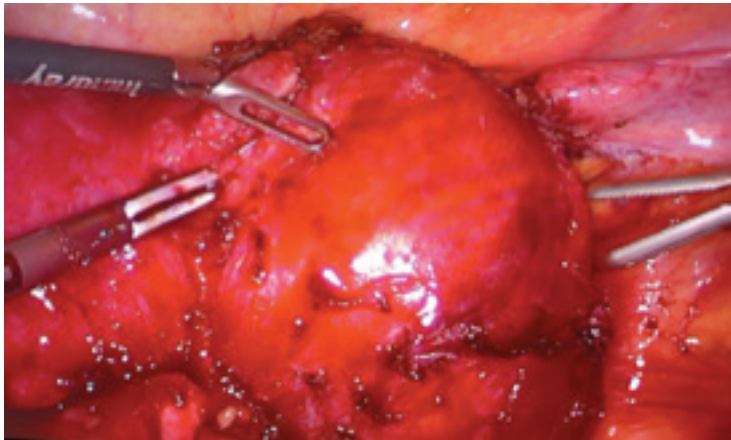


Imagen de la cirugía, realizada por laparoscopia, donde se visualiza la trompa de Falopio (tras detorsión de la misma) y la tumoración anexial. Se realizó exéresis de ambas estructuras.

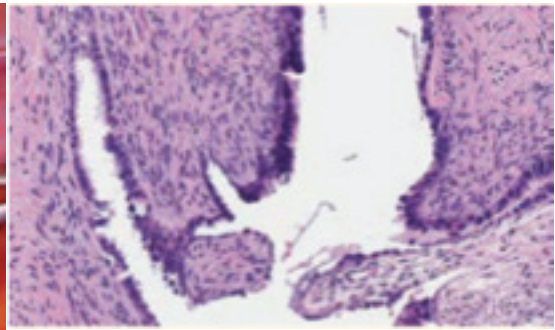


Imagen histológica. Pared quística recubierta por una sola capa de células ciliadas columnares altas sin atipia nuclear (HE 40X). Imagen extraída de Sarabia-Ochoa R et al. Cistoadenofibroma seroso de ovario: experiencia de 12 años en el Hospital General Universitario de Albacete. Ginecol Obstet Mex.

reactivos asociados, compatible con cistoadenofibroma seroso torsionado de 3,5x2x1,2cm.

La paciente cursa con postoperatorio favorable. En la revisión en consulta refiere ciclos regulares y leve dismenorrea que mejora con antiinflamatorios. Se informa opción de tratamiento con ACHO o píldora de gestágenos, que no desea por el momento.

Discusión

En el grupo de tumores epiteliales serosos benignos del ovario derivados del epitelio celómico superficial se incluyen: cistadenoma, cistoadenofibroma, adenofibroma y el papiloma de superficie (1).

Los cistoadenofibromas de ovario son tumores raros dentro de la clasificación de tumores benignos del epitelio superficial, derivados de los conductos de Müller. Muestran dos patrones de presentación: un patrón fibroso, sólido, formado por células fusiformes, homogéneas, sin atipias celulares y otro patrón de aspecto quístico, que contiene líquido seroso o acuoso y una fina pared revestida por una sola capa de células ciliadas o columnares altas que se asemejan al epitelio de las trompas de Falopio o un epitelio cúbico no ciliado que se asemeja al epitelio de la superficie del ovario. El componente quístico mide más de 1 cm (menos de 1 cm corresponden a quistes de inclusión cortical). Ambas porciones tienen características benignas aunque pueden malignizar (1, 4).

El cistoadenofibroma seroso también puede mostrar proyecciones papilares pero el área proliferativa debe

representar menos del 10% del tumor. Por lo general corresponde a una masa quística con áreas sólidas (1).

Son intensamente positivos para vimentina y de forma focal para desmina (4).

Si bien la incidencia real de los cistoadenofibromas ováricos es incierta, algunos investigadores creen que es más común de lo que se ha informado. Está reportado que su incidencia es del 1.7% de todas las neoplasias de ovario (1).

Aparece en amplios límites de edad, con mayor frecuencia en mujeres adultas en edad reproductiva y puede ser bilateral en el 30-50% de los casos. El cistoadenofibroma seroso se observa, principalmente, entre los 15 y los 65 años (1).

Se ha observado que en pacientes jóvenes son de menor tamaño y en pacientes de mayor edad son de mayor tamaño, existiendo una correlación directa entre la edad y el tamaño del tumor. No existe bibliografía acerca de si el embarazo favorece el crecimiento de los nódulos fibrosos como sucede con los miomas uterinos (4).

En la mayoría de los casos, el tumor se manifiesta en forma de masa única dentro del ovario. En raras ocasiones el tumor puede surgir como masas múltiples dentro de un solo ovario o, también, afectar ambos ovarios. Asimismo, han sido observados en otras localizaciones extraováricas como en endometrio, cuello uterino, trompa de Falopio y parasápinx (1, 5).

Cuando el cistadenofibroma paratubárico es suficientemente grande y el ovario es alargado y está tumbado sobre su superficie, un diagnóstico preoperatorio ecográfico para determinar su origen exacto (ligamento ancho, hilio ovárico, ovario o parasalpinx), es imposible, siendo necesaria la realización de estudio laparoscópico (5).

Se desconoce por qué surgen, y la mayoría lo hace de manera espontánea. Suelen ser asintomáticos, pero en una minoría pueden manifestarse con dolor abdominal, sangrado vaginal o como una masa indolora y bien delimitada al ovario. Por lo general se detectan como hallazgo durante una ecografía abdominal, indicada por otras razones y como hallazgos casuales en salpinguectomías para esterilización voluntaria o en laparotomías por sospecha clínica de neoplasias ováricas o embarazo ectópico roto (1, 5).

En cuanto a la histogénesis del tumor, parece que el sitio más probable de origen es un quiste paraovárico o paratubárico preexistente (5).

El cistoadenofibroma seroso es uno de esos tumores que, aunque es de naturaleza benigna puede aparentar malignidad en las imágenes radiológicas y macroscópicamente (1).

En los estudios radiológicos de rutina este tumor puede simular una neoplasia maligna; los componentes fibroso y quístico se encuentran en una mezcla en proporciones variables. La tomografía computarizada tiene un valor limitado en la evaluación de los cistoadenofibromas porque puede inducir un diagnóstico preoperatorio erróneo de malignidad. En la resonancia magnética a menudo la coexistencia de un componente fibroso da una apariencia característica de “aspecto de esponja negra” en imágenes T2 que lo podría diferenciar de los tumores malignos (1).

Los cistoadenofibromas pueden presentarse como estructuras quísticas uniloculares o multiloculares que pueden ser puramente anecoicas o contener tabiques, proyecciones papilares o nódulos sólidos (1).

El diagnóstico diferencial del cistoadenofibroma de

ovario incluye: otros tumores benignos con hallazgos en la resonancia magnética similares a fibroma, fibrotecoma y tumor de Brenner y tumores malignos (carcinoma de células claras y tumor de células de la granulosa) debido a sus componentes sólidos y quísticos (1).

Puesto que la lesión quística puede categorizarse como maligna en los estudios de imagen y también puede tener apariencia macroscópica de malignidad en el momento de la cirugía, la lesión sólo puede diagnosticarse como cistoadenofibroma seroso en el estudio intraoperatorio de la muestra congelada (1).

Está reportado que las concentraciones sanguíneas de CA-125 pueden estar elevadas pero no de manera excesiva. Tras una exéresis completa, el cistoadenofibroma tiene un riesgo de recurrencia muy bajo (1).

Las complicaciones debidas a esta neoplasia ovárica son infrecuentes y pueden incluir la ruptura de la porción quística del tumor dentro del abdomen o la torsión del ovario, causando un cuadro de abdomen agudo (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarabia-Ochoa R, García-de la Torre JP, Amezcua-Recover A. Cistoadenofibroma seroso de ovario: experiencia de 12 años en el Hospital General Universitario de Albacete. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(7):486-492.
2. Patel MD. Adnexal sonography. In: Rumack CM, Levine D, editors. *Diagnostic ultrasound*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024. p. 1110–55.
3. Bencherifi Y, Watik F, Lyafi Y, Mostapha B, Ennachit M, El Karroumi M. Serous ovarian cystadenofibroma and review of the literature: Report of a case. *Int J Surg Case Rep.* 2023;110:108649.
4. Terra S, ML, et al. Cystoadenofibroma. Experience of five years at Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA. Report of 10 cases. *Ginecol Obstet Mex.* 1997;65:282.
5. Claros I, Argüelles J, Sáenz de Santamaría I, Cambor LA, González C, Sánchez P. Paratubal serous cystadenofibroma. *Prog Obstet Ginecol.* 1999 Apr;42(4):335–8.

EL PODER DE CONECTAR



2026
SAMEM

[INSCRÍBETE](#)
[CÓMO LLEGAR](#)

FEBRERO
11&12
2026

COLEGIO OFICIAL DE
ARQUITECTOS DE MADRID

SAMEM.ES

 @CPACADEMICHUB

 SAMEM@CLINICAPALACIOS.COM

TRIBUNA HUMANÍSTICA

HISTORIAL DE LOS CATEDRÁTICOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA DURANTE EL SIGLO XX

HISTORY OF THE PROFESSORS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AT THE FACULTY OF MEDICINE OF THE UNIVERSITY OF SALAMANCA DURING THE 20TH CENTURY

Prólogo: “Para las cátedras de Afectos internos y Obstetricia previene la Real Cédula que puedan ser desempeñadas por Cirujanos latinos nombrados por S.M., pero si después de un bienio no adquieren grados mayores, no tendrán voto en Claustro ni entrada en exámenes de Medicina. Los cirujanos latinos, que conocían el latín, el idioma culto, estaban respaldados por títulos universitarios, en contraposición a los romancistas, que tan sólo acreditaban cinco años de práctica junto a médico o cirujano”, si a ello unimos que la posición del obstetra en la Constitución de la Obstetrical Society of London, en 1826 era vista con desdén por el presidente del Royal College of Physicians... quien en 1827 escribía que la práctica de la obstetricia era un acto ajeno a los hábitos de caballeros con gran educación académica, sin embargo, y gracias al genio y personalidad del Profesor de Obstetricia, Sir James Young Simpson (1811-1870), pudimos los obstetras “salvar los muebles” en Europa.

Por la Facultad de Medicina (FdM) de la Universidad de Salamanca (USAL), pasaron a lo largo del siglo XX, varios representantes de importantes escuelas obstétrico-ginecológicas españolas, pero lógicos intereses personales en unos casos, académicos en otros y de escasa infraestructura sanitaria de la institución las más, terminaron confeccionando en ocasiones, un profesorado “ínestable y viajero” que hasta bien entrado el siglo no se estabilizó en la Cátedra. Mi intención créanme, y dirigiéndome a Vds. a lo largo de la exposición, en tercera persona, ha sido relatar la investigación histórica desde el grato y amistoso recuerdo, bajo una perspectiva académica y con la mayor precisión posible las circunstancias, a los personajes y sus pormenores, aquellos que pasaron como máximos responsables por la cátedra de Obstetricia y Ginecología de la USAL a lo largo del siglo XX.

Introducción, la Obstetricia y Ginecología en España a principio del Siglo XX. Nos vamos a encontrar a principios del siglo XX en España, que la Obstetricia y Ginecología (OyG), comienza a experimentar notables progresos que determinarán una transición desde la asistencia y prácticas tradicionales hacia una especialidad médica basada en tres aspectos fundamentales: la asepsia-antisepsia, los avances en la cirugía y la precisión del diagnóstico. Se buscará estandarizar y mejorar la atención del embarazo, el parto, el puerperio y las enfermedades específicas de la mujer, sentando las bases para disminuir morbilidad y mortalidad materno-infantil y mejorar la calidad de vida, impulsado su conocimiento a través de la docencia y de

las instituciones médicas, así como la renovación de técnicas y conocimientos siguiendo el curso de la profunda transformación del conocimiento, del desarrollo social y económico que se había iniciado en el siglo XIX.(1)

Podemos destacar, que, con el inicio de la profesionalización y especialización, la OyG, comenzó a consolidarse entre las más importantes especialidades médicas, apartándose definitivamente de las prácticas empíricas y transformándose de arte a volverse más científica. Esto incluyó la formación de Escuelas en los grandes Hospitales de nuestro país, de lo que derivarán médicos especializados y muchos miembros destacados del profesorado, como los Dres. Fargas, Recaséns, Población, Varela, Nubiola, Otero y otros), escribirán tratados y manuales para la enseñanza, y no limitándose a traducir los europeos ya existentes, incluso fuera del ámbito académico estarían creadores de escuelas obstétrica y ginecológicas, como Arregui en Bilbao, Mendaza, Rey Baltar (que desarrollaron docencia en la FdM de la universidad del País Vasco en años de la República), E. Gutiérrez González, Botín, Vital Aza, entre otros muchos afamados especialistas del primer cuarto de siglo XX.

El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y de diagnóstico semiológico, supuso que los obstetras dejaran de depender solo de métodos intuitivos y empezaron a usar nuevos instrumentos para mejorar la atención durante el parto y el diagnóstico de enfermedades. Esta “revolución técnica” heredada de finales del siglo XIX (1) supuso una importante mejora de la atención obstétrica. Todo ello cobró una importancia significativa, generando un cambio en la forma en que la medicina abordaba estas etapas. La institucionalización de la atención de salud en hospitales y centros especializados sería, definitivo, al mejorar la calidad de la atención y eso derivó en importante mejora de todos los resultados con una reducción de la mortalidad materno fetal lo que se tradujo en una mejora en la calidad de vida de las mujeres. Al irse transformando un oficio en una ciencia, se generaron nuevos saberes médicos sobre la reproducción y la salud femenina, reconfigurándose los objetivos de los obstetras. Estos cambios, repetimos, estuvieron influenciados además de por factores científicos y tecnológicos, por los sociales, económicos y culturales, como la expansión de las clases menos favorecidas y su acceso a la sanidad. Es justo reconocer que en el siglo XX nacerá desde la Obstetricia una nueva rama de la Medicina, la Perinatología.

Desde esas fechas, debemos recordar y citar otro colectivo profesional que cambia sus roles, las matronas (2), éstas fueron objeto de diferentes regulaciones profesionales y formativas a través de nuevos decretos y ordenanzas, aunque estas no variaron en esencia la formación hasta llegar a 1904, año en que se promulga la Ley de Instrucción General de Sanidad Pública, en la que se expresa la legitimación y regulación del ejercicio de los profesionales sanitarios (se denomina a partir de esta ley al Arte de los Partos Profesión Sanitaria) prohibiendo a su vez el ejercicio a las personas carentes de título profesional (2)). En este mismo año, por Real Decreto (3) se reorganizan las carreras de practicantes y matronas nuevamente. En esta situación de reconocimiento legal de la profesión (no oficio como había sido considerado hasta la fecha), y la creación de varias Escuelas de Matronas.

Se suprime la Facultad de Medicina de Salamanca. Corre el año 1843, se pone en marcha el Plan Mata y en 1857, por Ley de Instrucción Pública e impulsada por Claudio Moyano se decretó en la Corte, la supresión de los estudios de Ciencias y de Medicina en la USAL(4), que estructuraba el sistema educativo español en tres niveles: *primaria, secundaria y superior*. Estableciendo la *educación primaria* como obligatoria (entre los 6 y 9 años de edad) y gratuita para los desfavorecidos, la Ley, sentó las bases para la creación de los institutos de *enseñanza secundaria* y en la *enseñanza superior*, se reorganizaron las Universidades españolas, suprimiendo en nuestra Universidad, las FdM y Facultad de Ciencias y dejando solamente tres facultades: la de Filosofía y Letras, de Derecho y de Teología... El papel hegemónico tradicional de la USAL, como el de las otras “Mayores”, Valladolid y Alcalá, pasó a Madrid, como Distrito Central, de ahí su denominación de Universidad Central (5).

El movimiento ciudadano local y de instituciones, supuso abrir extramuros de la Universidad las Facultades suprimidas, y abrirían de nuevo sus puertas como “instituciones libres”,

denominándose a la antigua FdM, como Facultad Libre de Medicina de Salamanca. Esta situación se mantiene desde 1868 a 1903.

La enseñanza médica fueron restablecidos por una junta revolucionaria en octubre de 1868, presidida por Hipólito Rodríguez Pinilla (Catedrático de Enfermedades de la Infancia), con el apoyo económico primero por parte de la Diputación de Salamanca (hasta 1875) y posteriormente por el Ayuntamiento de Salamanca (1875-1903). De ésta forma y con momentos no exentos de dificultades y riesgo de desaparición, en 1904, es cuando los estudios médicos de la USAL recuperan su condición de Facultad dependiente de nuevo de la Universidad, la categoría perdida de enseñanza pública universitaria, por tanto, no se recuperará hasta 1904, y eso, tras ímprobos esfuerzos del Rector Mamés Esperabé, quien fue rector desde 1869 hasta 1900. y muy especialmente del Rector Miguel de Unamuno, se puso por primera vez al frente de la institución USAL con 36 años, en 1900. Durante este primer periodo trabajó denodadamente para recuperar la FdeM para la USAL, consiguiéndolo. Sería destituido como Rector en 1914 por “razones políticas”. Respecto a nuestra especialidad de OyG, advertir que, con anterioridad, y durante los años 1876 y 1877, existió una denominada Academia Tocológica Escolar y en 1886 se crea la Academia Escolar de Medicina, más tarde la Academia Médica y la Mixta. (6)

Debemos destacar, el importante compromiso adquirido por estas instituciones salmantinas tras la supresión de las dos Facultades. Tan solo un año más tarde, en 1858, la Diputación provincial y el Ayuntamiento de la ciudad salmantina, salieron en auxilio económico de las facultades eliminadas por la Ley de 1857, asumiendo la financiación de todos los gastos como facultades libres para las enseñanzas de la Medicina y Ciencias, con un escaso y localista profesorado contratado para la enseñanza de la Medicina y de nuestra disciplina, que no vamos a tratar aquí por ocupar parte del siglo XIX. Resultó ser la única forma para poder continuar con los estudios de Medicina y Ciencias en la Universidad pero sin apoyo económico ni de personal académico, con muy pocos medios y escaso reconocimiento académico, sobrevivieron y repetimos, por tanto, gracias al apoyo financiero del Ayuntamiento y la Diputación de Salamanca y al tesón y voluntad de los aludidos rectores, que maniobraron como pudieron contra un fuerte movimiento de centralización de la enseñanza superior que como hemos advertido anteriormente, concentró los estudios en la Universidad Central de Madrid (7).

Se restablece la Facultad de Medicina de Salamanca. Corre el año de 1904, siendo el rector, D. Miguel de Unamuno (Rector de la USAL 1900-1914), y gracias a sus constantes gestiones, que se consigue puedan volver a la financiación estatal de las Facultades “desdotadas”. No se reanudarían estatalmente las facultades suprimidas hasta que, con la declaración de libertad de enseñanza del Gobierno Provisional español, surgido de la Revolución de 1868 (La Gloriosa), levantamiento militar y civil que destronó a la reina Isabel II y dio paso al Sexenio Democrático. El Gobierno Provisional se formó tras el triunfo de la revolución, liderados por los generales Serrano y Prim. Sus principales acciones fueron disolver las juntas revolucionarias, convocar elecciones a Cortes Constituyentes por sufragio universal masculino y redactar la Constitución de 1869, que estableció una monarquía constitucional, y, firmado el Decreto sobre enseñanza de 21 de octubre de 1868, proclamaba la libertad de enseñanza y de cátedra en la educación superior, tal como hemos dicho anteriormente. Este decreto suprimió varios aspectos de la enseñanza universitaria, como la obligación del uso del traje académico en los profesores y las investiduras de Bachiller y Licenciado, e instituyó la libertad para que los profesores eligieran su libro de texto y método de enseñanza (*la célebre, libertad de cátedra*) también se eliminó la facultad de Teología de la Universidad Literaria y como era lógico, dejándolas los estudios teológicos a las Universidades Pontificias y Seminarios Diocesanos (4).

- Art. 13. Todos los Profesores de establecimientos públicos serán nombrados mediante concurso-oposición.
- Art. 14. Se autoriza a los Claustros de Facultades, Institutos y Escuelas especiales para nombrar los auxiliares que crean necesarios para desempeñar (encargados de

Curso) las cátedras vacantes y sustituir a los Catedráticos cuando estos no puedan asistir a sus clases.

Un primer tercio de Siglo XX de esplendor en el arte de curar en España, su relación con la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Salamanca: A partir del año 1907, se inicia el hecho insólito de la institucionalización de la formación médica, y a través de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE)(7) que presidida por D. Santiago Ramón y Cajal, impulsó y revolucionó el panorama científico español del momento. La fundación de la Junta se encuadra en el movimiento regeneracionista originado a finales del siglo XIX, y que denunciaba el atraso cultural, social y científico que España vivía. En este contexto nació en 1876 la Institución Libre de Enseñanza (ILE), que consideraba la educación y la investigación fundamentales para la renovación de la sociedad española. José Castillejo(1877-1945), discípulo de Francisco Giner de los Ríos(1839-1915) (creador de la ILE, y de sus ideas), fue nombrado secretario de la JAE cuando se creó por Real Decreto en 1907.D. Santiago Ramón y Cajal, por su parte, fue nombrado presidente. La JAE se encargó principalmente de conceder pensiones en el extranjero a profesores y alumnos para que se especializaran en distintas áreas académicas. Además, fomentó la creación de nuevos institutos y laboratorios de investigación con el fin de tener un tejido infraestructural adecuado para acogerlos a su regreso. La JAE concedió 1.594 becas de estancia en el extranjero, lo que contribuyó a hacer accesible el viaje científico y a crear, como ha afirmado Velasco Morgado, una “cultura de viaje” entre los científicos españoles (8).Esta actividad fue fundamental para el desarrollo de la ciencia española durante el primer tercio del siglo XX a través de su “europeización”. María de Maeztu (9), que fue una de las primeras mujeres en acceder a la USAL, y ser matriculadas en ella, fue, discípula de Miguel de Unamuno, amplió su formación académica gracias a varias becas y pensionados de la JAE e Investigaciones Científicas, que le permitió estudiar en instituciones de Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. En este contexto, participó en la creación de la Juventud Universitaria Femenina (JUF), cuyo objetivo era fomentar el acceso de las mujeres a los estudios superiores y prepararlas para que alcanzaran relevancia en la vida pública, M. Maeztu, una de las primeras pensionadas, hablaba de “*aprender fuera lo que necesitamos dentro*”, reflejando la importancia dada a los viajes de ampliación de estudios en el extranjero como fuente de conocimiento y de transformación intelectual y lógicamente de apertura del pensamiento .

Al estudiar la política de pensiones de la JAE. es fundamental analizar el efecto que tuvo el regreso de los pensionados en sus campos de estudio y vida científica española en general, así como los lazos que se crearon entre instituciones españolas y centros extranjeros. Recordamos que la labor de la JAE desapareció tras el estallido de la Guerra Civil española, siendo disuelta en el año 1938 y sus edificios e instituciones pasarían a formar parte del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) como reflejamos más adelante al crearse en 1939 e intentar mantener algo del espíritu de su continuidad. Durante sus 30 años de actividad, la JAE logró su propósito de renovar el panorama científico español. Sin duda, la investigación biomédica fue una de las principales disciplinas beneficiadas, gracias a laboratorios como el de Histopatología del Sistema Nervioso, cuya creación fue impulsada por Ramón y Cajal:

El Instituto Cajal fue y es un centro de investigación español especializado en neurobiología, inaugurado en Madrid en 1920 como Centro y Laboratorio de Investigaciones Biológicas, bajo la dirección del propio Ramón y Cajal. Tras la guerra civil se integró en el CSIC y ha sido cuna de muchos docentes e investigadores de la medicina española.

Evidentemente, y como hemos descrito, dos fueron los objetivos perseguidos por la JAE: 1) la creación de pensiones con qué becar a destacados y estudiosos investigadores, en nuestro caso médicos, españoles para que encuentren en Europa y América, nuevos horizontes para posteriormente transmitirlos en sus equipos y cátedras al regreso. Cerca de 350 médicos disfrutaron de estas becas de la JAE, entre los que se encontrarían dos catedráticos de OyG de Salamanca, y 2) La puesta en marcha de una serie de laboratorios en los que aprender y para posteriormente enseñar ciencias experimentales importada principalmente de países de Europa

y América. Y humildemente, el autor se atreve a incluir un 3) que se intuye, y es, abrir las mentalidades y estimular nuevas formas de pensamiento en nuestras universidades.

La Medicina fue una de las disciplinas que más se beneficiaría y de forma notable, nosotros consideramos que la docencia de OyG, comenzó a impulsarse en nuestro país a finales del siglo XIX y sufre un importante impulso a principios del siglo XX, de ello fueron artífices los pensionados, once futuros maestros de la OyG española, como Luís Morillo Uña, pensionado en Berlín, Frankfurt, Múnich y París, regresó España en 1929, gana la Cátedra de Ginecología de Santiago de Compostela y en el inicio de la Guerra Civil en Julio de 1936 era decano de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, siendo inmediatamente destituido por la Delegación Militar de Coruña en agosto, acosado y perseguido por la Falange de Santiago, terminó suicidándose en su propio domicilio. Muy probablemente la motivación fue «la desesperación al verse acosado desde que triunfó la rebelión en Santiago por jóvenes estudiantes de credo falangista», según relatan Guillermo Olagüe y Francisco Nogales, docentes de la Universidad de Granada, en su biografía, ***“Una esperanza truncada”, Luís Morillo Uña (1901-1937), catedrático de Ginecología (1935) y decano de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela (1936)”*** Autores: Olagüe de Ros, Guillermo y Nogales Fernández, Francisco) EDICIONS USC Universidad de Santiago de Compostela Campus Vida.

Otro eminente ginecólogo pensionado fue D. Francisco Luque Beltrán, pensionado en Bélgica y Alemania, Jefe del Servicio de OyG del Hospital de San José y Santa Adela dependiente del Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid, En 1936 fundó con Francisco García Sicilia la revista “La Toco-Ginecología Práctica” de la que sería su Director y que sigue publicándose en la actualidad y están leyendo Vds. con el nombre “Toko-Ginecología Práctica”, dirigida por sus discípulos, el recién fallecido Prof. Julio Cruz Hermida y el actual director Prof. José M. Bajo Arenas, siendo la revista española decana de la especialidad.

Hay otros pensionados de la JAE. Muy relacionados con la OyG, D. Eduardo García-Triviño, D. Cesáreo Rey Baltar, D. Carlos Gil y Gil, Radiólogo pero estrechamente relacionado con la Ginecología al desempeñar la plaza de Profesor Clínico en la Cátedra de OyG y del profesor Varela Radio en la Facultad de Medicina de la Universidad Central (Madrid), padre del que fue mi compañero de Claustro, Catedrático de Terapéutica Física y Radiología de la FdeM en la USAL, Prof. Carlos Gil Gayarre, por último recordar a D. Alejandro Otero Fernández pensionado en Berlín, fue mentor del Prof. Puga Huete, también pensionado en Alemania y que en 1943 sería catedrático de la Facultad de Salamanca (8). También hay profesores que no siendo pensionados de JAE se autofinanciaron sus estudios, dos buenos ejemplos son: D. Manuel Varela Radio y D. Sebastián Recasens. En resumen, consideramos que la JAE fue impulsora de nuestra disciplina, una Institución creada en 1907 por el Rey D. Alfonso XIII el 11 de enero de 1907 fecha en la que firmó el Real Decreto por el que se creó en el marco en gran medida de la Institución Libre de Enseñanza, para promover la investigación y la educación científica en España. Fue transformada en 1938 tras finalizar la Guerra Civil, y a partir de su estructura se crea lo que sería el CSIC, que juntamente con un importante programa de becas de los diferentes MdeE habidos en los últimos 80 años y actualmente con el apoyo de varias Fundaciones privadas (Carolina, “la Caixa”, Juan March, Fullbright, Rafael del Pino, ONCE., Adecco, Iberdrola, Vulcanus, Ramón Areces, etc.), se becan viajes de ampliación de estudios, estancias para estudios de formación, postgrado, Máster en Centros de Investigación en el extranjero de diversas disciplinas, que consideramos suponen el actual soporte vital para la formación postgrado de nuestros docentes, investigadores y especialistas médicos.

Ya hemos descrito someramente, las lógicas dificultades habidos en Universidades y Facultades en el paréntesis de la Guerra Civil, posterior a la misma y en julio de 1943, en el marco de una nueva ordenación política, se promulga la Ley de Ordenación Universitaria para toda España. La rigidez administrativa, el control político y la jerarquía constituían la norma. Y en el marco de las transformaciones sociales de los años sesenta, la Ley Villar Palasí (1970), concedía cierta autonomía a las universidades en materia de docencia e investigación. La aprobación y publicación en el año 1983 de la Ley Orgánica de Reforma Universitaria (LRU), ponía punto final a los restos del modelo liberal decimonónico y daba comienzo a una nueva etapa de amplia

autonomía universitaria con vertiginosas transformaciones en todos los ámbitos. Más tarde, será la Ley Orgánica de Universidades (2001) la que legisle su funcionamiento.

De singulares circunstancias acontecidas hasta el último cuarto de siglo XX, en la USAL, por un incesante trasiego de Catedráticos. Por una serie de curiosas circunstancias acontecidas hasta el último cuarto de siglo XX, la USAL, sufrió a nuestro parecer, dos desafortunadas condiciones circunstanciales: su “Cercanía a Madrid” y ser “Lugar de paso”, debido a que algunos de sus catedráticos, que accedían a la docencia, “saltaban” por traslado principalmente a otras FdeM, puede que más atractivas o emblemáticas, como fueron la de Madrid y excepcionalmente a otras universidades, costumbre que daba lugar a la presencia en las aulas de la Facultad de la USAL de pocos días de la semana o del mes para impartir las clases y regresar a sus lugares de residencia o de referencia, donde, algunos tenían ya organizadas sus clínicas públicas y/o privadas u otros intereses, todo ello respetable, académicos, familiares o personales. Desafortunadamente para las Universidades, fuera de las grandes ciudades, o aquellas que se defendían solamente con su bien ganada tradición académica donde algunas de sus Facultades, se resentían, al convertirse en “trampolines para el salto a las codiciadas Cátedras”, suponiendo durante muchos años un constante devenir de catedráticos, que indiscutiblemente repercutieron en el ánimo de los equipos existentes, a veces poco estables en las Facultades, dando lugar a un excesivo trasiego por su incertidumbre y creando también por ello, inestabilidad, desánimo y “huida” a veces, al verse truncadas sus esperanzas y apoyos de sus mentores. Esta compleja, repetitiva y difícil circunstancia en su solución, afectó también a la FdeM de la USAL, por la ausencia o la intermitencia de asistencia del profesorado a las actividades académicas, que se iba resolviendo unas veces con los Profes. Ayudantes, Auxiliares, Adjuntos y otras con los Encargados de Curso. En la USAL, comenzó a resolverse definitivamente con la llegada al rectorado de Alfonso Balcells Gorina (1915-2002), catedrático de Patología General y Propedéutica de la Universidad de la USAL desde 1955, en la que sería Vicerrector y posteriormente Rector (desde 1960 a 1968). Balcells, *“comprometido con la presencia en la docencia diaria de los catedráticos de la Universidad”* inició una “campana” dirigida a establecer y fijar definitivamente la residencia de los catedráticos de la Universidad en su ciudad de trabajo. Obligó, sin miramientos, a la presencia de todos los profesores en sus clases, con lo cual “decapitó la epidemia de guadalajarismo” existente entre algunos profesores de algunas Facultades. Supuso inmediatamente cambios de actitud en el profesorado con poca, escasa y a veces, sin vinculación a Salamanca

Sus alumnos de Patología General, entre los que me encuentro, al Prof. Balcells, le considerábamos un excelente docente en sus clases y en las salas de medicina de Patología general del Hospital Provincial y Clínico, profesor de diario cumplimiento, justo y sin favoritismos, un verdadero *gentleman*, y a la vez duro y terco, brillantísimo en su oratoria... En otra vertiente, es que a mediados de los años cincuenta, la Universidad de Salamanca se caracterizaba por la presencia de numerosos profesores “anti régimen” y ciertamente algunos activistas, el entonces Ministro de Educación del gobierno de Franco, Joaquín Ruiz-Giménez Cortés quiso poner coto a esta situación. Y con toda esa “ingenuidad” y ganas de ayudar del Prof. Balcells le dijo al ministro que él tenía la forma de hacerlo: *“Lo que hay que hacer es obligarles a trabajar más”*, y así fue.. Nada más llegar al puesto exigió una mayor presencia en la labor investigadora y docente y muchos de aquellos profesores acabaron “huyendo” y abandonando la USAL(10).

Así habla el arquitecto barcelonés Fernando Balcells, sobrino de quien fuera rector de la USAL, que descubre una visión muy curiosa de la labor de su admirado tío al frente de la USAL. Dicha trayectoria se contó, en parte, en la autobiografía que bajo el título “Memoria ingenua”, que se presentó en 2006, cuatro años después de la muerte de Alfonso Balcells (10).



Solemne inauguración del Curso académico en el Paraninfo de la Universidad de Salamanca, Curso.1962.63.

Preside el Rector D Alfonso Balcels (primero por la izquierda), con atuendo rectoral, muceta negra y birrete de Rector, se distingue porque es el único entero de color negro: borlas y flecos, En el caso de los rectores, el remate de la bocamanga de color rosa, es imposible de ver ese detalle en la fotografía blanco y negro.

Retomamos a los pensionados por la JAE en la disciplina de Obstetricia y Ginecología (1908-1938): Se reflejan con precisión y muy fielmente en un Trabajo de Máster publicado en 2025 por la USAL(8), y trata sobre los viajes y circulación de conocimiento de los Pensionados españoles en la disciplina de OyG y que hicieron uso de su pensión. El Dr. Casimiro Población en 1907 antes de acudir a Alemania, ya había sido pensionado por la Institución de los Colegios Universitarios de Salamanca en la Clínica Garnier de París (entonces Hospital Oncológico), en 1908 la JAE le pensionará en Alemania

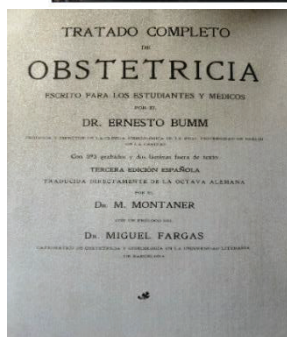
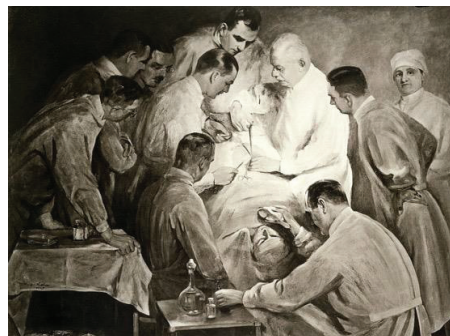
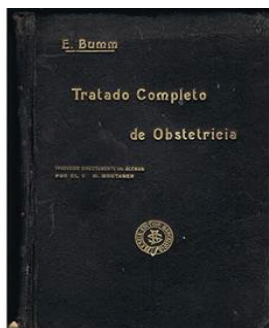
Se trata de una elaboración a partir de las memorias de la JAE 1908-1935. Constan en él dos becarios, serán futuros catedráticos de la Facultad de Medicina de la USAL

<u>Años de la pensión</u>	<u>Pensionado en Alemania (Berlín/Kiel/Frankfurt)</u>
1908 (*) 6 meses	Casimiro Población y Sánchez (1885-1940)
1921-1922 (**) 14 meses	José Puga Huete (1893-1970)

(*) Alemania Berlín - Frauenklinik universitaria Profesor responsable: Ernst Bumm y Robert von Olshausen. - Hospital de la Charité con Kroemer, en Kiel Clínica responsable Prof. Hermann Pfannenstiel. (**) Alemania Berlín Frauenklinik universitaria responsable Ernst Bumm y Kurt Warnekros. en Frankfurt Instituto de Fundamento físico de la Medicina responsable Friedrich Dessauer.

Las estancias de estos pensionados, fueron preferentemente en Clínicas de Alemania, donde a principios del siglo XX viajaron ambos futuros catedráticos, trascurriendo parte o casi la totalidad de su estancia en Berlín, siendo la Frauenklinik de la Charité de Berlín (Clínica de mujeres de la Universidad de Berlín) la principal institución elegida, seguida por el Hospital de la Charité en Kiel. El Profesor Ernst Bumm (1858-1925) fue el más elegido como tutor (ambos pensionados con él), que dirigía la Frauenklinik y además era el rector de la Friedrich-Wilhelm-Universität, autor prolífico, experto cirujano, trabajó en la imperante asepsia y antisepsia, y creo nuevos instrumentos quirúrgicos. En Alemania y España fue célebre su tratado de Obstetricia, cuya traducción por el Dr. M. Muntaner al español tuvo un gran éxito, muy distribuida por librerías especializadas y bibliotecas universitarias españolas, fue prologado por del Dr. Miguel Fargas i Roca, Catedrático de OyG en Barcelona, prestigioso en su época, gran docente y magnífico cirujano, maestro de célebres discípulos entre otros: P. Nubiola, Víctor Cónill i Montobbio, Sebastián Recasens, León Formiguera y S. Rull i Artós. Fargas publicó un importante y significativo "Tratado de Ginecología" (Barcelona, 1903) Edit. Salvat y Cía., Barcelona, una obra profunda, en dos tomos, que marcó un hito en la especialidad y que fue reeditada en 1910 una 2ª edición y la 3ª edición por Gustavo Gili, Editor, 1918, Barcelona. También hubo interés por trabajar junto a Kurt Warnekros (1882-1949), Robert Meyer (1864-1947) y Karl Franz (1870-1926). La otra ciudad alemana visitada por el Prof. Puga, fue Frankfurt. Allí atrajo su interés el radiólogo Friedrich Dessauer (1881-1963) en el Instituto de Fundamento Físico de la Medicina, los ginecólogos Ludwig Seitz (1872-1961) y su discípulo Heinrich Guttman (1893-1968), de la Frauenklinik de la Universidad de Frankfurt; y el cirujano y radiólogo Hans Holfelder (1891-1944) del Servicio de Rayos X de la Clínica de Viktor

Schmieden. El Prof. Puga posteriormente introduciría en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial y Clínico de Salamanca el uso de la Braquiterapia, una revolución terapéutica de radioterapia interna en la cual se colocaban agujas - implantes con índice de dosis baja o LDR- dentro o muy cerca del tumor, y que contenían una fuente de radiación en el cabo, se usaron en nuestro Servicio con frecuencia para tratar cáncer de cérvix uterino, Puga fue enseñando en Salamanca la técnica a sus colaboradores.



*Tratado Completo de Obstetricia del Prof. E. Bumm (3ªed. Traducido por el Dr. M. Montaner y prologado del Prof. Dr. Fargas i Roca)
Fotografiado: Ernst Bumm operando, mientras otros médicos observan manibras y gestos quirúrgicos, según R. Huebner, 1924.
Fuente: Colección Wellcome.*

La Construcción del primer Hospital Provincial en Salamanca, una breve historia del proyecto y su transformación en Hospital Clínico de la Facultad de Medicina. Supuso una gran aportación a la arquitectura sanitaria de la ciudad a comienzos del siglo XX (11)(12)(13), que por aquel entonces contaba tan sólo con un único Centro asistencial y docente contratado: el Hospital de la Santísima Trinidad. Este panorama estuvo en parte propiciado por la existencia de los estudios en Escuelas y Facultades de Medicina, que en el pasado fueron responsable de la creación de antiguos Centros sanitario docentes tales como el Hospital del Estudio desde 1413. En el siglo XVI en Salamanca, se contaba con veinte hospitales, la mayor parte de escasas dimensiones, por lo que en 1581, fueron agrupados en dos: el de Santa María la Blanca, situado en la Puerta del Río, especializado en enfermedades contagiosas y el muy antiguo y desaparecido de la Santísima Trinidad que ocupó el solar del actual colegio de enseñanza Siervas de San José y que se creó en 1581, tras la fusión de veinte pequeños hospitales fue conocido como el Hospital de Santa Margarita que se entregó a los Hermanos de San Juan de Dios. Durante el siglo XVII. también se conocía como Hospital de San Cosme y San Damián [(no el actual de la Santísima Trinidad, construido a finales del siglo XIX, 1898, e inaugurado en 1904 (11)] , actualmente se halla en el Paseo de los Carmelitas tal como referimos más adelante.

La inexistencia de un Hospital Clínico digno de una FdeM en Salamanca, supuso que se creara en 1922 una comisión de catedráticos que estaba integrada por el entonces decano de la Facultad, Isidro Segovia, y los catedráticos Guillermo Hernández Sanz y Prieto Carrasco, que tras arduas e interminables discusiones consiguieron que se seleccionaran unos terrenos ubicados en el llamado “Camino del Cementerio”, pero la construcción del Hospital Provincial, se retrasó en principio por falta de presupuesto, de modo que se solventó provisionalmente tan precaria situación con las prácticas clínicas en el hospital de la Santísima Trinidad y la instalación de unas salas destinadas a la docencia quirúrgica en el denominado patio del

Hospicio Provincial, situado en un solar contiguo al futuro Hospital Provincial. Mientras que las dependencias para la enseñanza de OyG se ubicaron en la Casa de Maternidad de la Provincia.

Se propuso además de la definitiva construcción de un Hospital Provincial y Clínico, la de una FdeM a cargo del Ministerio de Instrucción Pública. La comisión del Ayuntamiento, presidida por Federico Anaya (1876-1925)(12), a la sazón Alcalde de la ciudad, barajó tres posibles localizaciones:

1. Un solar en el Camino del Cementerio, con una extensión de veinte mil metros cuadrados, propiedad de los herederos de un tal, *Enrique Arrandiaga*.
2. Un terreno municipal situado en la Alamedilla
3. Otro solar particular situado en el Paseo del Rollo, cerca del Asilo de San Rafael.

Según el criterio de algunos ediles el primero era el adecuado por su orientación, su extensión y su coste total, pero tenía el inconveniente de la lejanía con respecto al centro de la ciudad. Sin embargo, esta situación era la característica más atractiva para otros, ya que “un Hospital es siempre un foco de infección y por lo tanto debe situarse en los suburbios, según teorías sustentadas por los mejores higienistas”. Por otro lado, para otros concejales su emplazamiento era inapropiado por su proximidad al cementerio, lo que supondría que “delante del hospital pasaran diariamente entierros y eso contribuyese a deprimir grandemente el ánimo de los enfermos”. El terreno de la Alamedilla, no convenía ya que no reunía “las condiciones de sosiego ni reposo por el constante paso de trenes y ruidos de locomotoras”. En cambio, “los del camino del cementerio era todo quietud y reposo”. En cuanto al tercero, el del Paseo del Rollo, a pesar de considerarlo lejano, fue el único que aprobó la plantilla de catedráticos de la Facultad. Finalmente, los concejales votaron por el camino del cementerio lo que provocó diversas reacciones en contra, entre las que destacaron las de algunos catedráticos, tan relevantes en la época como Agustín del Cañizo (1876-1956) y Casimiro Población (1886-1940). Ante su insatisfacción por la elección del emplazamiento, decidieron crear una comisión de catedráticos de la FdM para exponer al alcalde los motivos de su desacuerdo.

Definitivamente en 1923. La Comisión del Ayuntamiento, presidida por Federico Anaya, inició el estudio de viabilidad de su posible construcción. El Decano de Medicina, se hizo eco en la prensa de la época de la decisión tomada por la Diputación y el deshago docente que supondría la nueva instalación de dos salas clínicas, una para hombres y otra para mujeres, con una capacidad total de treinta camas en el Hospicio, resolviendo de esta manera un problema de difícil solución. El proyecto y la recepción provisional de estas obras tuvo lugar el veintiocho de enero de este año por parte del Arquitecto D. Eduardo Lozano Lardet especialista en éste tipo de construcciones y del único contratista, que se presentó, Hijos de Arsenio Andrés, representada por Vicente Andrés Martín, de Salamanca (12). Posteriormente se reorganizaría la disposición de las salas de internamiento hospitalaria, ampliando de dos a ocho, comunicadas y unidas por una galería central. Finalmente, decidieron que el consistorio consignaría parte de sus presupuestos para la mejora de dicho hospital. Su construcción, con la celeridad lógica, comienza en 1923.(12), ya que tan sólo existía como centros de prácticas clínicas provisionales, las ya citadas del Hospital de la Santísima Trinidad (1898)(13)(14), que constituiría el núcleo de desarrollo del actual y modernizado Hospital General de la Santísima Trinidad (2025) y cuya dirección era responsabilidad de una institución privada y sin fines de lucro fundada en 1669. Su gobierno recaía en el Patronato y el Equipo Directivo, mientras que el Patronazgo Honorífico era ejercido solidariamente por el Obispo de la diócesis y el Ayuntamiento de Salamanca. Hemos dicho que la FdM tenía sus enseñanzas prácticas en dicho Hospital de la Santísima Trinidad y en edificios contiguos al mismo, propios de la Escuela Médica (6), ésta fue muy criticada por la entonces precariedad de medios de este centro sanitario, por lo que llegó incluso a defenderse públicamente a través de los periódicos de muchas acusaciones, entre otras, las de Miguel de Unamuno. De este modo, comenzó un debate sobre quién debía ser el responsable y patrono de este Centro, ante lo cual se barajaron varios organismos, entre otros, el Estado y el Ayuntamiento.

A finales del siglo XIX principios del XX y tras los importantes adelantos de la cirugía: anestesia, asepsia/antisepsia, sueroterapia intravenosa, la correcta hemostasia y la hemoterapia principalmente, se inicia un movimiento en varios países europeos, entre ellos España, de construcción de Sanatorios de carácter privados en las especialidades quirúrgicas dirigidas por reputados profesionales y dirigidas a clientes de un grupo social bien definido, sin ser menos, en Salamanca se levantarían numerosos y acreditados centros de titularidad privada : de ellos el Sanatorio quirúrgico “María Teresa” doctor Francisco Díez, inaugurado en julio de 1928 según un proyecto del arquitecto Genaro de No y ejecutado por el constructor Sebastián Nieto. Estaba ubicado en una era sin construcciones entre la calle Álvaro Gil y José Manuel de Villena. Sanatorio ginecológico del Dr. Casimiro Población en la calle Eras de 1926, Clínica quirúrgica y Sanatorio quirúrgico del Dr. Beltrán de Heredia plaza de San Julián, y ya más actualmente, el Sanatorio ginecológico de los Dres. Antonio y Enrique Ferreira en Corrales de Monroy, Sanatorio quirúrgico del Dr. Moraza Ortega, Sanatorio del Dr. Marín, Clínica del Dr. Ferrer, y algunas otras clínicas menore. Más adelante se levantarían Centros públicos de asistencia a embarazadas y partos, el inolvidable y célebre en Salamanca, “La Casa de la Madre”(15). Ya entrado el siglo XX. La asistencia sanitaria que demandaba hospitalización se prestaba por el Seguro Obligatorio de Enfermedad mediante conciertos o acuerdos con las clínicas y sanatorios privados citados anteriormente, además se crearon, el Sanatorio Nuestra Señora del Carmen (Obra Sindical del 18 de Julio), Sanatorio de Enfermedades del Tórax “Martínez Anido” (Los Montalvos) o el Psiquiátrico Provincial.



Fotografía de la entrada principal y fachada del viejo Hospital Provincial de la Diputación y Clínico, en la calle García Tejado y anejo a la Facultad de Medicina, entrada de los pabellones copiado de SARA NÚÑEZ IZQUIERDO 242 SALAMANCA, REVISTA DE ESTUDIOS, 57, 2008 (12)
Fotografía de la Sala comunal de Obstetricia y Ginecología.

El Hospital de la Santísima Trinidad en la docencia de estudiantes de Medicina a principios del siglo XX.
 Es de justicia recordar a éste Hospital que provisionalmente ofreció sus gentes, sus salas y pacientes, para las prácticas clínicas de la FdM hasta la inauguración del Hospital Provincial en 1930, además de lo anteriormente referido, que fue construido en 1898-1907(11), y que fue proyectado teniendo presente las recomendaciones del aislamiento y la aireación del momento, cuyo arquitecto fue Pedro Vidal y Rodríguez-Barba, lo proyectó y construyó con estructura de hierro y capilla neogótica. Fue ampliado en la década de 1960. y modernizado repetidamente en los siglos XX y XXI, conocido como Fundación Hospital General de la Santísima Trinidad de Salamanca y actualmente pertenece a un importante grupo nacional hospitalario. Todos ellos siguieron el modelo instaurado en España por Enrique Egas en los hospitales de Santiago de Compostela (1501-1511), Toledo (1504-1505) y Granada (1511-1536). Desde finales del siglo XVII éste modelo de Hospitales fue evolucionando al añadirse un mayor número de brazos. El siglo XVIII fue la época de los grandes hospitales generales como el de Londres, Viena o Madrid, lo que supuso el desarrollo del modelo de pabellones organizados en torno al patio central para evitar la aglomeración de enfermos de diversas dolencias en las mismas salas. En primera instancia se situó en un lugar apartado del resto de la población, en un terreno seco, elevado y al oeste de la ciudad para evitar los vientos procedentes de ésta. Los planos iniciales fueron realizados por el arquitecto Joaquín de la Concha, quien se inspiró en el Hospital Militar de Madrid, proyectando pabellones aislados e incommunicados entre sí para garantizar la higiene.

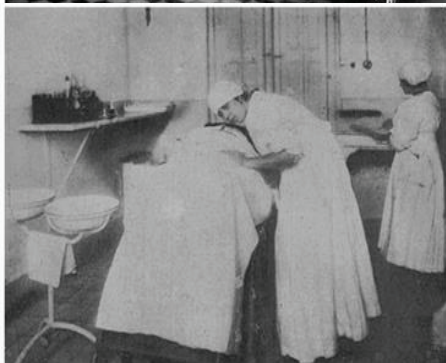
En 1899 el arquitecto municipal Pedro Vidal, modificó las terrazas originales y rompió con aquellas premisas al añadir una elegante, larga y amplia galería acristalada que facilitaba la comunicación entre los tres pabellones principales. En éste Hospital -en uso actualmente ya muy modernizado y prestigiado en la medicina salmantina, que funciona como hospital General dependiente de una entidad privada- se realizaron las prácticas de los alumnos de la FdM durante 23 años, desde su inauguración en 1907 hasta la inauguración del Hospital Provincial de la Diputación el 5.10.19



Perspectiva de las escaleras y entrada principal del Hospital de la Santísima Trinidad, antiguo Hospital asignado temporalmente a la Facultad de Medicina en el primer cuarto del siglo XX. Hasta inauguración del Hospital Provincial en 1930.



Antigua Sala de Maternidad de Beneficencia (denominada del "Niño Jesús"), en el Hospital de la Santísima Trinidad, comunal para camas de madres y cunas de recién nacidos, eran atendidas por monjas y enfermeras, los partos por comadronas y por obstetras



Aunque la imagen no corresponde a los antiguos paritorios de la Santísima Trinidad en esa época de docencia, y en su similitud, eran prácticamente idénticas a las de la fotografía donde podemos observar una comadrona en actitud auscultatoria de un feto con estetoscopio de madera (Tipos Pinard y René Laënnec)



Inauguración del Hospital Provincial de la Diputación, 5 de octubre de 1930, desde esa fecha se fue disponiendo del ansiado Hospital Provincial de la Diputación y futuro Hospital Clínico de la FdM que inició su andadura sin considerar los anteriormente citados principios higienistas, ya que no se planteó la ventilación como requisito fundamental para la elección de su emplazamiento, ni tampoco el volumen del aire fue considerado como un condicionante en la articulación de los pabellones. Sin embargo, a pesar de esta innovación, no se pensó en una estructura de bloques verticales, sino que se optó por los cuatro pabellones paralelos entre sí, salas de

estancia de pacientes según especialidades y servicios de quirófanos y sala de partos, todos enlazados por una larga y amplia galería central y dispuestos en piso bajo y primero, comunicados con el hall por una amplia escalera de entrada y funcionales escaleras menores entre ellos. Capilla y se instalaron además ascensores y montacargas. El 14 de febrero de 1927, a las once de la mañana, se había colocado la primera piedra que hacía realidad la materialización de este centro sanitario

Con el paso del tiempo, el Hospital resultó insuficiente, como ocurre en muchos centros sanitarios en la actualidad, para acoger todas las dependencias de especialidades que son necesarias en una Facultad de Medicina, para resolverlo se acudió a organizar y repartir funciones en tres sedes, la Hospedería de Fonseca, el Anfiteatro Anatómico y parte del Hospital Provincial al que se dotó de Aulas anejas para la docencia teórica. Los dos primeros inmuebles fueron restaurados por el arquitecto D. Fernando Población del Castillo, hijo de D. Casimiro Población, pero la falta de espacio para su expansión supuso que al principio de la década de 1970 se volviese a plantear una reforma de reconstrucción siendo Felipe Lucena Conde, Rector Magnífico que fue de la Universidad de Salamanca de 1968 a 1972. Y tras hábiles maniobras en el Ministerio de EYC. del citado Rector, consiguió dar paso al que fuese nuevo Hospital Clínico o Universitario, inaugurado en 1975. Junto al Materno-Infantil del SACYL. El Hospital Clínico, al principio, opera administrativamente dependiente de la USAL hasta 1987, posteriormente se integró en la red de la Seguridad Social, fue inaugurado con la presencia del Rey Juan Carlos I y D^a Sofía (Príncipes aún). Derruido en 2023, de nuevo el Rey Felipe VI y D^a Leticia con fecha del 23.1.2023, inauguraría el nuevo Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (conocido como CAUSA).

¿Cómo se organizaba en el siglo XIX y principios del XX la docencia de la Obstetricia y Ginecología ?

Las dos especialidades se van a fusionar en una única especialidad.

En 1843, aparece el denominado Plan Mata, uniendo la enseñanza de Medicina con la Cirugía, supuso el cierre de muchos centros de enseñanza y mantuvo tres Facultades: Madrid, Barcelona y Cádiz, creando cinco Colegios de Prácticos del Arte de Curar: Santiago, Valladolid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. A los alumnos que terminaban los estudios en ellos se les proveía de título para ejercer de: cirujanos, obstetras y médicos, pero en asuntos de poca trascendencia, ya que para temas de complejidad se requería el título de Médico expedido por la Facultad y obtenido a través de la carrera en alguna de las tres citadas. Nuestra disciplina, paso a ser desarrollada en dos cursos, 1º curso: Obstetricia con Enfermedades de las mujeres y de los niños y 2º curso Clínica de partos.

El plan Moyano de 1857, como ya hemos descrito, modifico la docencia de la Medicina y en el 4º curso de carrera, se desarrollaba la docencia de la Obstetricia y Patología de la Mujer y de los Niños, hasta 1872, en que definitivamente se separan estas dos disciplinas, en 1º curso Obstetricia y 2º curso Patología de la Mujer (evidentemente, se trataba de la futura Ginecología), y quedando fuera y a parte Pediatría, creándose sus cátedras específicas, por ej. la primera cátedra de Pediatría, como tal, se creó en Madrid, en 1886. Las asignaturas tras algunas modificaciones, se terminaron denominando: Obstetricia con su Clínica y Ginecología con su Clínica, que se desarrollaban en dos cursos diferentes, así se hizo la verdadera nominación de las Cátedras, éstas se alternaban en su docencia con los dos catedráticos de las FdM. cuando los había, por ej. en Salamanca tenemos los casos de Ramón Carranza é Ibáñez, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de Ángel Núñez Sampelayo*, Catedrático de Obstetricia con su Clínica, o bien el caso de, C. Población catedrático de Ginecología y de J. de Carlos Herrera de Obstetricia. En Salamanca el catedrático de Enfermedades de los niños a finales del siglo XIX y principios del XX fue Hipólito Rodríguez Pinilla, siendo los de Obstetricia, Carranza y de Ginecología, Núñez Sampelayo, que alternaban asignatura y curso. En muchas Facultades se determinó que un solo catedrático fuera de ambas disciplinas, ya que la asistencia terminó siendo también unificada. Se pasó de una asignatura en cada disciplina: Obstetricia y Ginecología, y que, a partir de finales del siglo XX, de nuevo, pasaron a desarrollarse como única y en un único curso académico, evidentemente con Planes de estudios con importante

disminución del número de lecciones y de contenido en las mismas. Excepcionalmente han quedado FdM con dos catedráticos por asignatura, y en algunas FdM, incluso, se han llegado a disponer, circunstancialmente, de tres y cuatro cátedras, dependiendo de transformaciones de Agregados en Catedráticos y de cada Universidad.

**Fue catedrático de Obstetricia y Ginecología(1900 a 1906) y de Obstetricia con su Clínica (1907 a 1910)*

La Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la USAL durante el siglo XX, tuvo que ubicar su docencia clínica en cuatro Hospitales: 1900 a 1907 en determinados pequeños Hospitales ya citados y la Casa de Maternidad, 1907-1930 en el Hospital de la Santísima Trinidad, 1930-1975 en el Hospital Provincial de la Diputación y Hospital Clínico de la FdeM, en 1975-2023 en el Hospital Clínico Universitario de la USAL. (hasta que en 1987 pasó a la red de INSALUD, y posteriormente a depender de los Hospitales autonómicos del SACYL. Actualmente el Hospital Materno Infantil, pleno siglo XXI y desde 2023 se ubica en el CAUSA.

Catedráticos de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Salamanca. Siglo XX.

Las dificultades para la búsqueda y captación de datos del profesorado de OyG a principios del siglo XX espero que el lector, lo comprenda, unas veces por la falta de los mismo en las Memorias universitarias cuando la FdM era denominada Libre, y posteriormente por las limitaciones de la transmisión oral debido al paso del tiempo, desgraciada y lógicamente sin testigos. Es a partir del Prof. Núñez Sampelayo y especialmente del Prof. Población, cuando existen un mayor número de fuentes de información, hemos podido ampliar la misma, otros, debido a sus cortas estancias en Salamanca nos ha limitado, teniendo que recurrir a revisiones históricas fuera de la información salmantina para dar una imagen aproximada de lo que fueron estos personajes que pasaron por la Cátedra salmantina de OyG en el siglo XX.

D. Domingo Hoyos y Hoyos. (Profesor de Clínica Obstétrica o de Obstetricia y su clínica, a finales del siglo XIX y hasta la reapertura de la Facultad de Medicina en 1904.), hacemos referencia del mismo en el apartado del Prof. Núñez Sampelayo, no tenemos mucha más información del Prof. Hoyos en la búsqueda bibliográfica realizada. Apuntar que fue Académico Honorario de la Academia Tocológica Escolar de Salamanca (1876-1877), cuyas actividades estaban dirigidas por profesores de la FdM .

D. Ramón Carranza e Ibáñez. (Catedrático de Obstetricia y su Clínica y de Ginecología su Clínica, 1879-1902) Hemos revisado documentación confirmándose en propiedad los cargos de Catedráticos de la Facultad municipal de Medicina, o Facultad Libre, de la Universidad de Salamanca, pero sin derecho a ingresar en el escalafón general de Catedráticos de las Universidades del Reino ni poder pasar (trasladarse) a otra Universidad. De D. Ramón Carranza e Ibáñez, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de D. Ángel Núñez Sampelayo, Catedrático de Clínica de Obstetricia; y del Auxiliar, D. Manuel Mondelo Pérez, existe documentación de fecha 31 de Enero 1902 . 28 Febrero 1902 La Gaceta de Madrid. Núm. 59. Pág.888, El Prof. R. Carranza e Ibáñez, (1899 a 1909) Desarrolló su docencia en la Universidad de Salamanca de los cursos citados, como Catedrático de Obstetricia y de Ginecología, “Concepto de la Ginecología o enfermedades propias de la mujer” : discurso leído en la Universidad de Salamanca en la inauguración del curso académico de 1905 a 1906 (18)



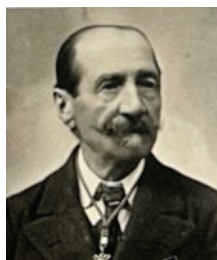
In Ilmo. Sr.: Por contar y haber acreditado la antigüedad determinada en la segunda disposición transitoria del Real decreto de 24 de Enero corriente; S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha ordenado queden confirmados en propiedad en los cargos de Catedráticos de la Facultad municipal de Medicina de la Universidad de Salamanca, con el sueldo anual de 3.500 pesetas pero sin derecho a ingresar en el escalafón general de Catedráticos de las Universidades del Reino, ni a pasar a otra Universidad; En la Academia Médica salmantina realizó una activa labor durante el bienio 1884-85. Inicialmente la epidemiología del cólera ocupó parte de la actividad académica. Así, el 2 de julio de 1884, el Dr. R. Carranza e Ibáñez, en vista de las noticias sobre el cólera, convoca a la Academia recientemente fundada con el objeto de estudiar sería y concienzudamente las medidas preventivas que adoptar. El 15 de julio, en el salón de actos del Ateneo salmantino, empezaron las discusiones sobre la Profilaxis del cólera. En la Memoria de la Universidad del Curso 1897. el 23 de julio, aparece una sorprendente pero escueta información que dice: «El presidente de la Academia de Medicina de Salamanca, D. Ramón Carranza e Ibáñez ha presentado la renuncia de su cargo, excusando al mismo

tiempo, por estimarlo como función aneja a la presidencia, de escribir y leer el discurso inaugural». No hemos encontrado posteriores noticias que informaran de los motivos de tal renuncia.

D. Ángel Núñez Sampelayo. (Catedrático y de Obstetricia y Ginecología 1895-1906, y de Obstetricia y su Clínica [1907-1910])(15) Todo lo que sabemos del profesor Núñez Sampelayo es lo siguiente: La Academia de Medicina y Cirugía de Salamanca (AMCSA) se fundó en 1884 y estuvo activa hasta su desaparición en 1888, como bien recogió la prensa local general y/o especializada en medicina de la época. A las 12.00 h del 22 de mayo, en el Ateneo salmantino, numerosos médicos (doctores y licenciados) de Salamanca, acordaron constituir una Academia de Medicina, Lozano(6). El 29 de junio aparece otra importante notificación referente a los nombres de la primera Junta de Gobierno de la nueva Academia. Presidente: D. Ramón Carranza Ibáñez*; Vicepresidente: D. Ángel Villar y Macías; y entre los Censores: D. D. Ángel Núñez Sampelayo* (*ambos, profesores de Obstetricia de la FdeM de Salamanca.). Núñez Sampelayo, (Ángel Estancia en la Universidad de Salamanca en los cursos estudiados: 1891/92-1899/00) Catedrático de Obstetricia y Ginecología y su Clínica, citado con el título "Actividad bibliográfica de los primeros compañeros de Unamuno en Salamanca (1891-1900)", este trabajo pretende, a través de la recopilación del legado escrito de sus profesores, aportar algunos datos acerca de la atmósfera intelectual que vivía la Universidad de Salamanca a finales del siglo XIX y, en concreto, desde la llegada de Unamuno como catedrático de Griego, hasta el curso en que fue nombrado Rector, coincidiendo con el cambio de siglo. Si bien la vida intelectual comporta otra serie de actividades, como las conferencias no publicadas, la dirección de revistas, la pertenencia a equipos de prestigio o el magisterio de cada profesor, la aportación bibliográfica constituye, sin duda, el centro del quehacer científico. Desde esta perspectiva, se trata de sacar a la luz la producción bibliográfica de la comunidad docente de la USAL durante el periodo estudiado, de modo que, aunque no se incluyan consideraciones acerca del valor y repercusión de las obras publicadas, la cantidad de éstas, el número de profesores que escriben y los temas tratados nos ayuden a medir el nivel académico de la USAL entre 1891 y 1900.

En el 21 de enero 1877 (año I, n.o 1, p. 8): «Parece que en el Hospital se formará en breve una Academia de Clínica, Obstetricia y Patología, tuvo lugar la primera reunión, en la que se nombró la Junta directiva». La noticia no aporta los nombres que forman dicha junta. El 28 de enero (año I, n.o 2, p. 16) dice: «El 19 se inauguró la Academia de Obstetricia y enfermedades de mujeres y niños». En el acto leyó un discurso el profesor de Patología de la misma, D. Ángel Núñez, sobre la importancia de la asignatura y los grandes beneficios que la Academia puede reportar. En los números posteriores (meses de febrero, marzo y abril de 1877), la sección miscelánea, refleja el título de la sesión científica semanal que se impartió, y el nombre de los ponentes e incluso de aquellos que participaron en la discusión del tema impartido. A partir del primer número de mayo, las noticias al respecto desaparecen. Según reciente publicación ya citada del actual presidente de RAMSA, D. Francisco S. Lozano Sánchez, el 13 de enero de 1878, se informa de que la Academia Tocológica Escolar reanuda sus actividades científicas bajo la presidencia del Sr. Hernández y de los académicos honorarios Sres. Hoyos y Hoyos y Núñez Sampelayo (6).

El *Eco del Tormes*, 13 enero 1878. p. 2. Refiere que Domingo Hoyos y Hoyos (Clínica Obstétrica) y Ángel Núñez Sampelayo (Obstetricia, Ginecología y Enfermedades de los niños) eran profesores responsables de las citadas asignaturas, en la Facultad Libre de Medicina de Salamanca, desde su creación el 6 de mayo de 1869 (primer claustro médico). Con la inauguración de la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca (AMFSA) y con la que la Revista Médica Salmantina, el órgano de expresión de la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca de 1904, es cuando un gran número de médicos y farmacéuticos de Salamanca constituyen definitivamente la citada Academia Mixta. En la mencionada inauguración académica en el Salón de Grados de la Universidad y por unanimidad, fueron elegidos los miembros de la Junta Directiva y de las secciones. Como Presidente de la Junta de



Gobierno: D. Ángel Núñez Sampelayo, cesando en 1906. Que tanto AMCSA como AMFSA que desapareció en 1909 contaron con revistas propias, denominadas el Correo Médico Castellano y Revista Médica Salmantina, respectivamente (6).

Y su discurso de Inauguración del Curso Académico de la USAL 1897/98, titulado : *“Destino de la mujer con relación a sus condiciones sociales y fisiológicas”*(19) : leído en el Paraninfo de la Universidad y del que literalmente expongo la introducción del mismo por su originalidad:

“La afición que profeso hace muchos años a la Obstetricia, como parte de la asignatura que tengo la inmerecida honra de explicar; la tendencia a variar por completo la condición social de la bella mitad del género humano, tendencia que con el nombre de feminismo ocupa hoy la atención de los más importantes países; la creencia de que este punto, por su sentido técnico, grato y artístico , se armoniza bien con la índole, carácter y fin de esta solemnidad académica , justifican la elección del tema, mucho más si se considera que las bellas salmantinas la realzan y abrillantan con su presencia. Todos comprendemos en el fondo de nuestro espíritu la transcendencia del asunto, y su atractivo dulce y suave, al tratarse de un ser que es vida de nuestra vida y alma de nuestra alma, que está dotado de superiores encantos, y que tiene el glorioso destino de ceñir su frente con la augusta y divina corona de la maternidad.

Quizás mis apreciaciones sobre un punto de tanta controversia sean erróneas , pero debo manifestar, que son hijas de un maduro trabajo de estudio y observación . Voy a exponerlas y defenderlas brevemente, cuanto mis débiles fuerzas me permitan, sin pretensiones de enseñanza que ofenderían vuestra reconocida ilustración...”

Nota del autor: y con todo respeto, después de ésta introducción, imagino el esfuerzo intelectual del alumno que debiera de atender y copiar en apuntes todo el programa de Obstetricia y Ginecología del Prof. Núñez Sampelayo

FACULTAD DE MEDICINA . PERSONAL FACULTATIVO.(En el listado aparecen ...)	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS PROFESORES.	ASIGNATURA QUE DESEMPEÑAN
Ángel Núñez Sampelayo.	Obstetricia y Ginecología
Ramón Carranza é Ibáñez.	Clínica de Obstetricia y Ginecología

Copia del Documento que da fe de la existencia de dos Cátedras separadas: Obstetricia y Ginecología

En otra Disposición del 28 Febrero 1902 Gaceta de Madrid.—Núm. 59 Ilmo. Sr.: Por contar y haber acreditado la antigüedad determinada en la segunda disposición transitoria del Real decreto de 24 de Enero corriente; S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha ordenado queden confirmados en propiedad en los cargos de Catedráticos de la Facultad municipal de Medicina de la Universidad de Salamanca, con el sueldo anual de 3.500 pesetas cada uno*pero sin derecho a ingresar en el escalafón general de Catedráticos de las Universidades del Reino, ni a pasar a otra Universidad; D. Ángel Núñez Sampelayo, Catedrático de Clínica de Obstetricia, y en el de Auxiliar, con la gratificación anual de 1.750 pesetas, de D. Manuel Móndeolo Pérez; haciendo constar que estos sueldos y gratificaciones se abonarán con cargo al Ayuntamiento de Salamanca, y que el percibo de los sueldos es incompatible con el de otro alguno.(19).

* De Real orden lo digo á Y. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid 31 de Enero de 1902. Conde de ROMANONES Sr. Subsecretario de este Ministerio

D. Cayetano Díaz Redondo. Catedrático de Ginecología de 1907-1910*. Fue contador y Académico responsable en la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca (la denominada Academia Mixta) desde 1904 a 1909(6). Fue profesor Auxiliar extraordinario (1900-1903), Auxiliar numerario (1904-1910) y Catedrático (1907-1910), sin otras referencias académicas o profesionales, por las fechas, sugiere su nombramiento que sustituyó en las tareas docentes al Prof. Núñez Sampelayo tras su jubilación, el Dr. Casimiro población fue Auxiliar y Encargado de Curso de su Cátedra hasta su promoción a Catedrático de la misma.

*Siendo en esos años catedrático de Obstetricia , Núñez Sampelayo

D. José de Carlos Herrera (La Rioja 1882- Zaragoza 1936) en 1909 Profesor Auxiliar por oposición de la FdM de Salamanca (así era el mandato ministerial de la Ley Moyano). En mayo de ese año solicitó una pensión a la JAE para una ampliación de estudios en Berlín, y en 1910 solicitó dos meses de licencia para trabajar junto al Prof. S. Recaséns, en la FdM San Carlos, Madrid. En 1911, solicitó de nuevo un pensionado a la JAE para viajar a París y Berlín con la intención de ampliar estudios en radioterapia ginecológica, parece ser por la documentación revisada, que no consiguió sus objetivos, ganó una de las Cátedras de Salamanca (Obstetricia) y en 1922 por concurso de traslado se marchó a la Cátedra e Santiago de Compostela, desde allí en 1931 se trasladó a la Cátedra de Zaragoza, además era una persona con cierta actividad liberal. Murió en Zaragoza en 1936, por tuberculosis (?), sin embargo, parece ser que como consecuencias de depuración política a la que fue sometido se le desposeyó de la Cátedra y fue fusilado en 1936.



Al igual que Morillo Uña, Catedrático de OyG en Santiago de Compostela, ambos sufrieron un segundo expediente, ya fallecidos, en revisiones del 1940, de Carlos Herrera sería exculpado, Morillo no lo fue [Aterrados, Desterrados y Enterrados: LA REPRESION FRANQUISTA DEL PROFESORADO UNIVERSITARIO] Marc Baldó Lacomba En la universidad de Zaragoza: José de Carlos Herrera. De la universidad de Zaragoza se fusiló a cuatro profesores: el catedrático de obstetricia y ginecología José de Carlos Herrera (1882-1936) HISTORIA DE LA MEDICINA (3ª ED.) Francisco Guerra, Capitel Ediciones, S.L. - 9788484510260 61 "De la Universidad de Zaragoza.

D. Enrique Hernández López (Granada 1897-Granada 1978) ... no hemos podido encontrar en la búsqueda realizada, datos de éste profesor de la FdeM de Salamanca como Profesor de Ginecología, únicamente aparece como vocal suplente del tribunal en las oposiciones a la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de Salamanca y Santiago de Compostela convocadas el 30 de octubre de 1934 y propuesto por la FdM de la USAL, que sí sabemos, fue Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica por oposición (1932-1935). Nuestra pregunta, es: ¿se acumuló a su cátedra de Cirugía, como responsable de la docencia de Ginecología en esos años?, nos referimos al momento desde la marcha de C. Población y J. de Carlos Herrera, hasta la llegada de M. Usandizaga, o bien, Miguel Becerro, que se presentaba a la oposición, consiguió que la FdeM de la USAL enviara al Ministerio su candidatura como vocal suplente del tribunal de las oposiciones de Salamanca y Santiago, no era infrecuente dada la sociedad de ambas especialidades hasta bien entrado el siglo XIX. En esos años, aún, la separación desde la Cirugía de una de las ramas quirúrgicas, como era la Ginecología, era un tanto difusa. Describo un ejemplo al lector, de esa situación circunstancial: A la ginecología se la consideraba una de las ramas de la cirugía general, de donde deriva una dialéctica entre ginecólogos cirujanos (los intervencionistas) y ginecólogos médicos o clínicos (y los no intervencionistas) debido sobre todo a la incorporación de nuevas técnicas de terapéutica farmacológica, y radioterápicas de la época. Quiero referir una célebre intervención del afamado ginecólogo D. Eugenio Gutiérrez González, Conde de San Diego,[que fue el obstetra de la Casa Real, y el 10 de mayo de 1907, asiste el parto del primogénito de Alfonso XIII de España y Victoria Eugenia de Battenberg, nacido: Alfonso de Borbón y Battenberg, príncipe de Asturias]. Trabajó en el Instituto de Técnicas Quirúrgicas y Operatoria del Dr. Federico Rubio y Galí - el célebre Instituto Rubio en Madrid-, convirtiéndose en su más cercano colaborador, donde llegaría a ser jefe de ginecología -Obstetricia y Partos- del centro quirúrgico. EL Conde de San Diego título otorgado por su actividad de "obstetra real", el 13 de mayo de 1894, en el discurso de ingreso en la RANM

“Límites de la cirugía radical en ginecología”, criticó a los cirujanos que se “convertían en ginecólogos improvisados”, denominándolos *“Atilas del bello sexo, ...”*

Es interesante recordar que, el Dr. Rubio y Gali, era un afamado cirujano, en 1861 practicó la primera histerectomía con doble ovariectomía practicada en España que curiosamente no fue hecha por ginecólogo quien la practicó, si no, por cirujano, de ahí, la polémica.

Nota del autor: a finales del siglo XX, tuvo dos vocales titulares del tribunal -por sorteo en el MEC.- que eran Catedráticos de Cirugía, en dos concursos oposición diferente: a Prof. Agregado de OyG de la Cátedra de Zaragoza en 1974 y en un Concurso de traslado a Cátedra de OyG de Valladolid en 1983.

D. Casimiro Población Sánchez (Salamanca 1885-Madrid 1940) ,Desempeñó en la Facultad de Medicina de Salamanca dos Cátedras: Catedrático de Ginecología y posteriormente por Acumulación de la Cátedra de Obstetricia (1922) Catedrático de Obstetricia y Ginecología, en 1933 gana por concurso de traslado la de la Universidad Central (Madrid) por fallecimiento del Prof. Sebastián Recasens. Población, inició los estudios de Medicina en la Facultad de Medicina de Salamanca en 1899, licenciándose en el curso 1904, inmediatamente inicia estudios de especialización en la cátedra de Ginecología con Núñez Sampelayo, viaja a París con beca de la Universidad de Salamanca doctorándose en 1908. Solicita a la Junta de Ampliación de Estudios pensión para ampliación de estudios en Alemania, probablemente por sugerencia del Rector Unamuno que le enseñaba idioma alemán y francés. Siéndole concedida pensión para estancia de seis meses en Alemania, que fue posible gracias a la pensión concedida por la recientemente creada JAE e Investigaciones Científicas, el primer organismo oficial de ciencia del país. Dice Gutiérrez Turrión (8) al respecto de la ginecología y obstetricia, “algunas investigaciones han abordado a algunos pensionados de manera aislada utilizando el método biográfico. Sin embargo, el análisis del conjunto de pensionados por la JAE en toco-ginecología como grupo queda pendiente”. La citada autora, lo realiza perfectamente en su Trabajo de Fin de Máster.

La noche del sábado 4 de julio de 1908, el joven ginecólogo salmantino Casimiro Población , de 23 años, llegó a Berlín con el propósito de ampliar sus estudios de toco-ginecología “al lado de maestros prestigiosos como E. Bumm y R. Olshausen” (11). Consideraba que en España había *“una manifiesta deficiencia en la enseñanza tocológica de los médicos”*, (mismo pensamiento general que Maeztu) por lo que ya se había desplazado anteriormente hasta París con una beca de la Institución de los Colegios Universitarios de Salamanca. En esta ocasión, su estancia en Alemania fue posible gracias a una pensión concedida por la recientemente creada JAE e Investigaciones Científicas, el primer organismo oficial de ciencia del país (8)(9), reflejando la importancia dada al viaje como fuente de conocimiento y de transformación, y lógicamente Población, ya había experimentado la ciencia francesa en su estancia de París.

A su regreso a Salamanca, trabajaría junto a los Profes. Núñez Sampelayo, Carranza e Ibáñez y de Carlos Herrera. tras quedar vacante la Cátedra de Núñez, Obtiene por concurso oposición, la Cátedra de Ginecología de la FdeM de Salamanca en 1912, a los 27 años. Gran amigo del Prof. Agustín del Cañizo -eminente internista- y más adelante lo sería de D Miguel de Unamuno, uniéndoles una estrecha y profunda amistad personal y familiar, era frecuente la asistencia de C. Población a las clases de Unamuno en la facultad de Letras, acompañando al Rector frecuentemente en sus paseos diarios (foto pág.310), años más tarde iría con su coche a buscarle a la frontera francesa a su regreso del exilio forzado del Rector en Fuerteventura y posterior estancia en París, durante la Dictadura de Primo de Rivera. Además de hacer numerosas excursiones y viajes en el vehículo del ginecólogo por la provincia “como de costumbre” según la prensa local salmantina. El 20 de febrero de 1924 Miguel de Unamuno es desterrado a Fuerteventura, tras publicar unos escritos en contra del Rey y el Directorio Militar presidido por el General Primo de Rivera. Es cesado, además, de los cargos de vicerrector y decano, quedando suspendido de empleo y sueldo 3 meses. Unos meses más tarde se promulga

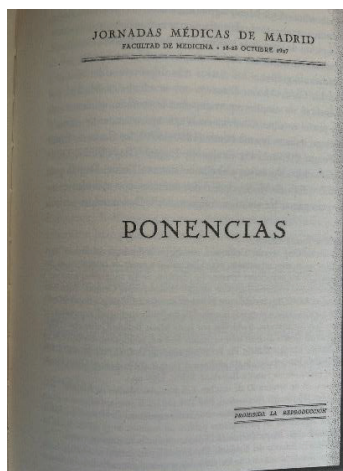
un real decreto de amnistía, que le afecta directamente, pero Unamuno decide no volver a casa y exiliarse a Francia. El 21 de julio embarca desde Las Palmas rumbo a Cherburgo y después a París, donde llega el 28 de ese mismo mes. Mientras, en España se publica su cese como catedrático por no asistir a las clases. Su estancia en París es corta. Coincide con algunos exiliados españoles, como Ortega y Gasset y Vicente Blasco Ibáñez, con los que se reúne en el café La Rotonde de Montparnasse. En agosto de 1925 abandona París y se traslada a Hendaya (15), donde permanecerá hasta que decida volver a España en 1930, siendo recibido entre otras personalidades por el Prof. Casimiro Población que puso su automóvil para el viaje hasta Salamanca a disposición de D. Miguel de Unamuno (21).



Fotografía del Prof. Casimiro Población en la orla del Curso 1912-1913, su primer curso académico como catedrático de la asignatura de Ginecología, disciplina separada de la Obstetricia y con dos catedráticos como podemos ver en las siguientes fotografías del Curso Académico de 1922-1923 en la F de Medicina de Salamanca, Prof. Población titular de la asignatura de Ginecología y siendo titular de la Cátedra de Obstetricia el Prof. José de Carlos Herrera.



En agosto de 1933 y tras 20 años de Catedrático de Ginecología en la F de Medicina de Salamanca y con 47 años de edad, solicita el traslado a la FdeM San Carlos (24), de la Universidad Central de Madrid, vacante por el fallecimiento el 14 de agosto de 1933 del titular de la misma, el prestigioso maestro de la Obstetricia y Ginecología española, Prof. D. Sebastián Recasens y Girol.



En Octubre del 18 al 23 de 1927, C. Población, tiene el honor de ser Ponente en las Primeras Jornadas Médicas de Madrid presididas por el Prof. Sebastián Recaséns Girol, fue presentado por el Prof. Varela Radio, desarrollando el tema: "Tuberculosis genital femenina. Patogenia y Tratamiento", ante la presencia de primeras figuras mundiales de la Medicina, como el anatomopatólogo Robert Meyer, que en su discurso de presentación magnificó a dos figuras de la Medicina española, Santiago Ramón y Cajal y Sebastián Recaséns Girol-. De las 23 conferencias que se impartieron, 15 fueron dadas por médicos extranjeros y 8 por españoles, hubo además un importante número de lecciones y comunicaciones

Ponencias del libro de ACTAS de las Jornadas Médicas de Madrid (publicadas en 1928)

Casimiro Población se traslada a Madrid en Octubre de 1933 para desempeñar su labor docente en la FdM de San Carlos ya como catedrático de OyG en la Universidad Central, cuya actividad

compaginó con sus tareas en la práctica de la medicina privada en el sanatorio construido en la calle Eras de Salamanca (ver fotos pág.309). Tras los acontecimientos por la guerra Civil (1936-1939) en la Facultad de San Carlos, poco tiempo tuvo D. Casimiro para desarrollar la docencia de su disciplina en Madrid (24), donde “heredó” la escuela de su antecesor, y dado que, a la edad de 54 años, Población falleció en Madrid el 16.02.1940, siendo enterrado en Salamanca el día 17 en la cripta familiar del cementerio de San Carlos Borromeo de la ciudad (fig. pág.309). Tras su fallecimiento se haría cargo de la docencia en San Carlos, el entonces Prof. Adjunto D. Jesús García Orcóyen, que ganaría la cátedra en 1943. Población fue una figura clave en el campo de la ginecología y obstetricia en España a principios del siglo XX y dejó un importante legado en la medicina, formando un notable grupo de especialistas en Salamanca. Su trabajo y sus contribuciones en el desarrollo de la ginecología en nuestro país siguen siendo recordadas, aunque su vida profesional fuera relativamente corta (20)(21)(22)(23)



Sanatorio Ginecológico del doctor Casimiro Población inaugurado en marzo de 1926, según proyecto del arquitecto zamorano y asentado en Salamanca, Santiago Madrigal. Situado entre las calles de las Eras, Pollo Martín y Doctor Pulido. Fue derribado en junio de 1978. Foto de Venancio Gombau. Filmoteca Regional de Castilla y León



Cripta

.(foto

familiar en el Cementerio de San Carlos Borromeo de Salamanca de la familia Pérez Tabernero – Población. El profesor Población reposa en la cripta junto a su esposa Carmen del Castillo Montero, su hija Pilar y otros familiares del autor)

Su hijo, D. José Población del Castillo, eminente ginecólogo en Salamanca, persona elegante en todo, fue Jefe de Servicio de la Maternidad del Hospital de la Seguridad Social, “Virgen de la Vega” (de 1965 a 1980) donde el firmante fue Jefe de Sección,(ver pág. 320), y uno de sus colaboradores del Servicio, desarrollando un año de mi carrera profesional en ese entrañable y querida Maternidad, donde, al despedirme en 1975 para tomar posesión de la titularidad de la plaza de Prof. Adjunto de Ginecología de la F. de Medicina, me deseó buena suerte en mi nueva singladura y dedicó un ejemplar del libro de su padre, el insigne Prof. C. Población, “*Manual de Diagnóstico Ginecológico*”, ediciones Javier Morata, Madrid. Primera edición. MCMXXXIII, que guardo en mi biblioteca, con la siguiente dedicatoria que transcribo: “*A mi colaborador y Jefe de sección en la Maternidad V. Vega, el Dr. Juan Luis Lanchares, dedico éste ejemplar del libro de mi padre, con mi agradecimiento y afecto*”. Firmado, José Población del Castillo. Salamanca, Octubre de 1975...”

*A CONTINUACIÓN, Voy a sintetizar un documento a mi juicio, muy interesante sobre la faceta humana y “andaduras” del Prof. Población, para ello vuelvo a releer la Conferencia: “LOS AMIGOS MÉDICOS DE D. MIGUEL DE UNAMUNO” pronunciada por mi buen amigo y compañero de Claustro en la FdM, el Prof. Dr. Agustín del Cañizo Álvarez. Catedrático de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina .USAL, sobre las Jornadas: **Unamuno y la Medicina**. Celebradas el 8 Mayo del 2016 en el Colegio de Médicos de Salamanca. Para lo cual, me permito copiar*

textualmente datos referidos por el nieto del eminente Prof. de Medicina Interna Don Agustín de Cañizo y relacionados con el Prof. C. Población (21)

Dice Agustín del Cañizo Álvarez: “Mi abuelo fue un médico muy avanzado para su tiempo. Siempre en la vanguardia del progreso, dominó toda la ciencia médica del momento y al completo. Y D Miguel contó con la amistad de grandes maestros. Médicos extraordinarios. Hablemos de Antonio Trías Pujol, catedrático de Cirugía. De Casimiro Población Sánchez, catedrático de Ginecología. De Godeardo Peralta Miñón, catedrático de Anatomía y ORL. Especialidad, la mía, entonces aún naciente. De D Adolfo Núñez, catedrático de Histología y Anatomía Patológica “El leucocito”; apodo aplicado por los estudiantes del momento. Añadimos la figura de D Hipólito Rodríguez Pinilla, catedrático de Enfermedades de la Infancia, dos más fueron, Filiberto Villalobos y Casto Prieto Carrasco. El último, asesinado en los primeros meses de la guerra civil. “Simples burgueses que jugaban a ser progresistas”(palabras de Largo Caballero). El resultado fue de “ATERRADOS, DESTERRADOS Y ENTERRADOS:LA REPRESIÓN FRANQUISTA DEL PROFESORADO UNIVERSITARIO”, como define Marc Baldó Lacomba. Forman este grupo los clasificados por Blanco Prieto como “amigos del asa o íntimos” y con los que tuvo gran confianza. Los denominados de forma peyorativa “coro de doctores de Fedra”: Cañizo, Población, Pinilla, Peralta, Prieto, Trías, Salcedo y Villalobos.

El tercero, importante y gran amigo fue D Casimiro Población y Sánchez. Padrino de mi padre* y al que debe su nombre. Seguramente fue el ginecólogo más brillante de la época. Viajó a Alemania; como todos. Amplió estudios también en Francia y llegó a dominar ambos idiomas. También visitó los EE UU. Según relata Paco Blanco fue multado con 150000 pesetas por declararse progresista y de izquierdas. Tener en cuenta que ser de izquierdas en la época demostraba simpatía por la República y nada más. Por lo visto el dinero le fue devuelto después de visitar a Zita Polo**, hermana de Doña Carmen Polo de Franco. Fue otro catedrático de Salamanca que gana plaza en la Universidad Central, sin dejar tener actividad médica aquí donde poseía un sanatorio muy bien dotado; iba y venía muy a menudo. D Casimiro murió joven de un tumor cervical. En 1940, habiendo viajado a París para tratarse, entonces, con curieterapia, estaba naciente la radioterapia, especialidad en la que siempre destacó Francia. Parece ser que fue operado y ese tumor, seguramente una metástasis, según opinión de su ahijado Casimiro; sabemos que visitó a D Antonio García Tapia(22 mayo 1875 - 24 septiembre 1950), en 1926 obtuvo por oposición la Cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Madrid]. Quizá fuese un cáncer de cavum. Esta opinión la compartía con mi tío Agustín, también ORL. Fue enterrado en el cementerio salmantino, como escribe Blanco Prieto (Presidente de Honor de la Asociación Amigos de Unamuno de Salamanca), pues solía decir en sus últimos días que “tenía más amigos dentro de él, que fuera”.

La relación entre D Casimiro y D Miguel fue grande e intensa. En su automóvil se recogió a Unamuno en Valladolid al regreso de su destierro en febrero del 1930. Le acompañaron varios amigos; entre ellos, mi abuelo. Mi familia siempre afirmó que el coche fue el de D Agustín. Analicé la foto y es el auto de D Casimiro; el que aparece rodeado de una multitud, no es el Chrysler Imperial de D Agustín. Es de color claro y su techo de lona. El de mi abuelo era negro. Puede ser un Horch o un Lincoln del 1925. El cristal delantero está abierto; cosa imposible en el Chrysler; pues ya disponía de calefacción y su capota era metálica. Quizá; seguramente, esa afirmación venga de que sí... Mi abuelo y acompañantes siguieron al coche de D Casimiro hasta Valladolid. Quizá de ahí venga la confusión pues toda la familia juraba ser su coche. Pensemos que todo el coro no cabría en el de Población y se repartieron en ambos vehículos”.

*se refiere al Prof. Casimiro del Cañizo Suarez, catedrático de ORL. En la F. de Medina de Salamanca (Cursos 1967 a 1988)

**El estallido de la guerra civil española en julio de 1936 no afectó a todos los pensionados por igual. Mientras que para algunos el conflicto armado supuso un giro completo para su carrera (es el caso de Otero,, para otros la vida prosiguió sin grandes cambios y otros continuaron ascendiendo social y profesionalmente. Respecto a los que sufrieron la represión a Población se le abrió un expediente de responsabilidades políticas en septiembre de 1939 y fue multado. Sin embargo, ambos continuaron ejerciendo en sus cátedras hasta su fallecimiento. Población pudo incluso recuperar el dinero de la multa por ser el ginecólogo de Zita Polo, hermana de la mujer de Franco (9). Es un ejemplo de pensionado afectados por la represión franquista, pero levemente.



Retrato de grupo. Unamuno entre los profes. Población y Cañizo, con otras personas y niños delante de ellos, detrás los coches en una excursión a la Peña de Francia. Salamanca. Procedencia: fondo Miguel de Unamuno. -autor Vda. De Olivan.

Derecha, un Lincoln Modelo 1925 L Seven-Passenger, mismo año de producción, marca y modelo del automóvil de C. Población. Según referencias personales del Dr. Eusebio Díaz Muñoz (1886-1979), Dermatólogo en Salamanca, y abuelo de María José, mi esposa, fue amigo y compañero de Facultad del Prof. C. Población, que, además, era el ginecólogo de su familia (11). Observen el parabrisas cortado del automóvil, detalle del que habla en su conferencia el Prof. Agustín del Cañizo Álvarez

9D. Manuel Usandizaga Soraluce (San Sebastián 1898-Barcelona 1982), fue Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Salamanca en los cursos académicos 1935 a 1940. Durante el período de Guerra Civil tuvo actividad en la Cátedra, ayudándose en la enseñanza de la disciplina con su Auxiliar D. Miguel Becerro (ver pág.314). Estudió la carrera en la FdM de la Universidad Central, Madrid, los tres últimos años como alumno libre, siendo alumno interno en el Hospital de Basurto de Bilbao. Allí se formó como ginecólogo pasando en 1926 a dirigir la consulta de Obstetricia en dicho Hospital. Trabajó en San Sebastián (1926- 1929) en la Casa de Socorro Municipal. En 1930 fue nombrado jefe del Servicio de Ginecología de la Casa Salud de Valdecilla (Santander) donde creó la Escuela de Enfermería que fue pionera en su época, creado el citado centro de formación de enfermeras e imponiendo a través del mismo el modelo Florence Nightingale, éste modelo de enfermería Nightingale se centra en el modelo ambiental, que sostiene que un entorno saludable es crucial para la recuperación del paciente. Se enfoca en mejorar las condiciones del paciente mediante factores ambientales como aire puro, luz, limpieza, higiene, temperatura adecuada y ruido controlado. La enfermera, actuando como mediadora, modifica el entorno para facilitar la acción de la naturaleza y así promover la salud y el bienestar del individuo. El rol de la enfermería según Nightingale: la enfermera es la profesional capacitada para observar al paciente y su entorno, realizando una vigilancia continua y detallada de las condiciones del paciente, modificando el entorno ajustando las condiciones ambientales para colocarlas en la mejor situación posible para la curación, promoviendo la higiene e implementar medidas básicas como el lavado de manos para prevenir infecciones. Influir en la salud pública, demostrar la importancia del saneamiento y la ventilación para la salud de la población, legado de su teoría “La teoría de Nightingale” es fundamental para la enfermería moderna porque estableció la enfermería como profesión, diferenció el cuidado de enfermería de ser una mera ayudante de médico y le dio una base científica. Demostró la importancia de la observación, la recopilación de datos y estadísticas para mejorar la práctica médica fue clave. Sus principios son atemporales, los conceptos de la teoría del entorno siguen siendo relevantes y aplicables en los cuidados de salud actuales. Pasó a la Historia como “La dama de la lámpara”. Esto debido a sus visitas nocturnas entre los soldados hospitalizados para asegurarse de que todo estuviera organizado de manera adecuada, los soldados bajo su cuidado tranquilos y confortables, llevando como iluminación una lámpara de aceite. Puede que el Prof. Usandizaga Soraluce, con éstos criterios empujase la asistencia de enfermería en España, al siglo XX. En ese aspecto debemos considerar al Prof. Usandizaga, como un verdadero adelantado(1).

La dama con la lámpara (1891): The lady with the lamp. Reproducción de litografía en colores de una pintura de Henrietta Rae, titulada Miss Nightingale at Scutari (1854), que muestra Florence Nightingale entre los enfermos y heridos durante la guerra de Crimea (1853-1856) (De según Henrietta Rae) – (22)<http://wellcomeimages.org/indexplus/image/V0006579.html>, Dominio Público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=312336760>

En 1931 obtuvo en Madrid el título de doctor con la tesis “El hemograma de Schilling en el embarazo, parto y puerperio”, en esa época viaja al extranjero ampliando estudios en Alemania y Austria. En 1935 obtuvo, por oposición, la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la FdM de la USAL, tenemos referencias de los intentos de aplicar el sistema Nightingale en la Maternidad de Salamanca, la Guerra Civil trunco su carrera como catedrático den Salamanca, al finalizar ésta y tras pasar por las Universidades de Zaragoza y Valladolid, profesor inquieto, en 1947 oposita sin éxito junto al Prof. Botella a la Cátedra de Madrid, es en 1949 cuando ganaría la Cátedra en la Facultad de Medicina de la Universidad



de Barcelona, vacante tras la jubilación del Prof. Nubiola i Espinos. En Barcelona, fundó la Escuela Profesional de Obstetricia y Ginecología y haciéndose cargo, además, de la docencia de la Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina, ya que fue un importante investigador de la Historia de la Medicina a lo largo de su carrera, y de esa labor investigadora nace el tratado sobre la “Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España”, (Santander, 1944) y sobre “La Historia del Real Colegio de San Carlos de Madrid, 1787-1828”, (Madrid, 1948); “Historia de Los Ruiz de Luzuriaga, eminentes médicos vascos ilustrados” (Salamanca, 1964) Publicado por la Universidad de Salamanca, en las Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina Española, que dirigía el ilustre profesor de la F. de Medicina, D. Luis Sánchez Grangel. Autor de varios tratados sobre la especialidad, como: El Alumbramiento Normal y el Patológico, (Madrid, 1927). Manual de la Enfermera y del Practicante, (San Sebastián, 1934); Toxicosis gravídicas, (Santander, 1947). En 1956 ingresó como Académico de número en la Real Academia de Medicina de Barcelona con el discurso “Juntas literarias del Real Colegio de Cirugía de Barcelona”.

En 1966, deja la Cátedra de la FdM de Barcelona, siendo sustituido en la misma en 1969 por el Prof. J. González Merlo (24). M. Usandizaga pasaría a ser nombrado Director y Jefe de Servicio de la Maternidad en la Residencia del Hospital “Valle de Hebrón” de Barcelona., creando una importante Escuela Obstétrico-Ginecológica de donde salieron gran número de Jefes de Servicio y especialistas de las futuras Maternidades creadas por la Seguridad Social española en los años 1966 a 1980, entre ellos, su sobrino, el Prof. José Antonio Usandizaga Beguiristain, que posteriormente regentaría la Cátedra de Salamanca, y a partir de 1965, crearía una de las más importantes y significativas escuelas profesionales de Obstetricia y Ginecología en la Residencia y Maternidad de LA PAZ de Madrid, de reconocida fama internacional.

Entre sus distinciones destacan las siguientes: la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio; la Medalla al Mérito en el Trabajo y Oficial de la Orden del Mérito de Francia. Fue presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y miembro de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País. Fundador junto con el portugués Mario Cardial de la inolvidable Revista especializada: “Acta Obstétrica y Ginecológica Hispano-Lusitana”, y director de la misma desde 1968 hasta su fallecimiento en 1982.

Interesante documento donde se consigna el Claustro de la Facultad de Medicina de Salamanca durante la el período de Guerra Civil, consta el mismo, la presencia del Prof. Manuel Usandizaga Soraluce y la de la asignatura que impartía Obstetricia y ginecología Así mismo consta la presencia del ginecólogo Auxiliar temporal (no numerario) D. Miguel Becerro Benito

(2) Memoria del año académico 1938-1939, Universidad de Salamanca

Facultad de Medicina.

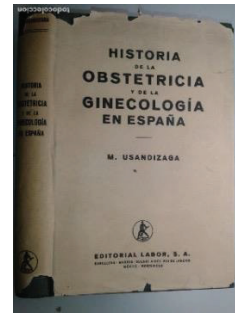
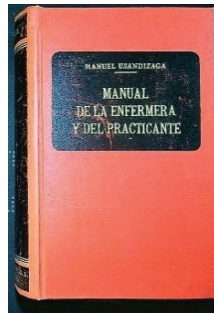
Número en el claustro	Categoría	NOMBRES Y APELLIDOS	Asignaturas que desempeñan
		DECANO..... D. Fermín Querol Navas.	
		SECRETARIO..... D. Gonzalo García Rodríguez.	
		Dr. D. Godeardo Peralta y Mitón.....	Anatomía y técnica anatómica.
		» » Primo Garrido Sánchez.....	Patología médica.
		» » José García Blanco Oyarzabal.....	Fisiología.
		» » Serafín Pierna Catalán.....	Higiene y microbiología.
		» » Miguel Moraza Ortega.....	Terapéutica quirúrgica.
		» » Rafael Ramos Fernández.....	Pediatría.
		» » Fermín Querol Navas.....	Patología médica.
		» » Manuel Usandizaga Soraluce.....	Obstetricia y ginecología.
		» » José Pérez López Villamil.....	Medicina legal.
Profesores auxiliares numerarios.			
		Dr. D. Gonzalo García Rodríguez, Patología general.	
		» » Andrés García Tejado, Terapéutica clínica y Farmacología.	
		» » Francisco Díez Rodríguez, Patología quirúrgica.	
Auxiliares temporales (solo relación nominal).			
		D. Jesús Escanilla Simón.	
		» Pablo Beirán de Heredia.	
		» César Hernández Ancones.	
		» Manuel Crego Echevarría.	
		» Miguel Becerro Benito.	
		» José María Mayor Lizarbe.	
		» José Serviz Salvador.	
		» Isidro Aguilar Rodríguez.	
		» José Luis Iscar Alonso.	
		» José María Muñoz Rodríguez.	
		» Vicente Panigua Comendador.	
		» Angel Díez Cascón.	
		» Dámaso de la Peña Hernández.	
		» Juan Vicente Tapia.	
		» José Ortiz de Urbina Mirat.	

Rector, el Excmo .Sr. D. Esteban Madruga

UNIVERSIDAD LITERARIA DE SALAMANCA MEMORIA SOBRE EL ESTADO de LA INSTRUCCION EN ESTA UNIVERSIDAD Y ESTABLECIMIENTOS DE ENSEÑANZA DE SU DISTRITO CORRESPONDIENTE AL CURSO ACADEMICO DE 1938 A 1939



Prof. D. Manuel Usandizaga Soraluce,



Usandizaga, fue autor del Manual de la Enfermera. Primera Edición 1934 y su famosa Historia de la Obstetricia y Ginecología en España del año 1944: 1ª Edición EDITORIAL LABOR,S.A.

D. José Puga Huete (Málaga 1893-1970 Zaragoza) Nació en Málaga en 1893, licenciado en Medicina en La Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, donde trabajaría como Auxiliar junto a su maestro y mentor el Prof. Alejandro Otero Fernández (1888-1953 México - sería oficialmente separado de su cátedra de Obstetricia, que ocupaba desde mayo de 1914, el 30 de septiembre de 1937. Exiliado en México, fallecería el 26 de junio de 1953.), que a su vez había sido Alumno interno y profesor auxiliar en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Santiago, dirigido por su mentor, el Prof. Manuel Varela Radio. Posteriormente Alejandro Otero obtuvo en 1914, por oposición, la Cátedra de Obstetricia en la FdM de la Universidad de Granada. Ese año, en diciembre, cumplía 26 años y se convirtió junto con Población a los 27 años, en los catedráticos más jóvenes de la disciplina en la Historia Moderna de la Universidad española. Con un pensionado de la JAE realizó formación en Alemania en la Frauenklinik de la Charité con Karl Franz y en la Frauenklinik de la Universidad con Ernst Bumm - Laboratorio de la clínica de Landau con Ludwig Pick- Clases de Walter Sigwart, Paul Schäfer, Kurt Warnekros y la Berlín- Frauenklinik Universitaria, en 1914, Otero ganaría la plaza de Catedrático en Granada, donde conoce al Dr. Puga Huete animándole y abriéndoles puertas, como hizo él, al animarle a completar su especialización en Alemania como becario pensionado de la JAE.

El Prof. Puga Huete, inició su labor académica en nuestra disciplina como profesor auxiliar en Granada, posteriormente y a través del Beneficiario de “pensiones para alumnos sobresalientes y pobres”(que así se denominaban los pensionados en ginecología y obstetricia de la Junta para Ampliación de Estudios, período 1908-1938), Puga es pensionado en Alemania durante 16 meses, trabajando en Berlín en la Frauenklinik universitaria con los insigne maestros y Profes. Ernst Bumm y Kurt Warnekros y en la Frankfurt Instituto trabajo en la Unidad de Fundamento físico de la Medicina con el Prof. Friedrich Dessauer, un personaje genial: filósofo, físico y radiólogo que había desarrollado en Alemania la aplicación de los rayos X. Donde estudió: Aplicación de la física roentgen a la Ginecología- y en los entonces inicios de la Profilaxis con vacuna sobre la infección puerperal .

Ejerció durante unos años en Córdoba. En 1935 se presentó a oposiciones a la cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Santiago, a la que también acudieron D. Miguel Becerro y D. Manuel Usandizaga, fueron ganadas por el Dr. Luis Morillo Uña(1901-1937), que fue el catedrático de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela (ya hemos referido su acaecida y triste final en los inicios de la Guerra Civil 1936, pág.295)

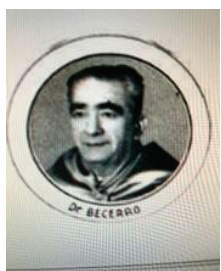
Puga Huete que también arrastraba un “San Benito político” al haber sido Auxiliar del Prof. Otero en Granada hizo unas brillantes oposiciones, pero no las ganó. Años después y vacante la cátedra de la FdM de Salamanca tras el traslado del Prof. M. Usandizaga Soraluce, aprobó la correspondiente oposición y, por Orden de 8 de julio de 1943, fue nombrado catedrático de Obstetricia y Ginecología de esta Facultad. En los años cuarenta del pasado siglo se realizaron algunos cursos de perfeccionamiento y conferencias en los que él intervino. La fotografía que reproducimos de él corresponde a la orla de los licenciados en 1949. El BOE año XIII N 226 del Viernes 13 de agosto de 1948 Y en virtud de concurso de traslado y cumplidos los trámites a

que se refiere el apartado a) del artículo 58 de la Ley de 29 de julio de 1943, Este Ministerio de Educación Nacional ha resuelto nombrar para el desempeño de la cátedra de «Obstetricia y Ginecología» de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, al Catedrático de la misma asignatura de Salamanca, D José Puga Huete y con el mismo sueldo que actualmente disfruta.

Allí ejerció hasta su jubilación en 1963. Murió a los 77 años en esa ciudad en 1970. En Salamanca trabajaron junto al Prof. Puga y debemos destacar, el titular adjunto Prof. Miguel Becerro Benito y los profesores auxiliares Ángel García Hernández y Antonio Ferreira, posteriormente en 1973, A. García sería Catedrático de OyG de la FdM de Salamanca desde 1973 a 1985. Puga Huete, dejó fama de ser un buen orador y un buen docente, hablaba un perfecto alemán, según nos manifestó el Dr. Monmeneu personalmente durante un Congreso en Valencia, años 90, en interesante charla y distendida sobre temas históricos ginecológicos de años y colegas pasados de la Ginecología, junto a un inolvidable amigo de todos los ginecólogos, el Prof. Lorenzo Abad Martínez (Valencia, 1941 - Murcia, 2013), catedrático de la Universidad de Murcia y jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de la Arrixaca



Es de total justicia que hablemos del Prof. Adjunto de la cátedra de OyG de la USAL de los años 1951 a 1956, D. Miguel Becerro Benito, con el cambio frecuente de catedráticos, el Dr. Becerro se convertía con mucha frecuencia en la figura de Prof. Encargado de la asignatura, cubriendo de ésta forma, bien la ausencia o bien la inexistencia de los titulares de la cátedra. Becerro, comenzó siendo discípulo de Población sobre los años 1920, luego pasó a ser Ayudante y, profesor Auxiliar En 1934 se trasladó en estancia de especialización a Berlin, pensionado por la JAE. Se presentó sin éxito a varias oposiciones a cátedras (Santiago, Salamanca, Zatoagoza), En 1951 ganó las oposiciones a Prof. Adjunto y se jubiló en 1956



D. Luis Agüero García (Madrid 1908- Madrid 1977) Cursa la carrera de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Central (Madrid), fue Tocólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid, Ayudante de clases prácticas de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad Central (Madrid) con el Prof. C. Población y posteriormente con el Prof. J. García Orcoyen, en 1942 Doctor en medicina con la tesis "La biopsia de la mucosa uterina : su técnica y su valor para el estudio de las alteraciones del ciclo menstrual" leída en la Universidad Central (Madrid), que supuso que en 1942 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia le otorgara el importante "Premio Recasens", en 1950 gana las oposiciones de Prof. Adjunto de la Escuela Nacional de Puericultura, su nombramiento oficial en el BOE: la Orden que nombra a Luis Agüero García «Profesor titular, encargado de la enseñanza de Puericultura Prenatal de la Escuela Nacional de Puericultura» está fechada 27 de diciembre de 1950 y publicada en el BOE del 20.1.1951. En 1952 Gana las oposiciones a la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la FdM de la USAL. La Orden de su nombramiento como Catedrático Numerario de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca aparece en el BOE con fecha del 31 de diciembre de 1952. En 1956, gana las oposiciones a Catedrático de la Escuela Nacional de Puericultura (Puericultura Prenatal), marchando a Madrid, donde desarrolló la docencia hasta su jubilación en 1976 Catedrático de la Escuela Nacional de Puericultura (Puericultura Prenatal)., hizo en la Escuela parte importante de su carrera docente y asistencial hasta su fallecimiento un año antes de su jubilación

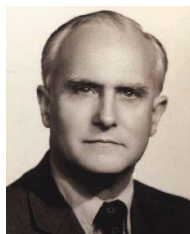


Su actividad en Salamanca se limitó a docencia de las asignaturas Obstetricia y de Ginecología, siendo asistido en la misma por el Prof. adjuntos D. Miguel Becerro, al que en justicia habría que considerar como Catedrático, aunque no hubiese ganado las oposiciones correspondientes, pero en ausencia de éstos por los continuos viajes a Madrid, hacía la veces de “segundo Catedrático”.

En las Oposiciones nacionales en Julio de 1974 a Profesores Adjuntos de Obstetricia y ginecología (luego titulares), el Prof. L. Agüero, formó parte como vocal del Tribunal Titular, presididas por el Prof. J.R. Del Sol. Conversando con D. Luis en los pasillos de la facultad de Medicina de Madrid, percibí durante una cordial y larga conversación, una cierta nostalgia de sus años pasados de Catedrático en Salamanca, refiriendome anécdotas relacionadas con sus viajes y estancia académica en la Facultad de Medicina.

D. Vicente Salvatierra Mateu (Valencia 1923-Granada 1999), catedrático en 1957 al ganar de forma brillante las oposiciones a la cátedra de Obstetricia y Ginecología de la FdM de Salamanca, ingresando, así mismo por oposición y en 1957, gana una plaza en el querido y añorado por muchos de nosotros ginecólogos, Cuerpo de Puericultores y Maternólogos del Estado. En ese mismo año gana tras brillante oposición la Cátedra de Salamanca, sin embargo, al siguiente Curso de 1958, es decir, tras un año de estancia en Salamanca que resultó muy fugaz, ya que por concurso de traslado pasa a ocupar la Cátedra de Granada, donde ya se quedaría hasta su jubilación en 1987. Su estancia en la USAL fue corta, pero con depurado criterio clínico, promoviendo una obstetricia técnica y científica conservadora y cuidadosa, y al mismo tiempo innovadora. Los “viejos” integrantes de la Cátedra cuentan que introdujo en el paritorio de la Maternidad del Hospital Provincial el manejo del fórceps Kjelland, del que fue hábil experto, con su maniobra original en cabeza encajada, y que practicaba magistralmente, a partir del paso y corta estancia en el Hospital Provincial de Salamanca, se utilizó con cierta frecuencia el Kjelland junto al Naegel y Simpson. Incorporó al trabajo diario las sesiones clínicas de la guardia y de modo singular los estudios pormenorizados en casos de mortalidad perinatal y las indicaciones de cesáreas, que en aquella época no superaban el 5%...

Salvatierra, se formó en Valencia, su maestro, el profesor D Francisco Bonilla, podría considerarse como el creador de la Escuela valenciana de Obstetricia y Ginecología, en el Hospital Clínico de Granada creó un departamento de los más importantes de nuestro país, y naturalmente una Escuela profesional de la que salieron un número importante de discípulos ginecólogos (José Luis Malde Veiga, Luis Navarrete López-Cózar, Pedro Ación Álvarez, Rafael Comino Delgado y Jesús Florido Navío,) con los que nos ha unido una cordial relación de amistad desde la Cátedra de Salamanca.



A la edad de sesenta y cinco años, cuando estaba en plenitud como ginecólogo y como docente, el imperativo de la ley le obligó a jubilarse (misma e injusta “Ley Rubalcaba”) que se aplicó a otros catedráticos como, J. González Merlo en Barcelona (28), Ángel García Hernández en Salamanca, etc. si bien a Salvatierra la Universidad de Granada tuvo el acierto de nombrarle profesor Emérito, cargo que no quiso desempeñar en Salamanca el Prof. Ángel G.H., y que le hubiese permitido mantener docencia en la FdM.

Salvatierra, fue el “instaurador” de la Medicina Ginecológica Psicosomática, tema en el que sería un gran especialista y sin duda una autoridad mundial, creando escuela en Granada, fue decano de la Facultad de Medicina durante un período que siempre se recordará por sus importantes logros. Presidente de la entonces Asociación Ginecológica Española (SEGO) y durante su mandato dio gran impulso, entre otras cosas, a la creación de muchas de las Secciones actuales. Como escribió de él el Prof. Comino -uno de sus más brillante discípulos- en *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 42. Núm. 6. Páginas 416-420 (julio 1999)* “ha sido un

hombre irrepetible, un lujo para la Medicina, para la Ginecología y para la Universidad española”, de lo cual, nos atrevemos a confirmar, no nos queda ni tenemos la menor duda.

MEMORIA DE ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS DURANTE EL AÑO ACADEMICO 1957-58 PERSONAL DOCENTE. En el período a, que esta Memoria hace referencia, ha tomado posesión incorporándose al Claustro por haber ganado en concurso oposición la plaza de catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, D. Vicente Salvatierra Mateu.

MEMORIA DE ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS DURANTE EL AÑO ACADEMICO 1958-59 PERSONAL DOCENTE. En el período a, que esta Memoria hace referencia, el catedrático Dr. D. Vicente Salvatierra Mateu ha cesado de pertenecer al Claustro de nuestra Universidad por obtener, en virtud de concurso de traslado, la cátedra de la Universidad de Granada.

D. Víctor Cónill Serra.(Barcelona 1917 - Barcelona 1999). Inicia el periplo de insignes y muy queridos Catedráticos de la FdM procedentes de las sobresalientes escuelas médicas catalanas que desarrollaron docencia y asistencia en nuestra Facultad de la USAL. Tales como el Prof. Casanovas i Carnicer (Ocupó la cátedra de Oftalmología desde 1948 a 1958, publica el manual Oftalmología: Nociones de la especialidad para futuros médicos), el Prof. Alfonso Balcells nuestro gran maestro de la Patología General y Rector de la USAL (desde 1960-1968), Prof. Farreras (Ocupó la cátedra de Patología y Clínica Médicas en la Facultad de Medicina de la USAL desde 1960 a 1964), Prof. C. Rozman, Ocupó la cátedra de Patología y Clínica Médicas en la Facultad de Medicina de la USAL desde 1967 a 1969, siendo nombrado en 2004: Doctor honoris causa por la USAL, y algunos otros. (28)

El Prof. Víctor Cónill Serra, hijo y discípulo del catedrático de Obstetricia y Ginecología de Barcelona, D Víctor Cónill i Montobbio. Se licenció en Medicina por la Universidad de Barcelona en 1943 y obtuvo el doctorado en 1949. Con formación especializada en el Hospital Clínico de Barcelona y en instituciones hospitalarias de Bolonia, Kiel y Estocolmo. Fue catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca breve tiempo, desde 1959 a 1961, por solicitar excedencia y trasladarse a Barcelona en 1962, donde fue nombrado Director del Servicio de OyG en el Hospital de San Pablo de Barcelona, y catedrático de la FdM de Barcelona en 1971, acumulando la jefatura del servicio del Hospital Clínico. Dijo de él, Cruz y Hermida, que como consideración final he de decir que, para mí, Cónill Serra, en vez ser “hijo de papá”, sólo fue “hijo de su padre” y todo se lo ganó, merecidamente, a pulso (29).

Siendo catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca, 1960, escribió el tratado sobre “Exploraciones especiales en Obstetricia y Ginecología”, que fue publicado en Barcelona, Labor, 1961. En 1971 toma posesión de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología en la FdM de Barcelona, se incorporó a la cátedra del fallecido Prof. Gil Vernet acumulando la jefatura del servicio del Hospital Clínico. Se jubiló voluntariamente en 1981, seis años antes de la edad reglamentaria. Su paso por ésta Facultad de Medicina fue fugaz, pero me consta que allí dejó constancia de su excelente preparación como cirujano interviniendo varios casos de cáncer genital.

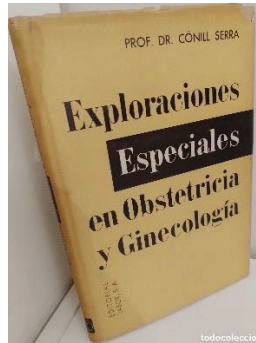
Además, Víctor Cónill Serra es autor de más de un centenar de trabajos de su especialidad, y del citado tratado de Exploraciones Especiales en Obstetricia y Ginecología (1961), junto a su mentor y padre escribirían el Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica, en colaboración (1967). Sus líneas principales de trabajo, asistencial y de investigación, han sido la exploración funcional tubárica, el tratamiento del cáncer de útero y el estudio hormonal de la esterilidad. Miembro numerario de la Academia de Medicina de Catalunya desde 1982, en la que ingresó con el discurso “Notas para la filosofía de la historia de la obstetricia y la ginecología”.

MEMORIA DE ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS DURANTE EL AÑO ACADEMICO 1959-60 PERSONAL DOCENTE. En el período a, que esta Memoria hace referencia, ha tomado posesión incorporándose al Claustro por haber ganado en concurso oposición la plaza de catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, D. Víctor Cónill Serra.

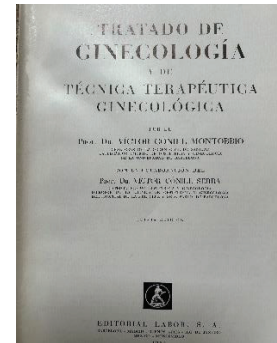
MEMORIA DE ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS DURANTE EL AÑO ACADEMICO 1960-61 PERSONAL DOCENTE. En el período a, que esta Memoria hace referencia, han dejado de pertenecer al Claustro por haber solicitado su excedencia el catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, D. Víctor Cónill Serra.



PROF. Dr. V.CONILL SERRA,



Exploraciones Especiales en Obstetricia y Ginecología. MEDICINA Ed. Labor, 1961



Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica. . Ed. Labor 1967

Autores : V.CONILL MONTOBIO y V.CONILL SERRA

D. José Antonio Usandizaga Beguiristáin. (San Sebastián 1932- Madrid 2023) Muy pronto adquirió su formación en la especialidad e inició su andadura profesional, como Funcionario de carrera al ingresar por oposición en los Cuerpos Especiales de Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local: Cuerpo de Médicos Tocólogos Municipales, con destino en Santa Coloma de Gramanet, y de inmediato, ganando por oposición a la edad de 30 años, la cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. En la Memoria Académica del Curso 1962-63, aparece entre varios nuevos catedráticos reflejada la toma de posesión e incorporación al Claustro de nuestra Universidad y en la Facultad de Medicina la del Prof. D José Antonio Usandizaga Beguiristain, titular de la cátedra de Obstetricia y Ginecología, en virtud de concurso-oposición; El día 1 de marzo de 1963, el Prof. Dr. D. José A . Usandizaga Beguiristain, pronunció su lección oficial de incorporación al Claustro, que presencié, y que versó sobre el tema "Introducción a la Patología del Sexo". Recuerdo sus brillantes clases de Obstetricia, seminarios y conferencias, fui Alumno Interno de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología por oposición (cursos 1964 y 1965) con el Prof. JA. Usandizaga, que continué a su marcha con el Prof. Ángel García (cursos 1966 a 1968). Recuerdo otras de sus conferencias, en 1964, y en las III Jornadas de Actualización y ya como catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca, en ellas pronunció brillantemente una conferencia sobre "Hemorragias juveniles", siendo muy aplaudido, y felicitado por el Rector de la Universidad de Salamanca, D. Alfonso Balcells, le felicitó por la lección expuesta, y vino a decir que Usandizaga, era un exponente de madurez en su magisterio, por lo que la Facultad de Medicina debía considerar un honor contar en su claustro con una voz tan joven y autorizada profesionalmente (26).

En 1964 fue nombrado director de la Escuela de Matronas en el Hospital Provincial de esta ciudad. En el curso 1965-66 causó baja en Salamanca. El mismo Prof. Usandizaga nos relata en el periódico ABC (27) lo siguiente: *En la primavera de 1965, cuando ocupaba en la Universidad de Salamanca la cátedra de Obstetricia y Ginecología, recibí con sorpresa una propuesta del Instituto Nacional de Previsión (INP) para dirigir en Madrid una maternidad cuya edificación estaba a punto de terminarse. Iba a ser la mayor de Europa, y para ello se quería un funcionamiento dispar del hasta entonces vigente en los hospitales del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Éste, creado en 1942, se completó después con el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, que preveía la construcción de hospitales del Seguro en las capitales de provincia y otras ciudades populosas. A finales de los años 60 se coronó la red de hospitales que, con inclusión de los de otra procedencia, se convirtieron en eje y motor de la asistencia sanitaria. Previamente el Ministerio de Trabajo al que pertenecía el INP dictó la Ley de Bases de la Seguridad Social. Si los hospitales del Seguro funcionaron inicialmente con actividad sólo quirúrgica y régimen similar al de las clínicas privadas, experimentarían una transformación radical con el establecimiento de la llamada jerarquización hospitalaria".* Con motivo de su marcha a Madrid para dirigir la Maternidad de LA PAZ, J.A. Usandizaga abandona la Cátedra de Salamanca solicitando, a propia petición, pasar a supernumerario, es decir, pasó a la situación de funcionario o empleado público desempeñando

una determinada función administrativa sin figurar en la plantilla correspondiente, por tanto, una situación que no figuraba oficialmente en una plantilla universitaria, como es una excedencia, pero que sigue en servicio activo, y esto lo hizo poco después reingresando en su Cátedra de la Universidad Autónoma de Madrid de la Maternidad aludida.

Con esta decisión de Usandizaga, la Facultad de Medicina de Salamanca, no solo perdió un gran maestro, sino que al iniciar en Madrid su andadura, arrastró consigo a una importante pléyade de jóvenes médicos salmantinos que enormemente ilusionados, iniciaban una emocionante y nueva andadura, serían sus “discípulos en LA PAZ”, (debo recordar a los Dres. A. Hernández Alcántara, Alfonso Herruzo, Juan Ordás, Antonio González, Ismael Peral, F. Sánchez Corral, y otros), dejando en “cuadro” el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Provincial de Salamanca. El paso de J.A. Usandizaga por Salamanca fue breve, pero inyectó una nueva savia de conocimientos y actitudes, en mi criterio, J.A. Usandizaga, trasladó la escuela salmantina de Ginecología a LA PAZ, y en Salamanca hubo que trabajar y duro, para recomponerla

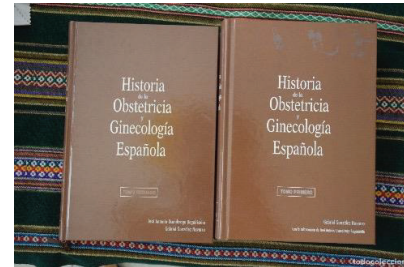
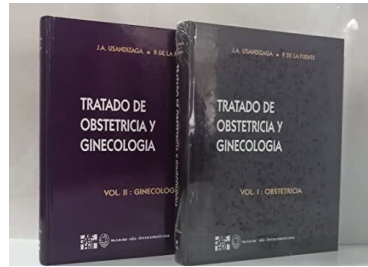
Con el paso de los años, J.A. Usandizaga, como anteriormente hemos explicado, consiguió la primera cátedra de Obstetricia y ginecología la Universidad Autónoma de Madrid, y allí continuó con su trabajo docente y de investigación, tras su jubilación, fue nombrado Catedrático Emérito. Recuerdo que, pero no preciso las fechas en 2005 o 2006 es un evento en Madrid y en una conversación con los Profes. Usandizaga y P. de la Fuente, en su línea de buen historiado de la Medicina, me animó para que se investigara y publicara un trabajo sobre el profesorado de la Cátedra de Salamanca “sería interesante, me dijo, y además hacer una galería de fotografías en las dependencias de la Cátedra”, lo primero intento cumplirlo y en su recuerdo, en la TRIBUNA HUMANÍSTICA de Toko-Ginecología, lo segundo, con los cambios y el derribo del anterior Hospital Clínico, por ahora, ha sido imposible, Vds. lo comprenderán.

El Prof. J.A. Usandizaga Beguiristáin, falleció el 23 de enero de 2023. Sus importantes publicaciones pueden verse en Dialnet y en la BNE Catedrático de Obstetricia y Ginecología en las Universidades de Salamanca y Autónoma de Madrid, jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario La Paz de Madrid, fue una figura internacionalmente conocida, clave en la SEGO, bajo cuyo mandato se crearon varias Secciones, y modernizó la Sociedad para que todas las nuevas generaciones se vieran acogidas y representadas en ella, presidente de nuestra Sociedad Científica entre los años 1981 y 1983 y una de las figuras clave en Ginecología y Obstetricia en España en las últimas décadas. La saga de los Usandizaga, ginecólogos se ha continuado en su hijo el Dr. Ramón Usandizaga Elío, actualmente Profesor Titular del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, y Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Responsable de la Unidad de Suelo Pélvico.

FALLECE EL DOCTOR Y PROFESOR JOSÉ ANTONIO USANDIZAGA BEGUIRISTÁIN, PRESIDENTE DE HONOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Y UN REFERENTE EN ESTE ÁMBITO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EN ESPAÑA. NOTA INFORMATIVA. Gabinete de comunicación de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 2023:



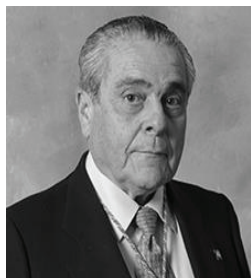
Prof. D. José Antonio Usandizaga Beguiristain, de gran recuerdo en la Facultad de Medicina de Salamanca en la década de 1960, muchos licenciados de esa Facultad, se hicieron obstetras en LA PAZ por la atracción profesional ejercida por su personalidad humana y ginecológica. Historiador de nuestra especialidad como lo fue su tío Usandizaga Soraluce, ha publicado importantes trabajos de investigación y diferentes tratados con el Profes. Pedro de la Fuente, G. González Navarro, G y J. Bajo Arenas,



D. José Antonio Clavero Núñez. (Valencia 1935- Madrid 2024). El Prof. José Antonio Clavero Núñez fue Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, con Premio Extraordinario en ambas titulaciones. Becado al Mejor Expediente de Postgraduados en 1963. Ingresó en el Hospital Clínico de Madrid y fue ascendiendo en todos los puestos docentes, pasando de Médico Interno a Profesor Ayudante de Clases Prácticas hasta llegar a Profesor Adjunto. Un brillante opositor, todas las plazas las obtuvo por oposición con el número uno. En 1969 consiguió la plaza de Médico Especialista de Obstetricia y Ginecología de la Seguridad Social, convocada a nivel nacional. En el mismo año obtuvo por unanimidad la Cátedra de esa especialidad en la Universidad de Salamanca pasando a la Complutense de Madrid en 1973. En Salamanca impulsó extraordinariamente el equipo docente reorganizando la Cátedra tras la marcha del Prof. J.A. Usandizaga, por ello motivó e impulsó la importancia de salida y formación en el extranjero, recomendando a dos Profes. Ayudantes, Jerónimo Hernández (MEC. Paris, para ampliar estudio en esterilidad y Reproducción asistida) y J.L. Lanchares (Fundación J.MARCH, Perinatología en el CLAP de Montevideo con el Profes. R. Caldeyro Barcia y R. Schwarcz, 1970-1972), en muchos aspectos, renovó la mentalidad de la Cátedra, obligándonos a los colaboradores a opositar plazas nacionales de la especialidad o académicas, modernizando conceptos docentes en cuanto a seminarios y clases impartidas, así como incorporaciones de nuevas técnicas asistenciales en Esterilidad, Ecografía, Perinatología y Medicina materno fetal. En la finalización del Curso 1973, pasó en comisión de servicios a la Maternidad Provincial de Madrid (Instituto de Obstetricia y Ginecología) como catedrático contratado en la Universidad Complutense, pasando inmediatamente a Catedrático numerario. Fue Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del actual Hospital Universitario Gregorio Marañón. desde 1.973 hasta 2.006. Vicedecano y Jefe de Estudios de dicho hospital desde 1.985 hasta 2.006. Clavero Núñez ha sido un distinguido médico especialista en obstetricia y ginecología, reconocido por sus aportes académicos y múltiples publicaciones. Desempeñando en la RAMSA de Salamanca el cargo de Bibliotecario, fue nombrado Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Salamanca e ingresando en 1989 como miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina de España. sobre esta especialidad donde ocupaba el Sillón nº12 (Obstetricia). Su discurso de ingreso en la RANME "Medicina fetal" lo leyó el 6 de junio del mencionado año.(31) Debemos citar entre sus publicaciones destacadas, libros de texto clásicos en las facultades de Medicina. JA. Clavero Núñez dejó una importante bibliografía. Algunos de sus trabajos más relevantes incluyen: Tratado de ginecología: Una obra de tres tomos, de importante referencia académica en la que colaboró con el Prof. José Botella Llusia. Publicó más de 200 trabajos científicos en revistas de impacto, y es autor o colaborador en doce libros de textos. Ingresó en el Colegio Libre de Eméritos en 2.009.

Miembro Fundador de la Sociedad Española de Citología, de la International Society of Vulvar Diseases y de la Asociación Mundial para la lucha contra el Cáncer. Fue Presidente de Honor de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Madrid. Patrono de Honor de la Fundación Ortega-Marañón. Patrono de Honor de la Fundación para el estudio Biomédico del Hospital Gregorio Marañón, y Patrono de la Fundación de la Real Academia Nacional de Medicina. Académico de Honor de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Presidente de Honor de la Academia Ginecológica de Madrid. Académico de la Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes. Y ha pertenecido a la Academia Internazionale de Iblea en Sicilia, así como

también a la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Ha pertenecido a la Orden Civil de Alfonso X el Sabio y posee la Cruz de Honor de Oro de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Obtuvo la Medalla de Oro por los Servicios Prestados a la Universidad Complutense de Madrid. Y finalmente ha sido Presidente de la Cátedra Gregorio Marañón



Prof. JA. Clavero Núñez textos del Tratado de Ginecología, cuyo autores son J. Botella y J.A. Clavero.

D. Ángel García Hernández. (Tamames, Salamanca 1919- Salamanca 1998). Ginecólogo de una fuerte e interesante personalidad, podríamos hablar de uno de los profesores con más tradición en la Facultad de Medicina de Salamanca del siglo XX. Ya que realizó prácticamente toda su carrera en esta Facultad, desde Profesor Auxiliar, Ayudante, Adjunto, Agregado y Catedrático en ésta Cátedra de Obstetricia y Ginecología, comienza desde la época del Prof. Puga Huete y con él se trasladó en 1948 a la F. de Medicina de Zaragoza, regresando en breve tiempo a Salamanca como Prof. Ayudante a partir de esas fechas. En 1956, realizó una estancia de meses en el Instituto Gustave-Roussy, especializado en cáncer ginecológico, dentro del hospital Paul-Brousse de Villejuif (Francia), en esa época el primer centro europeo de lucha contra el cáncer. Pronto ganaría las oposiciones de Prof. Adjunto, cargo desempeñado desde 1956 y en siguientes cursos académicos, además, varios como profesor Encargado de la asignatura tras la jubilación del Prof. Becerro y durante los periodos de marcha por traslado de varios catedráticos, hasta que accede en 1971 al cargo de Prof. Agregado de Obstetricia y Ginecología de la F. de Medicina de Salamanca, por concurso oposición, y posteriormente al desempeño de la Cátedra de Salamanca por Concurso de acceso a Catedrático en 1973, tras el traslado a Madrid del Prof. JA. Clavero, la "Ley Rubalcaba" le jubiló anticipadamente en 1985, cinco años antes de la prevista edad reglamentaria (pág.315 apartado del Prof. Salvatierra), falleció en Salamanca en 1998.

Creador de la Escuela Profesional de Obstetricia y Ginecología para Médicos dependiente de la USAL y del MEC. en la que se formaron un importante número de especialistas hasta el comienzo del sistema MIR y reorganizó y dirigió la Escuela de Matronas para Enfermeras de la Facultad de Medicina dependiente de la Cátedra de Obstetricia. Buen clínico y cirujano, adquirió del Prof. Puga los conocimientos del tratamiento braquiterápico para el tratamiento del cáncer de cérvix. Como hitos importantes en el desarrollo de la docencia y asistencia de sus años como Director de la Maternidad, fue la creación y el impulso de una de las primeras unidades de Ecografía ginecológica, de Reproducción asistida y junto con el Prof. Agregado JL. Lanchares, la de Perinatología y Medicina Materno Fetal, pioneras en su género en España, incorporando los métodos diagnósticos más novedosos para el estudio y control del feto durante el embarazo y el parto. Igualmente fue impulsor de la ecografía en nuestra especialidad y en el Hospital Clínico de Salamanca tras su inauguración en 1975. Un nuevo Hospital con nuevo equipo docente y asistencial lleno de renovada ilusión. Ello supuso una notable mejoría en la asistencia obstétrica-ginecológica en nuestro medio, pero también fue el origen de una serie de numerosa e importantes publicaciones científicas y de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales. Profesor muy exigente con su asignatura, explicaba clase diaria y de exigentes exámenes orales, pero brillante docente y justo calificador, recuerdo una frase histórica del Prof. Ángel García: "¿Explico todo el programa?, Sí... ¡pues exijo todo el programa!" que , por

cierto, era de 110 lecciones y denso contenido. Junto con los Profes. Clavero, y Caldeyro Barcia, el autor que firma éste trabajo, los considera sus tres mentores.

El



Prof. Ángel García Hernández. Catedrático de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, y junto al autor, por entonces Catedrático de la Facultad de Extremadura (1982-1986) durante el European Congress of the Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG) — Dublín, 4-5 de junio de 1982.

D. Juan Luis Lanchares Pérez-Lasarte (Madrid 1942) Vacante la Cátedra de Salamanca en 1987, obtuvo la plaza por concurso oposición de Catedrático de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, trasladándose desde la Facultad de Medicina de Badajoz UEX., donde desempeñaba la Cátedra de Obstetricia y Ginecología desde 1982. La toma de posesión en la USAL fue el 30.7.1987. y hasta la jubilación el 30.09.2012. desempeñó las funciones de catedrático de la FdM y jefe de Departamento de OyG del Hospital Universitario de Salamanca.

En 1963, en la FdM de Salamanca se inicia en la OyG como Alumno Interno por oposición de la Cátedra dirigida por el Prof. JA. Usandizaga. Al finalizar estudios de Licenciatura trabaja junto al Prof. A. García y realiza los Curso del doctorado con los Profes. Blas Aznar y J.M. de Gandarias -su director de Tesis doctoral, 1970- En esas fechas con el apoyo de una Beca de Ampliación de Estudios en el Extranjero, de la Fundación Juan MARCH, y por gestiones de los Profes. Clavero Núñez y Gandarias, es admitido por la PHAO-OMS. en el CLAP de Montevideo*, estancia de dos años con los Profes. Caldeyro Barcia, Hermógenes Álvarez y Richard Schwarcz (obtiene entre otros, el título de Perinatólogo, OMS. PHAO). Al regreso en 1973, se incorpora de nuevo en la FdM de la USAL (cátedra del Prof. Á. García) como Adjunto interino. En 1974 gana las oposiciones a la Escala de Puericultores y Maternólogos del Estado. 1974, por Concurso Nacional, la de Jefe de Sección de la Maternidad en la Residencia Sanitaria V. Vega (Jefe de Servicio D. José Población). En 1975 obtiene plaza de Prof. Adjunto (Oposición nacional en Madrid) tomando posesión de una vacante en la Cátedra de OyG de la FdM de la USAL., a finales de ese año ganaría por concurso oposición la plaza de Prof. Agregado de la Cátedra de Salamanca, cargo que desempeña hasta 1982, al acceder a la Cátedra de la FdM Badajoz. UEX. En 1985 realiza una estancia de especialización quirúrgica de 6 meses en el Departamento de Ginecología Oncológica del Hospital Universitario "René Huguenin" en Saint-Cloud, (Prof. Gauguin) dependiente de la Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, integrado en el hospital universitario del Instituto Curie en Villejuif (Francia)

En Julio de 1987, oposita a la Cátedra de Salamanca, tomando posesión al inicio del Curso 1987-88, donde desarrollará la docencia durante 25 años, hasta su jubilación en 2012, con la importante colaboración y ayuda de los Profes. Titulares, Profes. Hernández, Iglesias, García Sánchez, E. y García Sánchez A. y los Ayudantes C.P. Dres. Tejerizo, Ferreira, Peñalosa, Novoa, Redondo, Escanilla, Pérez Fraile, Zapatero, Corredra, López Salvá, Estella, R. Llamas, Doyague, Cabezas, MO. Rodríguez Martín, Rodríguez Bravo, Sancho de Salas, L. Hernández, G del Corral, Moro Ejido). Algunos tristemente ya desaparecidos, gran equipo profesional que supuso una época brillante que debido a los cambios del momento fue de las más comprometidos profesionalmente, dando lugar a una de las más notables Cátedras de Obstetricia y Ginecología habidas en Salamanca durante los siglos XX y XXI, en la que se reorganizó la asistencia obstétrica, por decisión administrativa de SACYL, formando una única Maternidad. A partir de 1988, en ese año se crea el Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca, integrándose paulatinamente en el Hospital Clínico Universitario (incluyendo su Edificio Materno-Infantil) el Hospital Virgen de la Vega, comienza a funcionar el Hospital Universitario de Salamanca como un órgano de gestión único, con los cuatro edificios hospitalarios ubicados en la ciudad.

A partir de 1987, se impulsan por parte de todo el equipo citado, la puesta en marcha de varias unidades de especialización, tales como Uro ginecología, Cirugía con Laser (CO2), Histeroscopia diagnóstica y quirúrgica, Cirugía Laparoscópica e inicios de la Robótica, Anestesia Obstétrica. Se crean tres importantes Unidades: de Menopausia, de Ginecología Psicosomática (con los Profes. Ginés Llorca y María Ángeles Díez Sánchez) y de Sexología Clínica (Profa. C. López Sosa) con gran proyección docente en los Cursos de asignaturas Optativas en la FdM, además se inició la Informatización del departamento asistencial y docente, se modifica la docencia con división en grupos de alumnos más reducidos, y se introdujo en la Cátedra una importante programación de prácticas con simulación clínica en la Facultad (simuladores para Ginecología y Obstetricia, una Plataforma Prácticum de Simulación Virtual y el uso de las simulaciones en educación médica)(30) con un importante desarrollo de ésta nueva metodología docente, con los diferentes modelos y recursos disponibles en la actualidad y las características de los denominados de simuladores o de habilidades clínicas que se han ido desarrollando en todo el mundo médico adelantado, en los cuales se lleva a cabo ésta nueva modalidad de enseñanza médica, y que tras la jubilación del Prof. Lanchares, continuó con ella y de forma muy notable el Prof. Titular, A. García. (tristemente fallecido en 2020). La Facultad de Medicina de Salamanca quiso dejar testimonio de su labor en el ámbito de la docencia práctica de la Obstetricia y la Ginecología poniendo su nombre a la Unidad de Simulación Obstétrica del Departamento docente de nuestra disciplina y especialidad (31).

Como se cita anteriormente, la jubilación del Prof. Lanchares acontece el 30.09.2012, al llegar a la edad reglamentaria de la misma como Catedrático, el gobierno de la USAL en esa época, y para sorpresa del Departamento de Ginecología y de la Facultad de Medicina, e inexplicablemente, se amortizó la plaza de Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la USAL, dicha medida, significó eliminar y suprimir una plaza docente fundamental en la Carrera de Medicina, centenaria como ya hemos descrito en párrafos anteriormente, resultando un desaire con una total indiferencia a los estudios médicos y concretamente a nuestra disciplina básica en la formación académica, es difícil y complejo de entender que desde un rectorado universitario cuyos antepasados, los Rectores Esperabé y Unamuno, tanto lucharon a principios del siglo XX para recuperar la enseñanza de la Medicina universitaria. Tras las jubilaciones y el fallecimiento de uno de los Profes Titulares, posteriormente, se ha seguido manteniendo una misma línea conductual según iban quedando vacantes las plazas de Titulares de la cátedra, se ha continuado la misma política, se han ido desdotando, una tras otra desde 2012 a 2022.

Lo que ha conllevado no solo una modificación de la plantilla docente y las relaciones del puesto de trabajo organizativo, docente-investigador, sino que puede abocar al ostracismo universitario de nuestra Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la USAL en el mundo académico y científico español si persiste ésta política con las plazas del profesorado de carrera.

**El CLAP, heredó en 1970, el Servicio de Fisiología Obstétrica "Profesor Bernardo A. Houssay", dirigido por H. Álvarez y R. Caldeyro Barcia. Sus investigaciones perfeccionaron los métodos de registro de contracciones en el parto, descubriendo el proceso fisiológico de las características de las contracciones uterinas durante el parto, el alumbramiento y el puerperio, así como su patología, sentaron las bases de la farmacología oxitócica y útero inhibidora con diversos fármacos. Definieron la "actividad uterina" cuantificada en unidades "Montevideo", que denominaron UM. Asimismo, a partir de sus investigaciones sobre las contracciones uterinas, describieron la "ley del TGD. triple gradiente descendente", clasificaron las causas de las Distocias Dinámicas y su tratamiento. Fueron los descubridores del síndrome de hipoxia fetal con las diferentes causas etiopatogénicas de la pérdida de bienestar fetal.*



El Prof. Juan Luis Lanchares, jubilado de su cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, USAL. en la actualidad colabora desde el curso 2022, explicando dos asignaturas de Módulo 5 (SALUD APLICADA). del Máster de Antropología Aplicada de la Facultad de Psicología y Antropología dirigido por los Profes. Giner Abatí y JA Martín Herrero.

Salud Materno Infantil Transcultural (16 horas teóricas)

Antropología obstétrica (Evolución del Parto)(16 horas teóricas)

Así mismo, mantiene relación con La Universidad CEU San Pablo y la Fundación de Estudios Mastológicos (FEMA) en el Máster de Especialización en Mastología-Senología, como docente desde 2010, en la temática de Lactancia Materna.

Conclusión

Lo que los docentes de la Obstetricia y Ginecología y entre ellos, los catedráticos, enseñaron desde el siglo XIX y XX, enseñan actualmente y enseñarán en un futuro, son las especialidades médicas que se encargan de atender a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. También brindaron información sobre cuidados para el recién nacido y la lactancia, pero esa rama de la medicina se separó en los primeros años del siglo XX, formando un nuevo saber, la puericultura, quedándonos con los cuidados de la madre, la alimentación, la higiene y la evolución de su cuerpo, el de la mujer durante el embarazo. Además, estos profesionales, que deben tener especiales condiciones y cualidades de calidad humana, cuidarán de los factores psicológicos y sociales vinculados a ella, es decir, a la maternidad en la mujer que es una parte extraordinariamente importante en la reproducción de la especie

¿Y la Ginecología? ¿qué es? Se trata de una especialidad médica que se ocupa de todo el sistema reproductivo de la mujer a lo largo de su vida. Es decir, prevención, diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico en caso de existir una patología que para su curación requiera la cirugía, como hemos dicho anteriormente, a la ginecología se la consideraba una de las ramas de la cirugía general, de donde derivó una larga y enconada dialéctica entre ginecólogos cirujanos (intervencionistas) y ginecólogos médicos o clínicos (no intervencionistas) debido sobre todo a la incorporación de las nuevas formas de diagnóstico y terapéutica farmacológica. Es decir, abarca diferentes etapas de la vida de la mujer, a veces interviene en la infancia, y siguiendo su desarrollo, incluirá la pubertad y toda la atención integral de la salud de la mujer a cualquier edad.

Algunas de sus tareas son revisar y tratar enfermedades relacionadas con los órganos reproductivos femeninos, incluyendo menstruación, problemas de infertilidad, de anticoncepción y contracepción, problemas psicosomáticos y sexuales, enfermedades de transmisión sexual, menopausia, mastología y oncología del sistema reproductor y de las mamas. ¡Extraordinaria importancia tiene la prevención! Realizando exámenes de rutina y pruebas de detección temprana para identificar posibles problemas de salud ginecológica desde la pubertad a la vejez.

Ambas especialidades, ginecología y obstetricia, trabajan en la salud reproductiva de la mujer, aplicando diversos procedimientos. Sin embargo, aunque todos los obstetras son ginecólogos, no todos los ginecólogos son obstetras. Es importante destacar que la ginecología se distingue de la obstetricia, que se ocupa del embarazo, el parto y el postparto, aunque ambas especialidades, académicamente, suelen estar integradas en un solo campo, pero es probable que el transcurso del tiempo y las constantes incorporaciones de conocimientos de la enfermedad, así como sus técnicas de diagnóstico y variaciones de los tratamientos cada vez más complejos, nos lleven, inevitablemente a discurrir y en no muy largo plazo de tiempo a una necesaria bifurcación en dos ramas médicas separadas, tanto para su conocimiento académico como para su aplicación en la mujer.

Recordar a nuestros antepasados y viejos profesores de la especialidad, verdaderos personajes, creadores de importantes Escuelas obstétricas y ginecológicas y comprender sus entonces limitaciones con los precarios medios de los que disponían. Es obligación nuestra, respetando la Historia de la enseñanza de la Medicina en las Facultades y aprendiendo de ellos, admitir que eran grandes clínicos,

eso quiere decir que deberían hacer sus diagnósticos con los cinco sentidos, mientras, que nosotros los hacemos con los mismos y, la inevitable ayuda de los laboratorios de histopatología, de análisis clínicos, de técnicas exploratorias inimaginables hasta los años 50 del siglo XX, y posteriormente con la ayuda de los colposcopios, laparoscopios, ecógrafos, la radiología, las resonancias, la robótica y la informática aplicada, y en breve el desembarco de la inteligencia artificial (IA) para diagnóstico, la telemedicina para atención remota, la cirugía robótica para procedimientos menos invasivos y la medicina personalizada a través de la secuenciación genómica. Realidad virtual y aumentada: que ya se utilizan para entrenar a cirujanos con simulaciones de alta fidelidad y para superponer información 3D en tiempo real durante las operaciones. También destacan avances en la nanomedicina para tratamientos a nivel celular, la edición genética con CRISPR y las herramientas de diagnóstico como la biopsia líquida y los dispositivos "wearables" para monitoreo de la salud que son dispositivos vestibles, como relojes inteligentes que monitorizan continuamente parámetros y datos de salud, presión arterial, glucemia, frecuencia cardíaca y la actividad respiratoria. Un último pensamiento hacia todos ellos, ¿es, si pudieran disponer de todos los adelantos tecnológicos, docentes y sociales ¿qué dirían?, ¿qué harían?, si pudieran regresar a sus cátedras en los momentos actuales, primer cuarto de siglo XXI.

BIBLIOGRAFIA

- (1) González Navarro, G. Usandizaga Beguiristáin, JA. Historia de la Obstetricia y Ginecología Española Tomo 1. Primera edición Habe editores, Las Rozas (Madrid), 2006.
- (2) Rodríguez Herrero ME. Retrato de una matrona en el primer cuarto del siglo XX: D^a Dionisia Repila y Tetilla. *Matronas hoy* 2014; 2(3):8-16.
- (3) BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Instrucción general de Sanidad pública núm. 23, de 23 de enero de 1904. p. 290-295. (Referencia BOE-A-1904-40001). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/023/A00290-00295.pdf>
- (4) El Gobierno Provisional de 1868-1871. Wikipedia en español es la edición en español o castellano de Wikipedia
- (5) Granjel, LS. Los estudios de Medicina en Salamanca. Ensayo histórico. Salamanca: Real Academia de Medicina de Salamanca; 1989. Y La Facultad Libre de Medicina de Salamanca (1868-1903). Salamanca: Centro de Estudio Salmantinos, 1989.
- (6) Lozano Sánchez, Francisco S. ACADEMIAS MÉDICAS EN SALAMANCA Y OTRAS ACADEMIAS.. Ediciones de la Diputación de Salamanca Serie Publicaciones Generales, N.º 73 Impreso en España. Imprime: Gráficas Lope ISBN: 978-84-7797-778-0 Depósito Legal: S. 197-2025 © Diputación de Salamanca y el autor. 1.a edición, 2025
- (7) Real decreto creando una Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas.». Gaceta de Madrid (Madrid) (15): 165-167. 15 de enero de 1907. Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios.
- (8) Gutiérrez Turrión, Alba María. Los pensionados en ginecología y obstetricia de la Junta para Ampliación de Estudios (1908-1938): viajes y circulación de conocimiento. Trabajo de Fin de Grado/Máster de Tutor: Raúl Velasco Morgado 2025 .USAL. Facultad de Medicina – Grado en Medicina
- (9) Becedas González, Margarita y Chaguaceda Toledano, Ana: "Actividad bibliográfica de los primeros compañeros de Unamuno en Salamanca (1891-1900)". En: *El tiempo de Miguel de Unamuno y Salamanca*, Ediciones Universidad de Salamanca., Diputación Provincial de Salamanca, Ayuntamiento de Salamanca, 1998, ISBN 84-7800-034-8, pp. 269-309.
- (10) Memoria ingenua: Alfonso Balcells. LIBROS SOBRE EL OPUS DEI, 2009
- (11) Lanchares, JL. Referencias personales, charlas de su época de estudiante y médico en Salamanca, con el Dr. José Población del Castillo -ginecólogo- y con el dermatólogo. Dr. Eusebio Díaz Muñoz (1886-1978),
- (12) Núñez Izquierdo, Sara. El Hospital Provincial de Salamanca. Un Edificio Emblemático de la Arquitectura y la Sanidad Salmantina del sXX. Salamanca, Revista de Estudios, 57, 2008, pp. 229-255. ISSN: 0212-7105
- (13); MÁLAGA GUERRERO, Jesús. "El Hospital General de la Santísima Trinidad (II): Los enfermos, el personal y su funcionamiento diario". En *Salamanca Médica: Medicina y Humanidades*, 25, 2007. Salamanca: Colegio Oficial de Médicos, pp. 24-26;
- (14) MÁLAGA GUERRERO, Jesús. "El Hospital General de la Santísima Trinidad: La botica, el personal de servicios y sus inmuebles". En *Salamanca Médica: Medicina y Humanidades*, 26, 2007. Salamanca: Colegio Oficial de Médicos, pp. 24-25
- (15) Martín Rodrigo, Ramón. Médicos Ginecólogos en Salamanca (1945-1968). La Casa de la MADRE. SALAMANCA MÉDICA 38-40. 2025
- (16) "La inauguración de las Clínicas quirúrgicas". En *El Adelanto*, 14-V-1924, p. 1;

- (17) Archivo de la Diputación Provincial de Salamanca (A. D. P. S.), *Actas del Pleno de la Diputación Provincial, Sesión del 20 de enero de 1924*, f. 21.
- (18) Carranza Ibáñez, Ramón. *Universidad de Salamanca (España) -- Discursos, ensayos, conferencias a -- Discursos, "Concepto de la Ginecología o enfermedades propias de la mujer" : discurso leído en la Universidad de Salamanca en la inauguración del curso académico de 1905 a 1906*. IMPRENTA Y LIBRERÍA Núñez. Salamanca. 1905.
- (19) Núñez Sampelayo, Ángel: "Destino de la mujer con relación a sus condiciones sociales y fisiológicas" : discurso leído en la Universidad de Salamanca en la solemne inauguración del curso académico de 1897 a 1898 (1897) <https://gredos.usal.es/handle/10366/97776/recent-submissions?offset=80>
- (20) Pérez Bautista, Florencio Lorenzo. *LA OBSTETRICIA Y LA GINECOLOGÍA EN TIEMPOS DE DON MIGUEL de UNAMUNO* <http://efemeridestenerife.blogspot.com/2017/09/la-obstetricia-y-la-ginecologia-en.html>
- (21) Del Cañizo Álvarez, Agustín. "CONFERENCIA LOS AMIGOS MÉDICOS DE D. MIGUEL DE UNAMUNO" Prof. Dr. Agustín del Cañizo Álvarez, Catedrático de otorrinolaringología de la Facultad de Medicina .USAL. Jornadas: Unamuno y la Medicina. 8 May, 2016 |Colegio de Médicos de Salamanca
- (22) <https://odnmedia.s3.amazonaws.com/files/170423-El%20D%C3%ADa%20de%20Salamanca-La%20historia%20del%20rector20170430-190015.pdf>
- (23) <https://prisma.usal.es/exhibits/show/destierro-y-exilio>
- (24) Pérez Peña, F. *Los últimos clínicos de san Carlos. Estampas y Vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos*. 2005
- (25) <http://wellcomeimages.org/indexplus/image/V0006579.html>, Dominio Público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=312336760>
- (26) Lanchares, JL. Recuerdos como alumno interno en la Cátedra de Salamanca del Prof. JA. Usandizaga
- (27) Usandizaga Beguiristáin, José Antonio. Torre y cumbre de la medicina. Miércoles, 08/Jul/2015 DIARIO ABC
- (28) González Merlo J. Catedrático Emérito HISTORIA DE LES CÀTEDRES D'OBSTETRÍCIA i GINECOLOGIA DE BARCELONA https://institucional.academia.cat/docs//llibres-historia/obstetricia_08.pdf
- (29) Cruz y Hermida, J. *Toko - Gin Pract* 2018; 77 (2): 102 – 106
- (30) Palés Argullós, J. L., & Gomar Sancho, C. (2010). El uso de las simulaciones en educación médica. *Education in the Knowledge Society (EKS)*, 11(2), 147–170. <https://doi.org/10.14201/eks.7075>
- (30) https://www.lagacetadesalamanca.es/salamanca/reconocimiento-medicina-cuatro-profesores-queridos-20240628175311-qa.html#goog_rewarded
- (31) RAMSA. ORG. Currículo V. Académicos. <https://ramsa.org/>

Otras formas de obtención de datos y Documentación

Memoria del año académico (varias) consultadas de la Universidad de Salamanca

1904-05, 1906-1907, 1908-09, 1910-11, 1912-13, 1932-33, 1933-34, 1938-1939, 1956-57, 1957-58, 1959-60. 1960-1961, 1961-1962, 1962-1963, 1963-1964, 1964-1965, 1965-1966, 1986-1987,

Sobre las Real Academia de Medicina

Matilla y Gómez, Valentín. *Las Reales Academias del Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina.. Alianza Editorial*. 339-383. Madrid 1992

Historia Hispánica. Real Academia de la Historia. <https://medicohistoricos.ucm.es/s/medes/item/836647>

Referencias personales sobre temas tratados

Conversaciones con el Dr. José Población del castillo (hijo del Prof. Casimiro Población) (1974-75)

Conversaciones con el Dr. Eusebio Díaz Muñoz (1886-1979), Dermatólogo en Salamanca, y abuelo de María José Sánchez Díaz, mi esposa. Fue compañero de Facultad en la FdM-USAL. y amigo del Prof. C. Población, que, además, era el obstetra ginecólogo de la familia.

Conversaciones con el Dr. Enrique Ferreira Villar, Obstetra-Ginecólogo en Salamanca.

Notas de Sociedad consultadas en la prensa de Salamanca sobre el PROF. Casimiro Población

"El doctor don Casimiro Población Sánchez". En *El Adelanto*, 17-II-1940, p. 6;

"El profesor Población: catedrático de Madrid". En *El Adelanto*, 23-IX-1933, p. 8;

"El doctor Población o el camino recto". En *El Adelanto*, 10-III-1940, p. 2

"El doctor don Casimiro Población Sánchez". En *El Adelanto*, 17-II-1940, p. 6;

"El entierro del Doctor don Casimiro Población". En *El Adelanto*, 18-II-1940, p. 4

"Notas de sociedad: El primer aniversario de la muerte de don Casimiro Población". En *El Adelanto*, 15-II-1941, p. 2

"Don Casimiro Población Sánchez". En *La Gaceta Regional*, 17-II- 1940, p. 2;

"Esquela". En *La Gaceta Regional*, 17-II-1940, p. 1;

"El entierro del Doctor don Casimiro Población". En *La Gaceta Regional*, 18-II-1940, p. 4

Acrónimos y abreviaturas

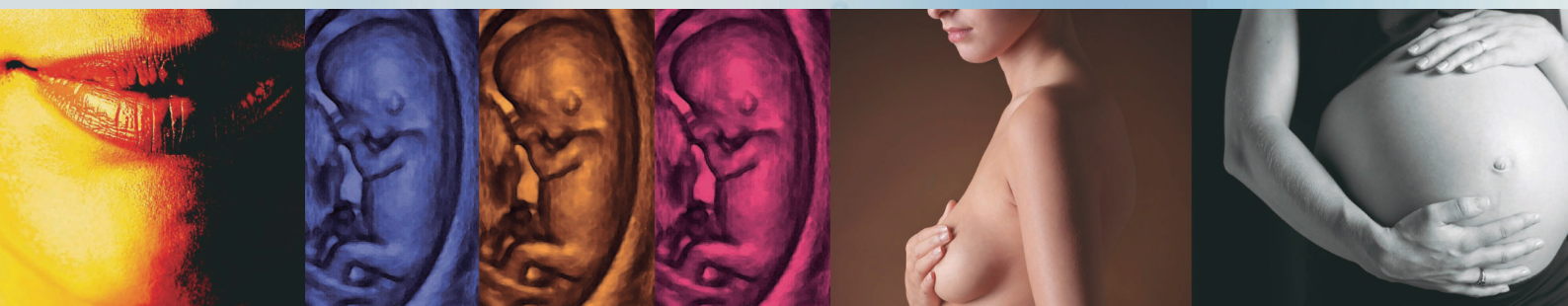
<i>B.O.</i>	<i>Boletín Oficial</i>
<i>CAUSA</i>	<i>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca</i>
<i>CLAP</i>	<i>Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva</i>
<i>CSIC</i>	<i>Consejo Superior de Investigaciones Científicas</i>
<i>EyC</i>	<i>Ministerios de Educación y Ciencia</i>
<i>FdM</i>	<i>Facultad de Medicina</i>
<i>ILE</i>	<i>Institución Libre de Enseñanza</i>
<i>JAЕ</i>	<i>Junta de Ampliación de Estudios</i>
<i>MIR</i>	<i>Médicos Internos y Residentes</i>
<i>MMIM</i>	<i>Museo de Medicina Infanta Margarita</i>
<i>OyG</i>	<i>Obstetricia y Ginecología</i>
<i>O.M.</i>	<i>Orden Ministerial</i>
<i>OMS</i>	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
<i>PHAO</i>	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
<i>RAMSA</i>	<i>Real Academia de Medicina de Salamanca</i>
<i>RANME</i>	<i>Real Academia de Medicina de España</i>
<i>SACYL</i>	<i>Sanidad de Castilla y León</i>
<i>UЕX</i>	<i>Universidad de Extremadura</i>
<i>USAL</i>	<i>Universidad de Salamanca</i>

JUAN LUIS LANCHARES PÉREZ-LASARTE

*Catedrático de Obstetricia y Ginecología (J.) de la Facultad de
Medicina de la Universidad de Salamanca)
Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de
Salamanca.*

XXIII Jornadas Nacionales HM Gabinete Velázquez

Actualizaciones en Ginecología y Obstetricia



26 y 27 de febrero
de 2026

📍 Novotel Madrid Center

Más información
Secretaría Técnica
Meet & Forum

91 517 87 88
estela.arevalo@meetandforum.com

jornadashmgabinetevelazquez.com

HM
hm hospitales
Somos tu Salud

CRÍTICA DE LIBROS

CASCABELITOS

Vida y muerte de Carmen Broto, la prostituta que sabía demasiado

AUTOR: JOSE M. CARRERA MACIÁ

EDITORIAL LAETOLI 2025

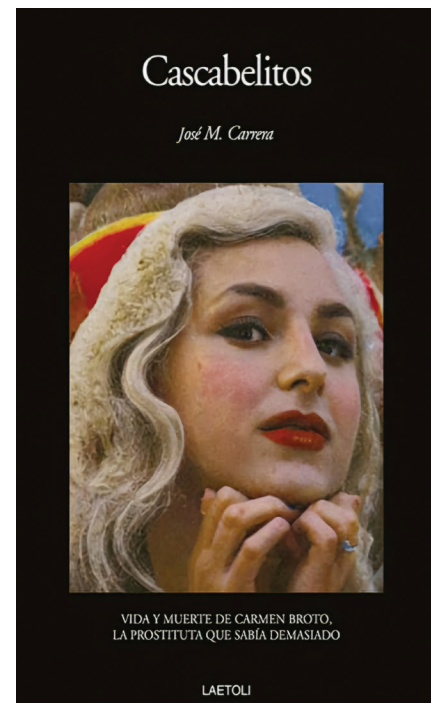
Conozco bien a José M. Carrera. Le une a mí una antigua amistad, hecha de conversaciones donde la medicina se cruza con la literatura y el bisturí con la palabra. Él ha practicado durante años el arte más difícil: escuchar al cuerpo humano con respeto y al alma con delicadeza. Fue un destacado obstetra que dictó innumerables conferencias y magisterio. Ahora ha roto como escritor prolífico que nos sorprende con un nuevo libro que ausculta el corazón de una época.

Cascabelitos reconstruye la vida de Carmen Broto, muchacha humilde convertida en símbolo del deseo y del peligro en la Barcelona de los años cuarenta. A través de su figura, Carrera nos devuelve una ciudad y una sociedad que esconde el pecado tras los cortinajes del lujo y una moral que se resquebraja entre confesiones y mentiras.

La narración, precisa y contenida, evita el tono morboso y opta por la mirada humana. Broto no aparece aquí como simple víctima ni como mito de arrabal, sino como una criatura de carne y coraje, atrapada entre los salones de la burguesía y los callejones del miedo. Su asesinato en 1949 —aún envuelto en sombras y silencios— es el desenlace inevitable de quien “sabía demasiado” y vivía demasiado deprisa.

Carrera, con oficio de médico y de narrador, disecciona sin herir. Su escritura avanza con ritmo de bisturí: limpia, exacta, con una ternura que se adivina en los pliegues de cada frase. La prosa alterna lo histórico con lo simbólico, lo documentado con lo imaginado.

El tono breve y concentrado —128 páginas de intensidad y ritmo— otorga al libro la precisión de un diagnóstico. La obra no pretende dar respuestas definitivas. Prefiere —con acierto— dejar abiertas las heridas, como cicatrices que siguen palpitando.



Desde la medicina a la literatura, José M. Carrera ha sabido mantener una misma ética: la del respeto por la vida, incluso cuando se nos muestra herida o degradada. En *Cascabelitos*, su mirada hacia Carmen Broto no es de juez ni de cronista, sino de hombre que intenta comprender. Y eso convierte esta obra en un raro acto de justicia poética: la restitución de una mujer silenciada a la dignidad de su memoria.

Su escritura recuerda que también el cuerpo tiene voz, que la belleza puede ser un modo de resistencia, y que incluso las vidas breves —como el tintineo de un cascabel— dejan huellas que el tiempo no borra.

Cascabelitos no es sólo la historia de una prostituta asesinada; es el espejo donde se reflejan las contradicciones morales de una España que quiso tapar con oropeles su propio miedo. Es la metáfora del secreto y del deseo, de lo que todos sabían pero nadie decía.

Y así, con su bisturí convertido en pluma, mi querido amigo José M. Carrera ha devuelto la vida —y la dignidad— a Carmen Broto.

Le auguro y sobre todo le deseo, el mayor de los éxitos

JM BAJO ARENAS



Titulación propia de la Universidad Europea del Atlántico

/// Semipresencial ///

Dirigido únicamente a médicos/as

MATRÍCULA ABIERTA

10ª Promoción

Octubre 2025 /// Febrero 2027



INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES
CIPSA

cipsa@cipsaonline.com
Tlf - 942 21 30 12

ORGANIZAN



AUSPICIAN

