

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Marzo-Abril 2024

Año MMXXIV

795

ARTÍCULO ORIGINAL

¿Es el cáncer de mama realmente menos agresivo en mujeres mayores de 69 años?

Sautua Molina I, Sánchez Méndez JI

Estudio de la práctica clínica y actitud terapéutica de los ginecólogos españoles en la prevención y el tratamiento de los dolores asociados al ciclo menstrual y la dismenorrea: Proyecto Menalguía

Albi González M, Orozco Fernández R, de la Iglesia R

Histeroscopias en consulta: nuestra experiencia con gel anestésico

Carmona Moral JV, Meseguer Berroy A, Ramírez Belloch G, Folgado De la Herrán C, Cabrerizo Soler C

REVISIÓN DE CONJUNTO

Técnicas exitosas para la inserción de dispositivos intrauterinos contraceptivos.

Consejos basados en la experiencia

Cancelo Hidalgo MJ

CASO CLÍNICO

Dacriocistocele en ecografía prenatal. A propósito de un caso

Martínez Gamón B, Miró Matos M, Jiménez Mateo-Sidrón F, Novelle García M, Rodríguez Benito C

Quiste de bolsa de blake. La importancia del diagnóstico diferencial

Chivato Lorenzo L, De Mingo Romanillos L, Martínez Ten Pilar, Martín Fernandez Raquel, Escribano Tórtola JJ

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Dos partos complicados en “los milagros de nuestra señora” de Gonzalo de Berceo

De Miguel Sesmero JR, Sánchez Movellán, De Miguel Sánchez V





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

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

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

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Calle Jérez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
Nuevas suscripciones enviar email a:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

Correo electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

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

Periodicidad:
6 números al año

ISSNO: 0040-8867

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

Cruz y Hermida, J

DIRECTOR

Bajo Arenas, J.M

DIRECTOR CIENTÍFICO

Huertas Fernández, M.A

EDITORES

Palacios Gil-Antuñano, S
Mendoza Ladrón de Guevara, N

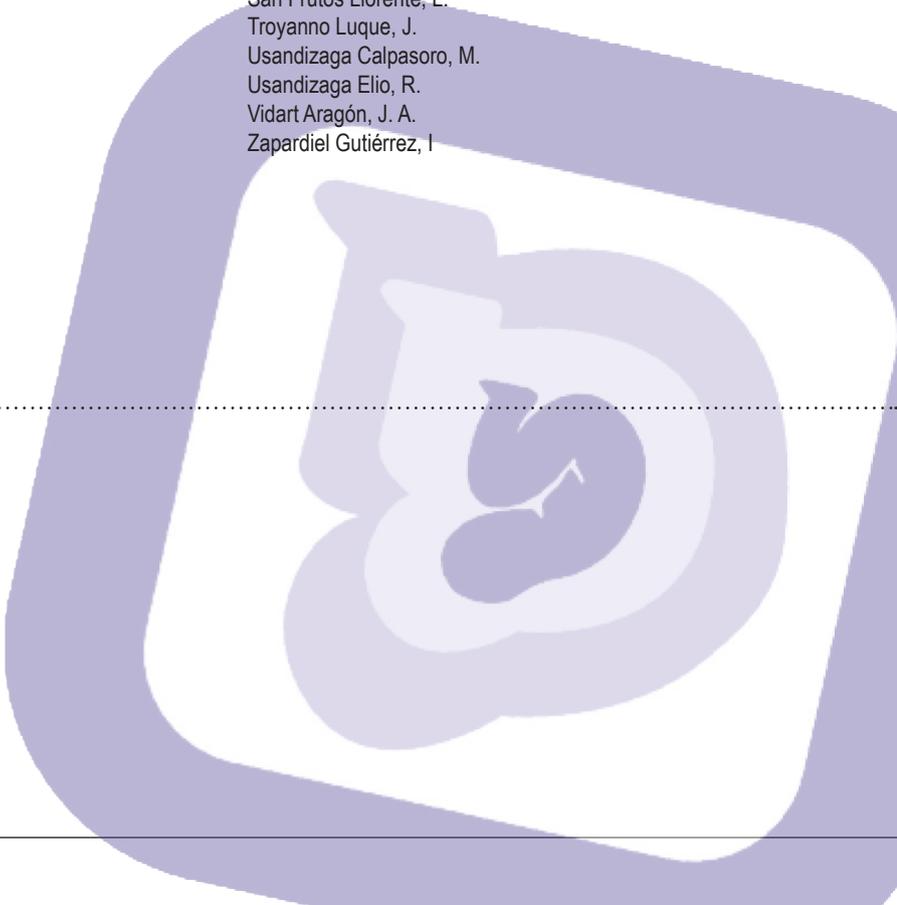
SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Escribano Tórtola, J.J
Marcos Fernández, M

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.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Cortés Bordoy, J.
Cristóbal García, I.
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.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Pérez-Medina, T.
Pingarron Santofimía, 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 MMXXIV ♦ MARZO-ABRIL 2024 ♦ NÚMERO 795

ARTÍCULO ORIGINAL

¿Es el cáncer de mama realmente menos agresivo en mujeres mayores de 69 años?

Sautua Molina I, Sánchez Méndez JI 62

Estudio de la práctica clínica y actitud terapéutica de los ginecólogos españoles en la prevención y el tratamiento de los dolores asociados al ciclo menstrual y la dismenorrea: Proyecto Menalguía

Albi González M, Orozco Fernández R, de la Iglesia R 72

Histeroscopias en consulta: nuestra experiencia con gel anestésico

Carmona Moral JV, Meseguer Berroy A, Ramírez Belloch G, Folgado De la Herrán C, Cabrerizo Soler C 81

REVISIÓN DE CONJUNTO

Técnicas exitosas para la inserción de dispositivos intrauterinos contraceptivos. Consejos basados en la experiencia

Cancelo Hidalgo MJ 87

CASO CLÍNICO

Dacriocistocele en ecografía prenatal. A propósito de un caso

Martínez Gamón B, Miró Matos M, Jiménez Mateo-Sidrón F, Novelle García M, Rodríguez Benito C 96

Quiste de bolsa de blake. La importancia del diagnóstico diferencial

Chivato Lorenzo L, De Mingo Romanillos L, Martínez Ten Pilar, Martín Fernandez Raquel, Escribano Tórtola JJ 101

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Dos partos complicados en “los milagros de nuestra señora” de Gonzalo de Berceo

De Miguel Sesmero JR, Sánchez Movellán, De Miguel Sánchez V 107

CONTENTS

MMXXIV YEARS ♦ MARCH-APRIL 2024 ♦ NUMBER 795

ORIGINAL ARTICLES

Is breast cancer really less aggressive in women over 69?

Sautua Molina I, Sánchez Méndez JI 62

Study of clinical practice and therapeutic attitude of the Spanish gynecologists in prevention and treatment of pain associated to menstrual cycle and dysmenorrhea: Menalgúa Project

Albi González M, Orozco Fernández R, de la Iglesia R 72

Office hysteroscopies: our experience with anesthetic gel;

Carmona Moral JV, Meseguer Berroy A, Ramírez Belloch G, Folgado De la Herrán C, Cabrerizo Soler C 81

REVISION

Successful techniques for contraceptive intrauterine devices insertion. Tips based on experience

Cancelo Hidalgo MJ 87

CASE REPORT

Dacriocistocele in prenatal ultrasound. A case report

Martínez Gamón B, Miró Matos M, Jiménez Mateo-Sidrón F, Novelle García M, Rodríguez Benito C 96

Blake's Pouch Cyst. The Importance Of Differential Diagnosis. Report Of A Case

Chivato Lorenzo L, De Mingo Romanillos L, Martínez Ten Pilar, Martín Fernandez Raquel, Escribano Tórtola JJ 101

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Two complicated births in "the miracles of our lady" by Gonzalo de Berceo

De Miguel Sesmero JR, Sánchez Movellán, De Miguel Sánchez V 107

Artículo Original

¿Es el cáncer de mama realmente menos agresivo en mujeres mayores de 69 años?

Is breast cancer really less aggressive in women over 69?

Sautua Molina I, Sánchez Méndez JI

Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario La Paz

RESUMEN

La esperanza de vida está aumentando y con ello, la prevalencia del cáncer de mama (CM), ya que la edad es uno de los principales factores de riesgo. Se tiende a considerar que el CM en mujeres mayores es menos agresivo, pues con frecuencia se trataría de tumores hormonodependientes-HER2-negativos. Sin embargo, no es despreciable el porcentaje de pacientes mayores con tumores triple negativos (TN) y HER2-positivos, ambos de comportamiento agresivo.

En este trabajo analizamos las características clínico-patológicas del CM en mujeres de 70 años o más (Grupo A), comparándolas con las de mujeres posmenopáusicas entre 50- 69 años (Grupo B), diagnosticadas en el Hospital Universitario La Paz en 2018. Se han recogido un total de 158 pacientes, 52 del grupo A y 106 del B.

En nuestra población, las características clínico-patológicas de los CM en el grupo A son similares a las del grupo B, si bien el primero presenta una tendencia no significativa hacia tamaños tumorales más grandes, y mayor proporción de CMTN. Encontramos diferencias significativas en cuanto algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia y radioterapia) que son más frecuentes en

el grupo B, y a la supervivencia global que es menor en el grupo A.

A pesar de que las características clínico-patológicas de los CM en mujeres mayores de 69 años son similares a las de mujeres posmenopáusicas más jóvenes, los tratamientos realizados en ellas son distintos, y el pronóstico peor.

Son necesarios más estudios con una mayor población y seguimiento, para así tratar de confirmar estos hallazgos en otros centros.

Palabras clave: Cáncer de mama, ancianas, características clínico-patológicas, tratamiento, supervivencia.

ABSTRACT

Life expectancy is increasing and with it, the prevalence of breast cancer (BC), since age is one of the main risk factors. There is a tendency to consider that breast cancer in older women is less aggressive, as they are often hormone-dependent-HER2-negative tumors. However, the percentage of older patients with triple-negative (TN) and HER2-positive tumors, both of which behave aggressively, is not negligible.

In this study, we analyzed the clinicopathological characteristics of BC in women aged 70 years or older (Group A), comparing them with those of postmenopausal women aged 50-69 (Group B), diagnosed at the Hospital Universitario La Paz in 2018. A total of 158 patients were included, 52 in group A and 106 in group B.

In our population, the clinicopathologic characteristics of BC in group A are similar to those of group B, although the former shows a non-significant trend towards larger tumor size and a higher proportion of TN BC. We found significant differences in some treatments (sur-

CORRESPONDENCIA:

Itziar Sautua Molina

Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario La Paz

gery, chemotherapy, and radiotherapy), which are more frequent in group B, and in overall survival, which is lower in group A.

Despite similar clinicopathologic features of BC in women older than 69 years and in younger postmenopausal women, the treatments applied to them are different and the prognosis worse in older women.

Further studies with a larger population and follow-up are needed to try to confirm these findings in other centers.

Keywords: Breast cancer, elderly women, clinicopathological characteristics, treatment, survival.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida está aumentando y con ello, la prevalencia del cáncer de mama (CM), ya que la edad, después del sexo, es su principal factor de riesgo (Biganzoli 2021). Así, en las mujeres de 70 años o más constituye aproximadamente el 25-30% de todas las pacientes con dicho diagnóstico (Jones 2012).

En general se tiene la idea, y hay estudios que así lo afirman, que el CM en mujeres mayores (>70 años) es más indolente y menos agresivo, ya que presentan con una mayor frecuencia tumores con receptores hormonales (RH)-positivos y HER2-negativos, que en sí mismos son los subtipos más favorables. Probablemente por ello los programas de cribado de CM no contemplan mujeres por encima de los 69 años (Jones 2012), con frecuencia se les proponen tratamientos no estándar, y se las excluye de los ensayos clínicos (Menjak 2018). En este mismo sentido, hay autores que concluyen que la edad no se relaciona con la supervivencia libre de enfermedad (SLE), aunque sí con la supervivencia global (SG), si bien este aumento de la mortalidad muy probablemente no se deba al CM sino a comorbilidades asociadas (Jenkins 2014).

Sin embargo, no es despreciable el porcentaje de pacientes mayores que hay con tumores triple negativos (TN) y HER2-positivos, ambos de comportamiento agresivo (Jenkins 2014); y es un hecho que el descenso de la mortalidad del CM en los últimos años sea mucho menos pronunciado en este grupo de edad (Smith 2011).

Por ello, resulta de gran relevancia considerar, además de las comorbilidades y la esperanza de vida de los pacientes (Varghese 2018), las características clínico-patológicas de los CM en las mujeres mayores para así poder adecuar correctamente el tratamiento (Baban 2019).

Ante esto, surge la duda de si las características clínico-patológicas del CM en pacientes de 70 años o más, en comparación con el de las de mujeres posmenopáusicas más jóvenes, son distintas, y si debieran por tanto recibir, o no, el mismo tratamiento, independientemente de su

edad. Pues pudiera ocurrir que en contra de lo que en general se piensa el grupo de pacientes mayores no tuviera CM menos agresivos, y de ser así nos podría hacer replantearnos los protocolos diagnósticos terapéuticos que empleamos.

HIPÓTESIS

Las características clínico-patológicas del CM en mujeres de 70 años o más son similares a las de aquellas mujeres posmenopáusicas con edades comprendidas entre 50 y 69 años.

OBJETIVOS

El objetivo principal es estudiar las características clínico-patológicas del CM en mujeres mayores de 69 años y compararlas con respecto a las de 50-69.

Los objetivos secundarios comprenden:

- Analizar el grado de afectación axilar y metastásica en cada grupo de pacientes anteriormente definido.
- Describir los tratamientos empleados en cada grupo.
- Comparar la SG y la SLE entre los dos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional mediante el análisis de dos grupos de pacientes con CM: mujeres de 70 años o más (Grupo A) y mujeres posmenopáusicas con edades comprendidas entre 50 y 69 años (Grupo B), diagnosticadas en la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria del Hospital Universitario La Paz (HULP) durante el año 2018.

DISEÑO

Los criterios de inclusión del estudio fueron los siguientes:

- Mujeres, y
- Posmenopáusicas, y
- Mayores de 50 años, y
- Diagnóstico de CM en el año 2018 en HULP. Y los de exclusión:
- Mujeres de edades inferiores a 50 años, o
- Premenopáusicas, o
- Varones, o
- Que no cumplan los criterios de inclusión.
- Las variables que se recogieron fueron las mencionadas a continuación:
- Número de identificación
- Grupo: 50-69 años o mayores de 69
- Edad: años
- Características tumorales al diagnóstico:
 - Tamaño: mm

- Localización: izquierda, derecha
- Cuadrante: superoexterno, superointerno, inferoexterno, inferointerno, retroareolar, difuso
- Características histopatológicas:
 - Grado histológico: G1, G2, G3
 - Receptor de estrógenos (RE): %
 - Receptor de progesterona (RP): %
 - Ki67: %
 - HER2: positivo, negativo, no determinado
- Afectación axilar clínica: sí, no
- Grado de afectación axilar: mínima, moderada, masiva
- cTNM (8a edición, AJCC Cancer Staging Manual)
- Tratamiento inicial: exéresis, hormonoterapia neoadyuvante (HNA), quimioterapia neoadyuvante (QNA)
- Cirugía en mama: conservadora, radical, no
- Cirugía en axila: biopsia del ganglio centinela (BGC), BGC + linfadenectomía (LA), LA, no
 - En BGC: número de ganglios centinela totales (GCT), ganglios centinela positivos (GCP) con macro- y/o micrometástasis
 - En LA: número de ganglios linfáticos totales (NT), ganglios linfáticos positivos (NP) con macro- y micrometástasis
- Hormonoterapia adyuvante (HT): sí, no
- Radioterapia (RT): sí, no
- Quimioterapia adyuvante (QT): sí, no
- Situación actual: en remisión, recidiva local, recidiva a distancia, exitus por CM, fallecimiento por otras causas, pérdida

Las fuentes de información de los datos han sido las Historias Clínicas de las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y no presentaban ningún criterio de exclusión.

Debido a que se trata de un trabajo de carácter observacional retrospectivo, no se previó ningún abandono ni pérdida.

La duración y las fases del estudio fueron las siguientes:

- Presentación y análisis en el Comité Ético de Investigación de medicamentos (CEIm): diciembre 2022
- Recogida de datos: diciembre 2022 - febrero 2023
- Cierre de la base de datos: febrero 2023
- Análisis de datos: marzo 2023
- Presentación del trabajo: mayo 2023

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico del estudio se llevó a cabo mediante la evaluación de los casos válidos, con el propósito de estudiar las características clínico-patológicas del CM en mujeres de 70 o más años y en aquellas posmenopáu-

sicas de 50-69, y comparar los resultados obtenidos en ambos grupos, valorando si existen diferencias entre ellos.

En cada caso se aplicaron los test estadísticos más adecuados en función de las características de las variables. Para la comparación de variables cualitativas entre los dos grupos se realizó el estadístico chi cuadrado. En las variables cuantitativas se llevó a cabo la T de Student o la U de Mann Whitney en función de si seguían o no la distribución normal, respectivamente. Se aceptó como estadísticamente significativo una $p < 0.05$ para todas las variables. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software IBM Statistics SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se ha desarrollado de acuerdo con el protocolo y con los procedimientos normalizados de trabajo que aseguran el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica, tal como se describe en las Normas Tripartitas armonizadas de la Conferencia Internacional de Armonización (International Conference on Harmonization, ICH) para Buena Práctica Clínica 1996. Siguiendo las directrices sobre estudios observacionales, el estudio ha sido revisado y aprobado por el CEIm del HULP, con el código interno 2023.016 y el código HULP: PI-5536, así como por el subcomité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Dado el carácter observacional de la investigación, no se ha producido ninguna inferencia en la práctica clínica habitual, no ha supuesto ningún riesgo para las pacientes incluidas y no se requiere ningún documento de información ni de consentimiento informado. Las pacientes del estudio están identificadas mediante un código de paciente, que les fue otorgado en el momento de su inclusión. Los datos obtenidos han sido guardados y analizados por ordenador. Se han seguido en todo momento las regulaciones españolas sobre el manejo de datos informatizados, en cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

RESULTADOS

Se han recogido los datos de un total de 158 pacientes con diagnóstico de CM y que cumplían todos los criterios de inclusión, de las cuales 52 pertenecen al grupo A (mayores de 69 años), y 106 al grupo B (de 50 a 69 años). Los resultados están recogidos en las tablas 1, 2 y 3.

Características Tumorales

El tamaño del tumor presentó una dispersión hacia valores más elevados en el grupo de mayor edad. Su localización fue ligeramente más frecuente en la mama derecha que en la izquierda, y concretamente el cuadrante supe-

Tabla 1. Edad de las pacientes

		Media	DE	Mínimo	Máximo	n
Edad	Grupo A	78,5	6,1	70	92	52
	Grupo B	60,1	5,6	50	69	106

Tabla 2. Características Tumorales. Variables Cuantitativas.

		Mediana	P25	P50	P75	RIC	p
Tamaño (mm)	Grupo A	22	15	22	40	25	0,456
	Grupo B	20	12	20	32,8	20,8	
RE (%)	Grupo A	100	0	100	100	100	ns
	Grupo B	100	90	100	100	10	
RP (%)	Grupo A	47,5	0	47,5	90	90	0,804
	Grupo B	30	0	30	90	90	
Ki67 (%)	Grupo A	18	10	18	40	30	0,624
	Grupo B	20	10	20	35	25	

RE: receptor de estrógenos; RP: receptor de progesterona; RIC: rango intercuartílico; ns: no significativo.

roexterno fue el más afectado en frecuencia en ambos grupos. En ninguna de estas variables se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas.

El tipo histológico más común en el total de las pacientes estudiadas fue el ductal infiltrante. La distribución de las pacientes respecto al grado histológico fue también homogénea; siendo el grado 2 o moderadamente diferenciado el más frecuente.

De los fenotipos estudiados, el más frecuente fue el luminal A, siendo el de mejor pronóstico, seguido del luminal B, el HER2-positivo (incluyendo el luminal B con expresión de HER2 y el HER2-positivo puro) y, por último, el TN. Fue llamativa la diferencia en la proporción de pacientes con TN entre los grupos, que fue del 8,9% en las más jóvenes y del 19,1% en las de mayor edad, que se corresponde al fenotipo de peor pronóstico. A pesar de ello, tampoco aquí se evidenciaron diferencias significativas, ni siquiera al agrupar los de mejor pronóstico (luminal A y B) y compararlos con los HER2-positivos y TN. En congruencia con lo anterior encontramos que la expresión del receptor de estrógenos, el de progesterona, el Ki67 y el HER2 fue similar en ambos grupos.

Para el estudio de la cT de la clasificación TNM se recodificaron las variables de modo que se compararon los siguientes grupos: cT0-1, cT2, cT3-4. Aunque las diferencias no fueron significativas, las pacientes más jóvenes sí presentaron un mayor porcentaje de tumores pequeños (cT0-1).

Por otro lado, el grado de afectación axilar (pN) fue homogénea en ambos grupos. Su ausencia fue el evento mayoritario y la proporción de pacientes afectadas disminuyó a mayor grado de afectación. Tampoco se evidenciaron diferencias al comparar la afectación metastásica.

Tratamiento

Respecto al tratamiento inicial se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: se llevaron a cabo menos tratamientos quirúrgicos, o de QNA en las mayores de 69 años. El más prevalente fue la exéresis, presente en el 58,5% de las pacientes más jóvenes y el 46,5% de las mayores. El segundo en frecuencia fue la QNA en el grupo B y la HNA en el de las pacientes de mayor edad.

La totalidad de las pacientes de 50-69 años fueron intervenidas quirúrgicamente de la mama, mientras que solamente el 86,5% de las mayores recibieron tratamiento quirúrgico, evidenciándose diferencias estadísticas con una $p < 0,001$. La proporción de cirugías conservadoras y radicales fue similar.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas en la cirugía de axila, ya que fueron intervenidas el 93,4% de las más jóvenes frente al 71,2% de las mayores. Los resultados en cuanto al tipo de cirugía realizada fueron homogéneos, siendo la BGC lo más común (84,6%), seguido de la consecución de BGC y LA (8,8%) y, por último, LA directa (6,6%). La BGC se llevó a cabo en un total de 127 pacientes, seguidos o no de LA. De todas ellas, no se localizó el ganglio en 4 pacientes, y aunque en general suele haber más dificultad para su localización en pacientes mayores, en este caso no se evidenciaron diferencias significativas respecto a la distribución de estas pacientes (3 en el grupo A y 1 en el B). No hubo diferencias tampoco en el número de GCT. En la mayoría de las pacientes jóvenes se localizaron 1 o 2, al igual que en las mayores, aunque en este último grupo hubo una dispersión mayor hacia valores más elevados. Donde sí se observaron diferencias estadísticamente significativas fue en los GCP. En el grupo B el 26,9% fueron positivos frente al 6,7% del A. De los 27 GCP, se detectaron macrometástasis en 63%, que únicamente se agruparon en el grupo B, y micrometástasis en el 37% restante: de ellas, el 80% se encontraron en el grupo B y el 20% en el A. No se detectaron diferencias significativas respecto a las LA, realizadas en el 13,5% de las mayores de 69 años y el 15,8% de las más jóvenes, y tampoco en su resultado: siendo positivas en el 85,7% del grupo A y el 61,1% del B.

En cuanto a los tratamientos adyuvantes, las pacientes

Tabla 3. Valores de las variables cualitativas estudiadas.

	Total		Grupo A		Grupo B		p
	n	%	n	%	n	%	
Localización	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
Derecha	82	51,9	28	53,8	54	50,9	0,731
Izquierda	76	48,1	24	46,2	52	49,1	
Cuadrante	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
Difuso	3	1,9	1	1,9	2	1,9	
Externo	19	12,0	7	13,5	12	11,3	
Inferiores	3	1,9	2	3,8	1	0,9	
Inferoexterno	11	7,0	3	5,8	8	7,5	
Inferointerno	7	4,4	4	7,7	3	2,8	
Interno	8	5,1	1	1,9	7	6,6	
Oculto	1	0,6	1	1,9	0	0,0	
Retroareolar	10	6,3	5	9,6	5	4,7	
Superiores	24	15,2	11	21,2	13	12,3	
Superoexterno	56	35,5	15	28,8	41	38,7	
Superointerno	16	10,1	2	3,8	14	13,2	
Tipo histológico	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
Ductal	110	69,6	37	71,2	73	68,9	ns
Lobulillar	12	7,6	4	7,7	8	7,5	
In situ	16	10,1	3	5,8	13	12,3	
Otros	20	12,7	8	15,4	12	11,3	
Grado histológico	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
G1	39	24,7	16	30,8	23	21,7	0,426
G2	76	48,1	22	42,3	54	50,9	
G3	43	27,2	14	26,9	29	27,4	
HER2	137	100,0	52	100,0	106	100,0	
Negativo	116	84,7	42	80,8	74	69,8	0,271
Positivo	21	15,3	5	9,6	16	15,1	
Fenotipo	137	100,0	47	100,0	90	100,0	
Luminal A	54	39,4	19	40,4	35	38,9	0,308
Luminal B	47	34,3	14	29,8	33	36,7	
HER2 (Luminal y puro)	19	13,9	5	10,6	14	15,6	
Basal	17	12,4	9	19,1	8	8,9	
Afect. axilar clínica	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
No	131	82,9	43	82,7	88	83,0	0,959
Sí	27	17,1	9	17,3	18	17,0	

Grado de afectación axilar	26	100,0	8	100,0	18	100,0	
Mínima	15	57,7	4	50,0	11	61,1	0,862
Moderada	8	30,8	3	37,5	5	27,8	
Masiva	3	11,5	1	12,5	2	11,1	
cT	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
cT0-1	92	58,2	25	48,1	67	63,2	0,147
cT2	54	34,2	21	40,4	33	31,1	
cT3-4	12	7,6	6	11,5	6	5,7	
Tratamiento inicial	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
Exéresis	86	54,4	24	46,2	62	58,5	0,028*
HNA	40	25,3	20	38,5	20	18,9	
QNA	32	20,3	8	15,4	24	22,6	
Cirugía en mama	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
Conservadora	125	79,1	36	69,2	89	84,0	<0,001*
Radical	26	16,5	9	17,3	17	16,0	
No cirugía	7	4,4	7	13,5	0	0,0	

Cirugía en mama II	151	100,0	45	100,0	106	100,0	
Conservadora	125	82,8	36	80,0	89	84,0	0,555
Radical	26	17,2	9	20,0	17	16,0	
Cirugía en axila	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
No	22	13,9	15	28,8	7	6,6	<0,001*
Sí	136	86,1	37	71,2	99	93,4	
Tipo de cirugía en axila	136	100,0	37	100,0	99	100,0	
BGC	115	84,6	30	81,1	85	85,9	0,493
BGC + LA	12	8,8	1	2,7	11	11,1	
LA	9	6,6	6	16,2	3	3,0	
Ganglio centinela	127	100,0	31	100,0	96	100,0	
No localizado	4	3,1	1	3,2	3	3,1	
Localizado	123	96,9	30	96,8	93	96,9	
GCT	123	100,0	30	100,0	93	100,0	
1	56	45,5	11	36,7	45	48,4	0,153
2	37	30,1	8	26,7	29	31,2	
3	18	14,6	7	23,3	11	11,8	
4	9	7,3	3	10,0	6	6,5	
5	3	2,4	1	3,3	2	2,2	
Número de GCP	123	100,0	30	100,0	93	100,0	

	0	96	78,0	28	93,3	68	73,1	
	1	24	19,5	2	6,7	22	23,7	
	2	2	1,6	0	0,0	2	2,2	
	3	1	0,8	0	0,0	1	1,1	
GCP		123	100,0	30	100,0	93	100,0	
	No	96	78,0	28	93,3	68	73,1	0,020*
	Sí	27	22,0	2	6,7	25	26,9	

GCP II		27	100,0	2	100,0	25	100,0	
Macrometástasis		17	63,0	0	0,0	17	68,0	
Micrometástasis		10	37,0	2	100,0	8	32,0	
LA		158	100,0	52	100,0	106	100,0	
	No	133	84,2	45	86,5	88	84,2	0,569
	Sí	25	15,8	7	13,5	18	15,8	
Ganglios linfáticos de LA		25	100	7	100	18	100	
	Negativos	8	32,0	1	14,3	7	38,9	0,362
	Alguno positivo	17	78,0	6	85,7	11	31,1	
HT		158	100,0	52	100,0	106	100,0	
	No	35	22,2	13	25,0	22	20,8	0,550
	Sí	123	77,8	39	75,0	84	79,2	
RT		158	100,0	52	100,0	106	100,0	
	No	33	20,9	17	32,7	16	15,1	0,003*
	Rechaza	2	1,3	2	3,8	0	0,0	
	Sí	123	77,8	33	63,5	90	84,9	
QT		158	100,0	52	100,0	106	100,0	
	No	102	64,6	41	78,8	61	57,5	0,031*
	Rechaza	4	2,5	1	1,9	3	2,8	
	Sí	52	32,9	10	19,2	42	39,6	
Situación actual		158	100,0	52	100,0	106	100,0	
	En remisión	136	86,1	39	75,0	97	91,5	
	En tratamiento	1	0,6	0	0,0	1	0,9	
	Éxitus por CM	5	3,2	2	3,8	3	2,8	
	Éxitus otras causas	8	5,1	8	15,4	0	0,0	
	Pérdida	5	3,2	2	3,8	3	2,8	

más jóvenes fueron sometidas con una frecuencia mayor a RT y QT. Estas pacientes recibieron estadísticamente más RT (84,9% frente a 63,5%) y QT (39,6% frente a 19,2%). Por el contrario, la proporción de pacientes que recibieron

Recidiva local	2	1,3	1	1,9	1	0,9	
Recidiva regional	1	0,6	0	0,0	1	0,9	
Situación actual II	158	100,0	52	100,0	106	100,0	
En tratamiento, en remisión	137	86,7	39	75	98	92,5	0,002*
Fallecida, Pérdida, Recidiva	21	13,3	13	25	8	7,5	

HNA: hormonoterapia neoadyuvante; QNA: quimioterapia neoadyuvante; BGC: biopsia del ganglio centinela; LA: linfadenectomía; GCT: ganglios centinela totales; GCP: ganglios centinela positivos; HT: hormonoterapia; RT: radioterapia adyuvante; QT: quimioterapia adyuvante; ns: no significativo.

HT fue más homogénea entre los grupos: el 79,2% de las más jóvenes y el 75% de las de 70 años o más.

Seguimiento

En lo que respecta a la situación actual de las pacientes, y con un seguimiento medio de 4,5 años, los eventos menos favorables (fallecimientos, recidivas locales o a distancia y las pérdidas) se agruparon en las pacientes mayores y la diferencia fue estadísticamente significativa, mientras que la proporción de aquellas en remisión fue superior entre las más jóvenes.

DISCUSIÓN

En este trabajo se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo observacional mediante la comparación de dos grupos de mujeres posmenopáusicas con CM que difieren en la edad: 106 pacientes de 50-69 años y 52 de 70 o más, todas ellas diagnosticadas en la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria del HULP durante el año 2018. La proporción de pacientes incluidas en cada grupo concuerda con la población de la Comunidad de Madrid, que atendiendo a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) hay 920.943 mujeres de entre 50 y 69 años, y 542.460 mayores de 69.

Características Tumorales

Como se ha expuesto en los resultados, y en contra de la creencia más generalizada, no se han detectado diferencias estadísticamente significativas en ningún aspecto de las características clínico-patológicas del CM entre los dos grupos de pacientes, si bien en el grupo A presentan tamaños más grandes en el momento del diagnóstico. Este hallazgo también se pone de manifiesto en otros estudios (Paik 2022, Sawaki 2020), lo que podría ser debido a la ausencia de cribado poblacional de CM en las pacientes de mayor edad, que en España, en general, se realiza a mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años, y esto llevaría a un diagnóstico más tardío.

También se observó, aunque sin alcanzar una significación estadística, que había una mayor proporción de CM

TN en el grupo A, que se trata del fenotipo de peor pronóstico (Baranova 2021). Este mayor porcentaje de TN, que por definición no expresan HER2, explica que los positivos para dicho receptor se concentren con mayor frecuencia entre las mujeres más jóvenes. Por otro lado, la proporción de GCP significativamente menor en las pacientes mayores se puede justificar también porque presentan más TN y luminales A -cuya incidencia aumenta con la edad-, ya que ambos fenotipos histológicos son los que presentan una menor afectación axilar (Liu 2017).

Contrario a los resultados obtenidos en este estudio, que podrían incluso orientar hacia una mayor agresividad del CM en mujeres mayores debido a su mayor tamaño y a la mayor proporción de TN, hay autores que defienden un comportamiento menos agresivo. Afirman que generalmente presentan subtipos más favorables, de menor grado histológico, RH-positivos, con una menor expresión de HER2 y menor afectación axilar (Abdel-Razeq 2021, Huang 2021).

Tratamiento

En cuanto a los tratamientos recibidos en cada grupo de pacientes se observaron diferencias estadísticamente significativas. En primer lugar, se realizaron menos cirugías en el grupo de pacientes mayores, que comprenden un grupo muy heterogéneo de pacientes con más o menos comorbilidades asociadas (Menjak 2018). Pero no solo las comorbilidades asociadas y la fragilidad influyen en el menor número de cirugías en este grupo, sino que hay algunos casos en los que pacientes mayores presentan CM RH- positivos que son únicamente tratados con HT y no son sometidas a intervenciones quirúrgicas a pesar de presentar un adecuado estado físico (Jauhari 2021).

Además, también reciben menos tratamientos de QT las pacientes mayores de forma estadísticamente significativa. Esto se podría explicar por los cambios fisiológicos que conlleva la edad, lo que puede disminuir la tolerancia a la QT, y es por ello por lo que se debe monitorizar más minuciosamente a las pacientes de mayor edad y tomar medidas preventivas (Wildiers 2012), lo que lleva en muchos casos a desestimar este tratamiento. A esto se le suma que estas pacientes prefieren generalmente la calidad de vida antes que someterse a tratamientos que puedan tener importantes efectos adversos (Shrestha 2019). Y esto último podría ser también la razón por la que haya diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la RT, de forma que estas mujeres mayores la reciben en una proporción menor.

Seguimiento

En este trabajo se observó que la SG es superior en las mujeres más jóvenes. Esto se corresponde con lo observado tanto en estudios que defienden que el CM es de características menos agresivas en personas mayores (Abdel-Razeq 2021, Huang 2021) como en los que concluyen que no hay diferencias en función de la edad de las pacientes (Inwald 2017). Esto se podría deber a que las mujeres mayores con diagnóstico de CM están infratratadas, de modo que si recibiesen el tratamiento adyuvante siguiendo las guías tal y como se hace con las más jóvenes, no habría diferencias en cuanto a la supervivencia, pero esto no es siempre posible ya que se deben valorar los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de tratamiento en las mujeres de mayor edad (Inwald 2017), lo que constituye un desafío y se debe continuar investigando en el manejo de este grupo de pacientes.

Pero si se analiza el total de pacientes fallecidas y se hace la distinción entre ser debido al CM o a otras causas, se observa que el total de defunciones entre las pacientes jóvenes fue debido a dicha enfermedad, mientras que en las mayores solamente 2 de las 10 totales. Esto manifiesta que las diferencias obtenidas no radicarían únicamente en el tratamiento recibido, sino que las comorbilidades asociadas y la edad más avanzada podrían jugar también un papel importante. Por otro lado, la SLE no pudo ser estudiada ya que únicamente hubo recidivas en un total de 3 pacientes.

Limitaciones y propuestas de investigación futuras

El estudio realizado no está ausente de limitaciones. Se trata de un análisis retrospectivo observacional en el que los datos son unicéntricos, por lo que los resultados no los podemos extrapolar a la población general. Además, se podría proponer ampliar el tiempo de seguimiento estudiando la tasa de supervivencia a los 10 años del diagnóstico. También se podría aumentar el número de pacientes incluidas en el estudio que cumplan los criterios de inclusión, o llevar a cabo el mismo estudio en otros centros situados en regiones geográficas diferentes para analizar si distintas poblaciones siguen el mismo comportamiento. Es decir, se podría realizar un estudio multicéntrico para obtener unos resultados que expongan más fielmente la realidad de las pacientes con CM en la población general.

CONCLUSIONES

En la población de pacientes mayores de 69 años con CM, comparada con la de mujeres posmenopáusicas con

CM con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años:

1. En contra de la creencia más generalizada, las características clínico-patológicas de los tumores son similares.
2. No se evidenciaron diferencias ni en cuanto al grado de afectación axilar, ni a la afectación metastásica.
3. Hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los tratamientos empleados: menores tasas de cirugía, quimioterapia y radioterapia en el grupo de mujeres mayores de 69 años.
4. Hay diferencias estadísticamente significativas respecto a la SG que es menor en el grupo de pacientes mayores. Esta diferencia se explica por causas ajenas al CM (comorbilidades asociadas).

Son necesarios más estudios que incluyan una población mayor, que sean llevados a cabo en otros centros situados en diferentes regiones geográficas y con un seguimiento más prolongado en el tiempo para valorar si se obtienen resultados que refuercen estas conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdel-Razeq, H., Iweir, S., Abdel-Razeq, R., Rahman, F. A., Almasri, H., Bater, R., Taqash, A., & Abdelkhaleq, H. (2021). Differences in clinicopathological characteristics, treatment, and survival outcomes between older and younger breast cancer patients. *Scientific reports*, 11(1), 14340. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93676-w>
2. Baban, C. K., Devane, L., & Geraghty, J. (2019). Change of paradigm in treating elderly with breast cancer: are we undertreating elderly patients?. *Irish journal of medical science*, 188(2), 379–388. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1851-9>
3. Baranova, A., Krasnoselskyi, M., Starikov, V., Kartashov, S., Zhulkevych, I., Vlasenko, V., Oleshko, K., Bilodid, O., Sadchikova, M., & Vinnyk, Y. (2022). Triple-negative breast cancer: current treatment strategies and factors of negative prognosis. *Journal of medicine and life*, 15(2), 153–161. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0108>
4. Biganzoli, L., Battisti, N., Wildiers, H., McCartney, A., Colloca, G., Kunkler, I. H., Cardoso, M. J., Cheung, K. L., de Glas, N. A., Trimboli, R. M., Korc-Grodzicki, B., Soto-Perez-de-Celis, E., Ponti, A., Tsang, J., Marotti, L., Benn, K., Aapro, M. S., & Brain, E. (2021). Updated recommendations regarding the management of older patients with breast cancer: a joint paper from the European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) and the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *The Lancet. Oncology*, 22(7), e327–e340. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30741-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30741-5)
5. Huang, Y., Ip, E. C., Ng, A. K. T., & Cohen-Hallaleh, R. (2021). Variations in intrinsic breast cancer characteristics in screen-detected breast cancer patients aged between 45 and 69 and above the age of 70. *ANZ journal of surgery*, 91(4), 691–694. <https://doi.org/10.1111/ans.16430>
6. Inwald, E. C., Ortman, O., Koller, M., Zeman, F., Hofstädter, F., Evert, M., Brockhoff, G., & Klinkhammer-Schalke, M. (2017). Screening-relevant age threshold of 70 years and older is a stronger determinant for the choice of adjuvant treatment in breast cancer patients than tumor biology. *Breast cancer research and treatment*, 163(1), 119–130. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4151-6>
7. Jauhari, Y., Gannon, M. R., Dodwell, D., Horgan, K., Clements, K., Medina, J., & Cromwell, D. A. (2021). Surgical decisions in older women with early breast cancer: patient and disease factors. *The British journal of surgery*, 108(2), 160–167. <https://doi.org/10.1093/bjs/znaa042>
8. Jenkins, E. O., Deal, A. M., Anders, C. K., Prat, A., Perou, C. M., Carey, L. A., & Muss, H. B. (2014). Age-specific changes in intrinsic breast cancer subtypes: a focus on older women. *The oncologist*, 19(10), 1076–1083. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2014-0184>
9. Jones, E. L., Leak, A., & Muss, H. B. (2012). Adjuvant therapy of breast cancer in women 70 years of age and older: tough decisions, high stakes. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 26(9), 793–801.
10. Liu, N., Yang, Z., Liu, X., & Niu, Y. (2017). Lymph node status in different molecular subtype of breast cancer: triple negative tumours are more likely lymph node negative. *Oncotarget*, 8(33), 55534–55543. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15022>
11. Menjak, I. B., Jerzak, K. J., Desautels, D. N., & Pritchard, K. I. (2018). An update on treatment for post-menopausal metastatic breast cancer in elderly patients. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 19(6), 597–609. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1454431>
12. Paik, H. J., Kim, S. J., Kim, K. S., Kim, Y., Lee, S. K., Kang, S. H., Joon, J., Youn, H. J., & Korean Breast Cancer Society (2022). Characteristics and chronologically changing patterns of late-onset breast cancer in Korean women of age ≥ 70 years: A hospital based-registry study. *BMC cancer*, 22(1), 1261. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-10295-y>

13. Sawaki, M., Yamada, A., Kumamaru, H., Miyata, H., Nakayama, K., Shimizu, C., Miyashita, M., Honma, N., Taira, N., & Saji, S. (2021). Clinicopathological characteristics, practical treatments, prognosis, and clinical issues of older breast cancer patients in Japan. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 28(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s12282-020-01188-8>
14. Shrestha, A., Martin, C., Burton, M., Walters, S., Collins, K., & Wyld, L. (2019). Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psycho-oncology*, 28(7), 1367–1380. <https://doi.org/10.1002/pon.5054>
15. Smith, B. D., Jiang, J., McLaughlin, S. S., Hurria, A., Smith, G. L., Giordano, S. H., & Buchholz, T. A. (2011). Improvement in breast cancer outcomes over time: are older women missing out?. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 29(35), 4647–4653. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.35.8408>
16. Varghese, F., & Wong, J. (2018). Breast Cancer in the Elderly. *The Surgical clinics of North America*, 98(4), 819–833. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.04.002>
17. Wildiers H. (2012). Issues in the adjuvant treatment of common tumors (with a focus on breast cancer) in older adults (age >70). *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 10, x339–x341. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds327>

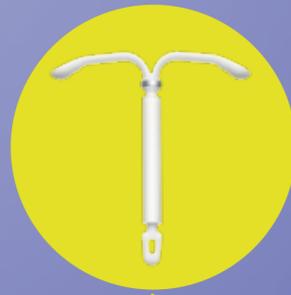
 Kyleena®
19,5 MG SISTEMA DE LIBERACIÓN INTRAUTERINO
LEVONORGESTREL

5 años. Dosis baja.

SI ME PREGUNTAS

QUIERO ALTA EFICACIA
Y UNA DOSIS BAJA DE HORMONAS

LOS NIVELES
HORMONALES SE
MANTIENEN SIN CAMBIOS^{1,2}



0,29
ÍNDICE DE PEARL
A 5 AÑOS^{1*}

LA DOSIS DIARIA DE
LNG MÁS BAJA^{1**}

SIN ESTRÓGENOS¹

MUJERES NULÍPARAS
Y PARAS¹

* Índice de Pearl a 1 año: 0,16 (IC 95 % 0,02-0,58). Índice de Pearl a 5 años: 0,29 (IC 95% 0,16-0,50). La tasa de fallo fue aproximadamente el 0,2 % a 1 año. La tasa de fallo acumulada fue de aproximadamente el 1,4% a 5 años.

** Disponible en un DIU de 5 años.

1. Kyleena® de Bayer (DIU con levonorgestrel). FT disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima>.

2. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, et al. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. Fertil Steril 2014;101:1686-1692.

Artículo Original

Estudio de la práctica clínica y actitud terapéutica de los ginecólogos españoles en la prevención y el tratamiento de los dolores asociados al ciclo menstrual y la dismenorrea: Proyecto Menalguía

Study of clinical practice and therapeutic attitude of the Spanish gynecologists in prevention and treatment of pain associated to menstrual cycle and dysmenorrhea: Menalguía Project

Albi González M (1), Orozco Fernández R (2), De la Iglesia R (3)

1 Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Grupo Hospitales Públicos Quironsalud. Madrid; Jefe del Servicio de Ginecología. Hospital Universitario la Luz Quironsalud. Madrid. Email: malbi@quironsalud.es

2 Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Quironsalud. Málaga. Email: rodrigo.orozco@quironsalud.es

3 Departamento de Medical Marketing. Laboratorios Ordesa. Email: Raquel.Iglesia@ordesalab.com

RESUMEN

La dismenorrea (CIE-10: N94.6) se define como el dolor espasmódico localizado en la región pélvica o abdominal inferior que aparece inmediatamente antes de y/o durante la menstruación. Se trata de una patología infradiagnosticada e infratratada que tiene un impacto considerable en la calidad de vida, las actividades de la vida diaria y las relaciones personales y sociales de las mujeres que la padecen. Su manejo puede beneficiarse del uso de terapias naturales seguras y efectivas.

El proyecto Menalguía se lanzó con el objetivo de investigar la práctica clínica para la prevención y tratamiento de la dismenorrea e identificar los perfiles principales de las pacientes con dismenorrea que utilizan un complemento alimenticio comercializado para el manejo o abordaje del dolor pélvico agudo y otros trastornos asociados a la dismenorrea. En este artículo, presentamos los resultados de una encuesta de opinión y práctica clínica a ginecólogos y un estudio observacional de tipo

serie de casos retrospectiva. Este proyecto ha contado con la participación de 163 ginecólogos españoles y la inclusión de datos de 642 mujeres.

Palabras clave: Dismenorrea; síndrome premenstrual; sauzgatillo; palmitoiletanolamida; polidatina; piridoxina; vitamina B₆; práctica clínica; tratamiento; prevención

ABSTRACT

Dysmenorrhea (ICD-10: N94.6) is defined as spasmodic pain in the pelvic or lower abdominal region that presents shortly before and/or during menstruation. It is an underdiagnosed and undertreated disorder with an important impact on the quality of life, daily activities and personal and social interactions of women affected. The management of dysmenorrhea may benefit from using safe and effective natural therapies.

Project Menalguía was launched with the objective of investigating clinical practice in the prevention and treatment of dysmenorrhea as well as identifying the main patient profiles using a nutritional supplement that is marketed to treat acute pelvic pain and other disorders associated with dysmenorrhea. In this paper, we present the results of an opinion and clinical practice survey conducted among gynecologists, and an observational study designed as a retrospective case series. 163 gynecologists participated in this project; data from 642 women were included.

CORRESPONDENCIA:

Raquel de la Iglesia

Departamento de Medical Marketing.

Laboratorios Ordesa.

Raquel.Iglesia@ordesalab.com

Key words: Dysmenorrhea; premenstrual syndrome, chasteberry; palmitoylethanolamide; polydatin; pyridoxine; vitamin B₆; clinical practice; treatment, prevention

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea (CIE-10: N94.6) es el dolor espasmódico localizado en la región pélvica o abdominal inferior inmediatamente antes de y/o durante la menstruación. Puede durar desde horas a varios días y acompañarse de náuseas, vómitos, sensación de mareo, cefalea, irritabilidad y depresión. Su prevalencia global oscila entre el 66,6% y el 75,2% (1). En España se ha estimado entre el 56% y el 62% (2,3).

Existen dos tipos de dismenorrea, la primaria (CIE-10: N94.4), que cursa sin otra patología pélvica asociada, y la secundaria (CIE-10: N94.5), asociada principalmente a endometriosis, aunque también se han descrito otros trastornos. La dismenorrea primaria se ha relacionado con una secreción excesiva de prostaglandinas y vasopresina en un complejo mecanismo que implica a los sistemas inmune, endocrino y vascular (4–7).

El tratamiento más frecuente utiliza antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y anticonceptivos combinados hormonales orales (ACHO) (8,9). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) reducen eficazmente los síntomas del síndrome premenstrual (SPM) (10). Muchas mujeres normalizan este trastorno y no solicitan ayuda médica. Es frecuente la automedicación con el consiguiente riesgo de ineficacia y efectos secundarios (9,11) y hay un elevado desconocimiento de las terapias alternativas (3).

Se trata, por lo tanto, de una patología infradiagnosticada e infratratada con un considerable impacto en la calidad de vida, las actividades diarias y las relaciones personales y sociales de las mujeres (12,13). Su manejo puede beneficiarse del uso de terapias naturales seguras y eficaces que no interaccionen con las opciones farmacológicas.

Ante esta situación, el proyecto Menalguía surgió con el siguiente objetivo:

- Recabar datos sobre práctica clínica y actitud terapéutica de los ginecólogos en la prevención y el tratamiento de los dolores asociados al ciclo menstrual y la dismenorrea.
- Conocer los perfiles de las pacientes a las que se recomienda el producto DONNAplus SAUZCARE y el efecto de este producto sobre su evolución.

DONNAplus SAUZCARE es un complemento alimenticio que contiene sauzgatillo (*Vitex agnus castus*), palmitoil-etanolamida (PEA), polidatina (PO) y vitamina B₆ y se ofrece para el manejo o abordaje del dolor pélvico agudo asociado a dismenorrea primaria y secundaria a

endometriosis, así como del cansancio y alteración del estado de ánimo asociados al SPM, las irregularidades del ciclo menstrual y la mastodinia/mastalgia cíclica (14).

Recientemente, se ha publicado en *Toko-Ginecología Práctica* una revisión exhaustiva de los mecanismos de acción, eficacia y seguridad de los componentes de DONNAplus SAUZCARE (14).

MÉTODOS

El proyecto Menalguía comprende una encuesta de opinión y práctica clínica a ginecólogos y un estudio observacional o serie de casos retrospectiva. Inicialmente, el objetivo fue la participación de 150 médicos que respondieran a la encuesta e incluyeran 4 casos cada uno en la serie retrospectiva, para recoger un total de 600 datos de las variables estudiadas.

El cuestionario de la encuesta constaba de 51 preguntas distribuidas en tres bloques:

- a) Perfil del facultativo.
- b) Patología y procedimientos diagnósticos.
- c) Tratamiento y prevención.

Todas las variables de estudio se resumieron mediante estadística descriptiva para el global de la población de análisis. Para las variables cuantitativas se obtuvieron la media, la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de la media, el rango intercuartílico y los percentiles de p₀ a p₁₀₀. Para las variables cualitativas se obtuvieron para cada categoría la frecuencia absoluta (n) y la frecuencia relativa (%).

RESULTADOS

Participaron en el proyecto Menalguía 163 ginecólogos, distribuidos por todo el territorio nacional, que respondieron el cuestionario de la encuesta de opinión y práctica clínica y rellenaron las hojas de datos de la serie de casos durante el año 2023.

Encuesta

De acuerdo con los ginecólogos encuestados, la dismenorrea primaria se diagnostica en el 69,6 ± 19,0% (media ± DE) de los casos cuando las mujeres consultan por estos síntomas. La media de edad de diagnóstico es 21,6 ± 5,0 años.

Con un porcentaje de acuerdo superior al 90%, tanto en la dismenorrea primaria, como en la secundaria, el diagnóstico se basa fundamentalmente en los síntomas (41,7 ± 18,9%, primaria; 34,8 ± 17,6%, secundaria) (Tabla 1) y en la historia menstrual completa (34,7 ± 18,3%, primaria; 29,2 ± 16,7%, secundaria) (Tabla 2). También se valoran los hábitos de vida y los antecedentes familiares (Tabla 3). Cuando se evalúan los órganos pélvicos para el diagnós-

Tabla 1. Síntomas asociados con la dismenorrea y frecuencia con que se asocian

Síntoma	Respuesta	N	n (%)
Náuseas	≤25%	136	69 (50,7%)
Vómitos	≤25%	126	96 (76,2%)
Diarrea	≤25%	132	69 (52,3%)
Dolor de cabeza	25-50%	145	62 (42,8%)
Calambres musculares	25-50%	134	53 (39,6%)
Dolor tipo cólico	≥75%	157	75 (47,8%)
Mala calidad del sueño	≤25%	118	57 (48,3%)
Otros síntomas	≤25%	15	Mastalgia 6 (40,0%)
			Mareos 3 (20,0%)
			Disquecia 3 (20,0%)
			Alteración emocional 2 (13,3%)
			Otros dolores 1 (0,6%)

N: número total de médicos que respondieron la pregunta;
n: número de médicos que seleccionaron la respuesta.

tico de dismenorrea, el procedimiento más utilizado en general es la ecografía (99,4%), seguido de la ecografía transvaginal (96,1%).

El tratamiento prescrito es, por orden de mayor a menor frecuencia, ACHO, AINE, analgésicos y complementos alimenticios. Se aprecia cierta discrepancia entre el tratamiento utilizado por las pacientes antes de consultar y el que se prescribe después del diagnóstico. Por ejemplo, un $52,3 \pm 25,3\%$ de las pacientes llegan a la consulta tomando AINE y un $36,5 \pm 24,1\%$ utiliza terapias hormonales. Después del diagnóstico del ginecólogo, la prescripción de AINE se reduce al $29,6 \pm 16,3\%$ de las pacientes, y la de ACHO aumenta ligeramente hasta el $39,4 \pm 20,1\%$.

La impresión del éxito terapéutico que tienen los especialistas es como sigue:

- Mientras que el 43,8% de los especialistas considera los ACHO una opción con “mucho éxito” (máxima puntuación en una escala del 1 al 5) y el 18,8% les asigna la puntuación inmediatamente inferior (4 puntos), hay un 25,6% de los encuestados que piensa que estas terapias tienen poco éxito (1 punto).

Tabla 2. Antecedentes menstruales y características del dolor

Pregunta	Respuesta	N	n (%)
Edad de la menarquia	11-13 años	160	110 (68,8%)
Duración media del sangrado	4-5 días	161	78 (48,4%)
	5-6 días		70 (43,5%)
Tiempo desde la menarquia hasta menstruaciones dolorosas	1-2 años	159	72 (45,3%)
	2-3 años		37 (23,3%)
Tipo de dolor (físico, psíquico o ambos)	Físico	159	103 (64,6%)
Intensidad media del dolor según la EVA	Moderado	161	43 (26,7%)
	Severo		117 (72,7%)
Frecuencia del dolor	Cada ciclo menstrual	115	32 (36,6%)
Aparición del dolor*	Días antes del ciclo	159	98 (61,6%)
	Al inicio del ciclo		81 (50,9%)
	Durante el ciclo		64 (40,3%)
Duración del dolor	1-2 días	159	46 (29,1%)
	2-3 días		83 (52,5%)
	>3 días		30 (19,0%)
Sufren dolor desde que iniciaron las relaciones sexuales	20-40%	156	81 (51,9%)
Dolor asociado a la práctica de ejercicio	≤10%	157	94 (59,9%)

EVA: Escala Visual Analógica; N: número total de médicos que respondieron la pregunta; n: número de médicos que seleccionaron la respuesta.
*Se podían marcar varias opciones de respuesta, por eso los porcentajes suman más de 100.

Tabla 3. Hábitos de vida y antecedentes familiares

Pregunta	Respuesta	N	n (%)
Tabaquismo	20-40%	159	90 (56,6%)
Consumo de café	20-40%	158	52 (32,9%)
Antecedentes maternos de SPM y dismenorrea	20-40%	159	62 (39,0%)

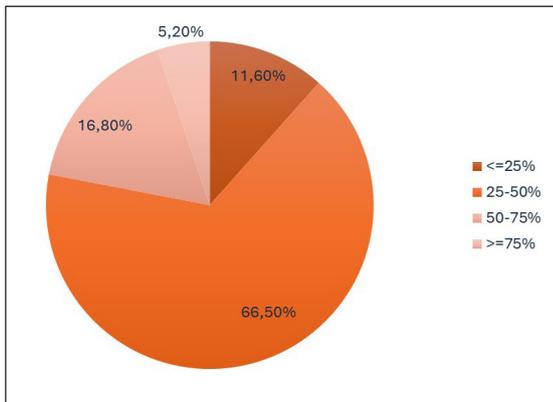
N: número total de médicos que respondieron la pregunta;
n: número de médicos que seleccionaron la respuesta;
SPM: síndrome premenstrual.

Tabla 4. Alternativas no farmacológicas utilizadas en el tratamiento de la dismenorrea

Recomendación	N	n (%)
Complementos alimenticios	155	74 (47,7%)
Ejercicio físico	155	47 (30,3%)
Alimentación saludable	152	29 (19,1%)
Calor tóxico	152	16 (10,5%)
Técnicas de relajación	138	8 (5,8%)
Acupuntura	138	7 (5,1%)
Estimulación nerviosa	140	5 (3,6%)

N: número total de médicos que seleccionaron esta recomendación; n: número de médicos que seleccionaron esta recomendación como la más frecuente.

Figura 1. Eficacia de los suplementos fitoterapéuticos percibida por los ginecólogos



La mayoría de los ginecólogos considera que la eficacia de los suplementos fitoterapéuticos para mejorar la dismenorrea es elevada: un 66,5% opina que los suplementos son eficaces en el 25-50% de los casos, un 16,8% considera que son eficaces en el 50-75% de los casos y un 5,2% percibe una eficacia igual o superior al 75%.

- La opinión sobre los AINE se concentra en puntuaciones intermedias, solo el 1,2% y el 3,2% seleccionan las puntuaciones máxima y mínima (5 y 1, respectivamente), mientras que un 40,6% les dan una puntuación de 4 y el resto se distribuyen casi a partes iguales entre 2 y 3 puntos.
- En el caso de los analgésicos, la opinión se focaliza en puntuaciones intermedias (el 36,1% seleccionan el 3) y bajas (29,7%, el 2; 18,7%, el 1); solo el 12,3% les asigna 4 puntos.
- En cuanto a la opinión sobre los complementos alimenticios, un 19,7% les asigna 4 puntos, distribuyéndose el resto principalmente entre 3 y 2 puntos (29,3% y 37,6%, respectivamente).

Figura 2. Situaciones en que se recomienda la toma de complementos alimenticios

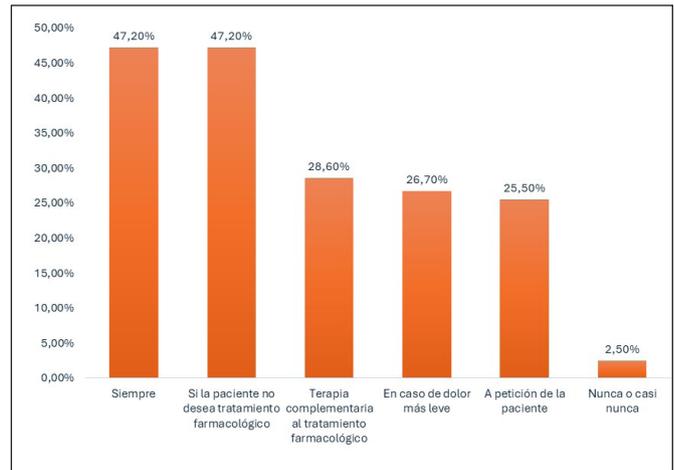
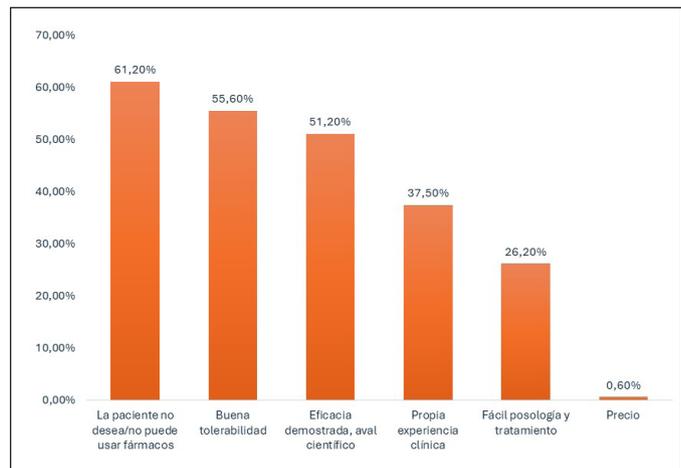


Figura 3. Motivo por el que se recomiendan los componentes fitoterápicos



El resto de la encuesta se centró en analizar el papel que los ginecólogos atribuyen a los complementos alimenticios en el manejo de la dismenorrea, profundizando en su opinión sobre su posicionamiento en la estrategia terapéutica, frecuencia de prescripción y modo de uso.

El 88,5% de los ginecólogos considera que la eficacia de los suplementos fitoterapéuticos es superior al 25%; un 22,0% piensa que su eficacia es igual o superior al 50% (Figura 1). En concordancia con estos resultados, 9 de cada 10 médicos recomiendan los complementos alimenticios y para casi la mitad (47,7%) son la alternativa no farmacológica que más utilizan (Tabla 4). Asimismo, el 9,3% los señala como el tratamiento de primera línea más utilizado. Estos resultados permiten deducir que los ginecólogos consideran que los complementos alimenticios son seguros, aunque la encuesta no recogió directamente su opinión sobre seguridad.

Figura 4. Motivo por el que se recomienda DonnaPlus Sauzcare® durante el periodo premenstrual y menstrual

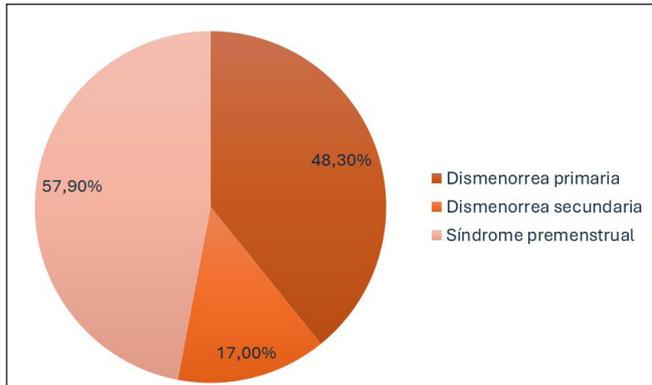


Figura 5. Mejoría general de los síntomas con DonnaPlus Sauzcare®

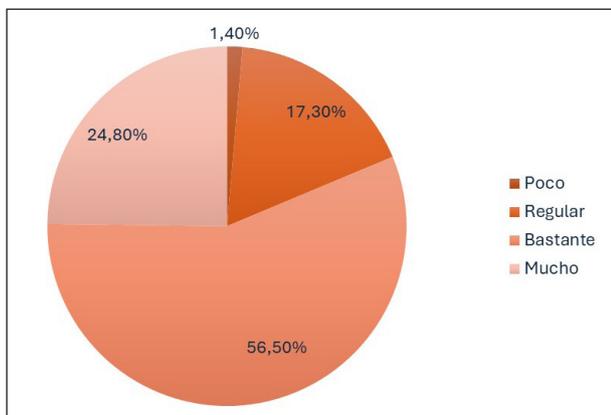
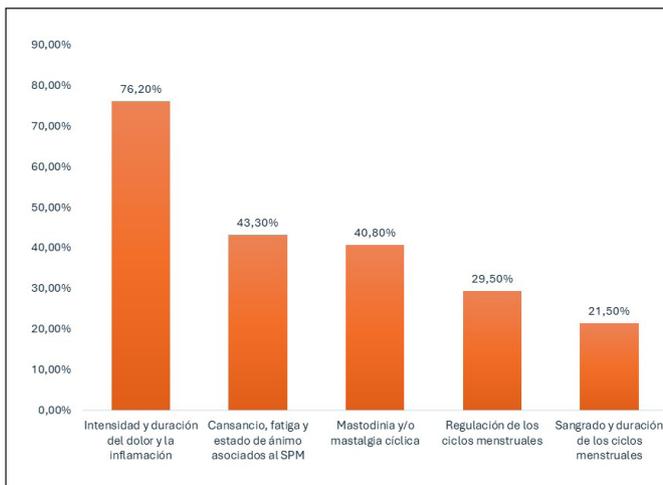


Figura 6. Mejoras observadas en las pacientes tras la toma del producto



La Figura 2 muestra las situaciones en que los ginecólogos recomiendan los complementos alimenticios para contribuir al bienestar de la mujer durante el periodo premenstrual y menstrual. Casi la mitad de los ginecólogos (47,2%) indicaron que los recomiendan siempre. Tan

solo un 2,5% seleccionaron la opción “nunca” o “casi nunca”. Los motivos para utilizar estos complementos son diversos (Figura 3); el más frecuente, aunque no el único, es la petición de la paciente.

Por lo general, los ginecólogos recomiendan prolongar la toma de complementos alimenticios tanto como la paciente lo requiera (50,3%) o durante periodos prolongados, de 3 a 6 meses (38,5%) a un año (16,1%). La pauta más habitual es iniciarlos 1 semana (44,7%) o 10 días antes de la menstruación (35,8%), aunque también hay un porcentaje relativamente elevado de uso continuado (22,0%). La suma total de estos porcentajes supera el 100% porque la pregunta admitía seleccionar varias respuestas a la vez. La razón es que el médico no necesariamente utiliza la misma pauta sistemáticamente, sino que aplica la que considera más adecuada para cada paciente. La escasez de publicaciones ha impedido que se establezca un consenso sobre pautas de administración de complementos alimenticios y descansos. El abordaje de este aspecto puede ser un objetivo interesante para futuros proyectos. No obstante, según se desprende de otra pregunta, la mayoría de los ginecólogos no recomienda los descansos (82,5%). Entre los que los recomiendan, hay variabilidad en la duración: un 30% los suspende durante 1 mes, un 12,5% entre 2 y 3 meses, un 32,5% entre 3 y 6 meses y un 25% durante 6 meses o más.

Serie de casos retrospectiva

Se recogieron datos de 642 pacientes que consultaron al ginecólogo en los 6 meses previos por síntomas asociados al SPM, dismenorrea primaria o dismenorrea secundaria (Figura 4) y a las que se recomendó DONNAPLUS SAUZCARE. Para la mayoría de las variables, el porcentaje de datos ausentes fue inferior al 10%, o lo que es lo mismo, se obtuvieron alrededor de 600 datos válidos por variable.

La media de edad de las pacientes fue $27,0 \pm 9,0$ años (rango 11 – 51 años). El producto se recomienda habitualmente 10 días antes de la menstruación (54,4%) o al inicio del dolor (23,1%). Para un porcentaje importante de pacientes (20%), el motivo de la recomendación es la falta de respuesta de algún tratamiento previo. Es relativamente frecuente el uso de este producto como adyuvante principalmente de analgésicos (6,8%) y ACHO (5,1%).

Los tratamientos previos más utilizados fueron los AINE (56,6%), los analgésicos (29,1%) y los ACHO (28,9%).

DONNAPLUS SAUZCARE se utiliza durante una media de $6,0 \pm 3,1$ meses (rango: 2 - 12 meses). La pauta mayoritaria es 1 *stick*/día (66,1%) frente a 2 *sticks*/día, recomendada para dolores agudos (33,9%).

Por término medio, el tiempo hasta lograr la mejoría

fue de $2,4 \pm 1,3$ meses (rango: 0 - 12 meses). El 81,3% de las pacientes caracteriza su mejoría como “bastante” o “mucho”. El 1,4% tiene “poca” mejoría (Figura 5). En la Figura 6 se muestran las mejoras en distintos dominios. La satisfacción de las pacientes y de los médicos al final del tratamiento es superior al 80%.

Para el 95,5% de las pacientes, la facilidad de uso del producto fue “Bastante-Mucho”. El cumplimiento terapéutico es “Elevado” (61,6%), con solo un 18,9% de abandono precoz.

DISCUSIÓN

El porcentaje de diagnóstico de la dismenorrea primaria según nuestra encuesta es coherente con su prevalencia en España (2,3). Los resultados relativos al intervalo desde la menarquia hasta la aparición de la dismenorrea (Tabla 1) concuerdan con datos publicados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (15).

Hemos recogido una diversidad de opinión sobre el momento de aparición del dolor (Tabla 1), mientras que hay datos publicados que lo sitúan en los días previos a la menstruación, principalmente el día anterior (3).

Nuestros resultados reflejan el proceso del diagnóstico diferencial entre dismenorrea primaria y secundaria. En ambos tipos, el diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física, y ocasionalmente la ecografía ginecológica. La entrevista explora las características del dolor, su duración, localización, irradiación y síntomas concurrentes, y orienta la sospecha diagnóstica inicial (15). En ocasiones, se utilizarán pruebas de laboratorio para descartar la infección (15). Una anamnesis compatible, un examen pélvico negativo y la normalidad de las pruebas de laboratorio (cuando han sido necesarias) confirmarán la dismenorrea primaria. Así pues, el tratamiento de la dismenorrea no solo busca la resolución de los síntomas, también es pieza clave del diagnóstico diferencial.

Una revisión Cochrane concluyó que los AINE tienen una eficacia máxima del 53% en el tratamiento de la dismenorrea y causan efectos adversos con frecuencia (16). La efectividad de los ACHO está demostrada, aunque pueden causar sangrado irregular, cefalea y náuseas (17). Esta eficacia no exenta de efectos adversos puede explicar la opinión dividida sobre el éxito terapéutico de los ACHO (43,8% “mucho éxito”, 25,6% “poco éxito”) y sugiere que la impresión de éxito terapéutico de los AINE es excesivamente positiva.

Nuestra encuesta no evaluó la impresión de éxito terapéutico de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). A pesar de haber demostrado eficacia, los ISRS se asocian con efectos adversos con relativa frecuencia, especialmente náuseas y astenia (10). A medida que han aumentado los conocimientos fisiopatológicos, el

componente psicógeno ha ido perdiendo relevancia y, actualmente, se cree que es más una consecuencia que una causa de la dismenorrea (15).

Un elevado porcentaje de los ginecólogos encuestados utiliza complementos alimenticios con frecuencia en el manejo de la dismenorrea. La dispersión en la opinión sobre su eficacia puede atribuirse a que la pregunta se formula con relación a todos los complementos en general, sin especificar ninguno.

En la serie retrospectiva, DONNAplus SAUZHARE obtiene tasas de mejoría general y de satisfacción (pacientes y médicos) por encima del 80%. Estos resultados están en consonancia con la literatura publicada sobre sus componentes.

El sauzgatillo cuenta con un nivel A2 de evidencia en el tratamiento del SPM y la mastodinia (18–22). Asimismo, ha demostrado igual eficacia y mejor seguridad que la fluoxetina en el control del SPM (23). La SEGO lo recomienda en el SPM leve a moderado (15,24). Asimismo, el Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha dado su opinión favorable a su uso en el tratamiento del SPM (25).

La combinación PEA-PO ha demostrado efectividad clínica en la reducción del dolor pélvico crónico secundario a endometriosis (26), la dismenorrea primaria (27) y el dolor pélvico crónico relacionado con la endometriosis después de la evaluación laparoscópica (28). También se ha observado que mejora la función sexual y la calidad de vida de las mujeres afectadas por dolor pélvico asociado a la endometriosis (29).

Ensayos clínicos aleatorizados doble ciego han demostrado un efecto beneficioso significativo frente a placebo de la piridoxina, o vitamina B₆, sobre los síntomas emocionales (30,31), incluida la depresión, la irritabilidad y el cansancio (32), y físicos (31) del SPM, incluidos los síntomas autonómicos (p. ej. mareos y vómitos) y conductuales (p.ej. disminución del rendimiento y las actividades sociales) (33).

Puede concluirse que la administración de DONNAplus SAUZHARE utilizando la posología estándar (1 o 2 *sticks* al día durante los 7 últimos días de la fase secretora del ciclo y los 3 primeros días de la menstruación) constituye una alternativa natural eficaz y segura frente al dolor, la inflamación y demás síntomas, físicos y psíquicos, de la dismenorrea y el SPM.

Como limitaciones del proyecto Menalguía podemos señalar que el análisis estadístico de la encuesta no incluyó cálculos de significación estadística entre grupos ni modelos multivariantes. Son necesarios más estudios observacionales para definir y estandarizar las pautas de uso de los complementos alimenticios en el manejo de los síntomas asociados al ciclo menstrual.

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de los ginecólogos españoles utilizan complementos alimenticios en el manejo de los síntomas relacionados con el ciclo menstrual.

La mayoría recomienda los complementos alimenticios en periodos prolongados, o tan extensos como la paciente lo requiera, sin hacer descansos.

La pauta más habitual es iniciar los complementos 1 semana o 10 días antes de la menstruación, aunque también hay un porcentaje relativamente elevado de uso continuado (22%).

DONNAplus SAUWCARE obtiene tasas de satisfacción superiores al 80% en pacientes y médicos.

Los resultados positivos de nuestra serie de casos retrospectiva están en consonancia con las evidencias publicadas sobre los componentes de DONNAplus SAUWCARE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, et al. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health*. 2019 Aug;28(8):1161–71.
2. Larroy C, Crespo M, Meseguer C. Dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid: Estudio de la prevalencia en función de la edad. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:11–22.
3. Fernández-Martínez E, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML. Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLoS One*. 2018 Aug 10;13(8):e0201894.
4. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*. 2015 Nov;21(6):762–78.
5. Fajrin I, Alam G, Usman AN. Prostaglandin level of primary dysmenorrhea pain sufferers. *Enferm Clin*. 2020 Mar;30:5–9.
6. Strömberg P, Åkerlund M, Forsling ML, Gransström E, Kindahl H. Vasopressin and Prostaglandins in Premenstrual Pain and Primary Dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1984 Jan 11;63(6):533–8.
7. Barcikowska Z, Rajkowska-Labon E, Grzybowska ME, Hansdorfer-Korzon R, Zorena K. Inflammatory Markers in Dysmenorrhea and Therapeutic Options. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 13;17(4):1191.
8. Ryan SA. The Treatment of Dysmenorrhea. *Pediatr Clin North Am*. 2017 Apr;64(2):331–42.
9. Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Abreu-Sánchez A, Ramos-Pichardo JD, Iglesias-López MT, Fernández-Martínez E. Management of Primary Dysmenorrhea among University Students in the South of Spain and Family Influence. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 1;17(15):5570.
10. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 Jun 7; Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 7;2013(6):CD001396.
11. Chen CX, Shieh C, Draucker CB, Carpenter JS. Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. *J Clin Nurs*. 2018 Jan 7;27(1–2).
12. Fernández-Martínez E, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML. The Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life Among Spanish Female University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Feb 27;16(5):713.
13. Ballagh S, Heyl A. Communicating with women about menstrual cycle symptoms. *J Reprod Med*. 2008 Nov;53(11):837–46.
14. González Albi M, Muñoz Villegas E, Arnáez de la Iglesia R. Nueva formulación antiinflamatoria, antioxidante, analgésica y reguladora hormonal para el abordaje de la dismenorrea y el síndrome premenstrual. *Toko-Gin Pract*. 2022;82(1):3–14.
15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Dismenorrea en la adolescencia (actualizado a febrero de 2013). *Prog Obstet Ginecol*. 2014;57(10):481–5.
16. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Jul 30;2015(7).
17. Schroll JB, Black AY, Farquhar C, Chen I. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023 Jul 31;2023(7).
18. Halaska M, Beles P, Gorkow C, Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: results of a placebo-controlled double-blind study. *Breast*. 1999;8(4):175–81.
19. Tschudin S, Huber R. [Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: Results of a placebo-controlled

- double-blind study. *Breast* 1999;8:175-181]. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*. 2000 Jun;7(3):162-4.
20. Halaska M, Raus K, Beles P, Martan A, Paithner K. Treatment of cyclical mastodynia using an extract of *Vitex agnus castus*: results of a double-blind comparison with a placebo. *Ceska Gynekol*. 1998;63(5):388-92.
 21. Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ*. 2001 Jan 20;322(7279):134-7.
 22. Berger D, Schaffner W, Schrader E, Meier B, Brattström A. Efficacy of *Vitex agnus castus* L. extract Ze 440 in patients with pre-menstrual syndrome (PMS). *Arch Gynecol Obstet*. 2000 Nov 17;264(3):150-3.
 23. Atmaca M, Kumru S, Tezcan E. Fluoxetine versus *Vitex agnus castus* extract in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2003 Apr 23;18(3):191-5.
 24. Lanchares Pérez J (coord). *Síndrome Premenstrual. Documentos de Consenso S.E.G.O. Madrid, 2004*. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681395687.pdf>. Último acceso: marzo, 2024.
 25. *Agnus castus fruit EMA/266692/2018*. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/agni-casti-fructus>. Último acceso: marzo de 2024.
 26. Indraccolo U, Indraccolo S, Mignini F. Micronized palmitoylethanolamide/trans-polydatin treatment of endometriosis-related pain: a meta-analysis. *Ann Ist Super Sanita. Ann Ist Super Sanita*. 2017 Apr;53(2):125-34.
 27. Tartaglia E, Armentano M, Giugliano B, Sena T, Giuliano P, Loffredo C, et al. Effectiveness of the Association N-Palmitoylethanolamine and Transpolydatin in the Treatment of Primary Dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Dec;28(6):447-50.
 28. Cobellis L, Castaldi MA, Giordano V, Trabucco E, De Franciscis P, Torella M, et al. Effectiveness of the association micronized N-Palmitoylethanolamine (PEA)-transpolydatin in the treatment of chronic pelvic pain related to endometriosis after laparoscopic assessment: a pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2011 Sep;158(1):82-6.
 29. Caruso S, Iraci Sareri M, Casella E, Ventura B, Fava V, Cianci A. Chronic pelvic pain, quality of life and sexual health of women treated with palmitoylethanolamide and α -lipoic acid. *Minerva Gynecol*. 2015 Oct;67(5):413-9.
 30. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Shaughn O'Brien PM. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ*. 1999 May 22;318(7195):1375-81.
 31. Kashanian M, Mazinani R, Jalalmanesh S, Babayanah Ahari S. Pyridoxine (vitamin B6) therapy for premenstrual syndrome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2007 Jan 21;96(1):43-4.
 32. Doll H, Brown S, Thurston A, Vessey M. Pyridoxine (vitamin B6) and the premenstrual syndrome: a randomized crossover trial - PubMed. *J R Coll Gen Pract*. 1989;39:364-8.
 33. Kendall KE, Schnurr PP. The effects of vitamin B6 supplementation on premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol*. 1987 Aug;70(2):145-9.

Save
the date

4 de
octubre de
2024



V Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer

Directora:
Dra. Carmen Pingarrón



**Universidad
Europea** MADRID



quirónsalud

Hospital
San José

Hotel Rafael Atocha • **Madrid**

Artículo Original

Histeroscopias en consulta: nuestra experiencia con gel anestésico

Office hysteroscopies: our experience with anesthetic gel

Carmona Moral JV, Meseguer Berroy A, Ramírez Belloch G, Folgado De la Herrán C, Cabrerizo Soler C

Hospital Universitario Francesc de Borja. Gandía

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el dolor en las histeroscopias (HSC) en consulta, valorar la satisfacción de usuarias y profesionales realizadores mediante la utilización del gel anestésico Lidbree, comparar la tasa de éxito, valorar la necesidad de histeroscopia con anestesia general y las complicaciones entre ambos grupos.

Material y métodos: comparamos un grupo de histeroscopias realizadas antes de disponer del gel (n=91) con otro grupo (n=48) realizadas con gel. Variables de estudio: Edad, Partos vaginales previos, Menopausia, Indicación de la HSC, Tolerancia, Dolor durante el procedimiento (escala VAS 0-10), Diagnóstico histeroscópico, Técnica complementaria efectuada, Procedimiento completo/incompleto, Necesidad de programar HSC con anestesia general, Complicaciones, Satisfacción subjetiva del facultativo/a que realiza el procedimiento, Satisfacción subjetiva de la usuaria (escala Likert 1-5).

Resultados: Ambos grupos son comparables en características demográficas y clínicas. El dolor percibido

es menor en el grupo gel (1.92 vs 4.77, $p < 0.001$) y la satisfacción tanto de la usuaria como del facultativo es mayor con el anestésico. Procedimientos completos: 81.3% con gel vs 62.3% sin anestésico ($p = 0.035$). No hubo más complicaciones ni efectos adversos.

Conclusiones: El gel anestésico es efectivo para disminuir el dolor y aumentar la tolerancia de las usuarias, permitiendo un mayor número de procedimientos completos durante la misma.

Palabras clave: Histeroscopia en consulta. Dolor. Satisfacción del paciente. Anestésicos locales.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate pain during hysteroscopies in the outpatient setting, assess the satisfaction of users and professionals using the Lidbree anesthetic gel, compare the success rate, assess the need for hysteroscopy under general anesthesia, and complications between both groups.

Materials and methods: We compared a group of hysteroscopies performed before the availability of the gel (n=91) with another group (n=48) performed with the gel. Study variables: Age, Previous vaginal deliveries, Menopause, Indication for HSC, Tolerance, Pain during the procedure (VAS scale 0-10), Hysteroscopic diagnosis, Complementary technique performed, Complete/incomplete procedure, Need to schedule HSC under general anesthesia, Complications, Subjective satisfaction of the performing physician, Subjective satisfaction of the user (Likert scale 1-5).

CORRESPONDENCIA:

Vicente Carmona Moral

Hospital Universitario Francesc de Borja.
Av. De la medicina, 6.
46702. Gandía.
vicentcarmona@gmail.com

Results: Both groups are comparable in demographic and clinical characteristics. The perceived pain is lower in the gel group (1.92 vs 4.77, $p < 0.001$), and user and physician satisfaction are higher with the anesthetic. Complete procedures: 81.3% with gel vs 62.3% without anesthetic ($p = 0.035$). There were no more complications or adverse effects.

Conclusions: The anesthetic gel is effective in reducing pain and increasing user tolerance, allowing for a greater number of complete procedures during the hysteroscopy.

Keywords: Outpatient hysteroscopy. Pain. Patient satisfaction. Local anesthetics.

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia es el mejor procedimiento para el diagnóstico y el tratamiento de la patología intrauterina. Durante los últimos años su práctica ha ido en aumento y las mejoras técnicas han posibilitado su uso creciente de forma ambulatoria en consulta externa, permitiendo un tiempo de recuperación más corto para las pacientes, un menor número de complicaciones y beneficios económicos para el sistema de salud (1).

Aunque la histeroscopia en consulta es bien tolerada por la gran mayoría de pacientes, el dolor puede aparecer en algunas ocasiones, sobre todo en aquellas mujeres que son nulíparas o postmenopáusicas, debido a una mayor estenosis del canal cervical. También se ha visto que la hiperdistensión uterina, la salida del medio de distensión a cavidad peritoneal o una prolongada estimulación de las fibras sensitivas miometriales puede generar un mayor disconfort (2).

Se han utilizado múltiples técnicas y tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos para disminuir ese dolor (3)(4). Una de las últimas novedades ha sido la comercialización de un gel anestésico de lidocaína al 4% indicado como anestesia tópica para el dolor agudo causado durante procedimientos cervicales e intrauterinos, en mujeres a partir de los 15 años (5).

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar el dolor en las pacientes sometidas a histeroscopia ambulatoria en consulta y valorar la satisfacción tanto de las usuarias como de los profesionales realizadores de la técnica mediante la utilización del gel anestésico Lidbree (Lab. Gedeon Richter).

Como objetivos secundarios: comparar la tasa de éxito (medida como procedimiento completado), valorar la necesidad de histeroscopia en quirófano con anestesia

general y la tasa de complicaciones entre ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes comparativo de las primeras 48 histeroscopias efectuadas en nuestro servicio tras la introducción del gel anestésico de lidocaína frente a un grupo control de similares características previo a la utilización del gel anestésico (91 histeroscopias).

Las histeroscopias se realizan de forma ambulatoria en una consulta del servicio de ginecología habilitada para ello. En la cita previa, se les proporciona un comprimido de diazepam 5 mg y otro comprimido de ibuprofeno 600 mg o naproxeno 550 mg, que deben tomar una hora antes de la cita programada.

Todas las usuarias firmaron un consentimiento informado específico.

El procedimiento se lleva a cabo en posición de litotomía dorsal modificada. Tras la colocación del campo quirúrgico estéril, empleando un espéculo, se aplica un anestésico local en forma de gel según las instrucciones del fabricante. Mientras esperamos que el gel haga su efecto (5 minutos) realizamos una ecografía que gracias al gel intrauterino nos permite delimitar perfectamente la cavidad endometrial y la patología endocavitaria existente (histerosonografía con líquido).

Los datos se han obtenido mediante un cuestionario que se recoge al final de la exploración.

Variables de estudio: Edad, Partos vaginales previos, Menopausia, Indicación de la HSC, Tolerancia, Dolor durante el procedimiento, Diagnóstico histeroscópico, Técnica complementaria efectuada, Procedimiento completo/incompleto, Necesidad de programar HSC con anestesia general, Complicaciones, Satisfacción subjetiva del facultativo/a que realiza el procedimiento, Satisfacción subjetiva de la usuaria.

La cuantificación de la satisfacción se ha medido en una escala de Likert (1 a 5).

Para la valoración del dolor se ha utilizado una escala visual analógica (VAS) de 0 a 10.

Todos los datos se transfieren a una hoja de cálculo anonimizada para su posterior análisis estadístico. Metodología univariante y bivariante: Variables cuantitativas: medidas descriptivas (media y desviación típica) y contraste de hipótesis mediante prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney. Variables cualitativas: medidas descriptivas (frecuencia y porcentajes) y contraste de hipótesis mediante prueba χ^2 , empleando simulación del p-valor con 2000 réplicas. Todos los análisis son llevados a cabo en el entorno estadístico R (R Core Team®, 2023).

El estudio obtuvo la aprobación del comité de ética en la investigación de nuestro hospital para su realización.

RESULTADOS

Ambos grupos son homogéneos en cuanto a características demográficas (tabla 1).

Tabla 1: Variables demográficas

Variable	Total (n=139)	Lidbree® Si (n=48)	Control (n=91)	p
Edad (media-DT)	53.85 (13.07)	56.28 (12.50)	52.56 (13.25)	0.10
P. vaginal previo=SI	96 (69.1%)	35 (72.9%)	61 (67%)	0.60
Menopausia=SI	77 (55.4%)	24 (50%)	53 (58.2%)	0.40

Tabla 2: Variables clínicas:

Variable	Total (n=139)	Lidbree® Si (n=48)	Control (n=91)	p
Indicación de la HSC:				<0.001
Pólipo endometrial	93 (66.9%)	43 (89.6%)	50 (54.9%)	
DIU retenido	19 (13.7%)	2 (4.2%)	17 (18.7%)	
Otros	27 (19.4%)	3 (6.3%)	22 (24.2%)	
Diagnóstico HSC:				0.001
Pólipo endometrial	82 (59.0%)	40 (83.3%)	42 (46.2%)	
Normal	29 (20.9%)	3 (6.3%)	26 (28.6%)	
DIU retenido	14 (10.1%)	1 (2.1%)	13 (14.3%)	
Pólipo endocervical	6 (4.36%)	2 (4.2%)	4 (4.4%)	
Miomas	3 (2.2%)	2 (4.2%)	1 (1.1%)	
Otros	3 (2.2%)	0 (0%)	3 (3.3%)	
Sinequias	2 (1.4%)	0 (0%)	2 (2.2%)	
Complicaciones:				0.9
No	134 (96.4%)	48 (100%)	86 (94.5%)	
Edema endometrial	1 (0.7%)	0 (0%)	1 (1.1%)	
Problema técnico	1 (0.7%)	0 (0%)	1 (1.1%)	
Imposible pasar OCI	1 (0.7%)	0 (0%)	1 (1.1%)	
Reacción vagal	2 (1.4%)	0 (0%)	2 (2.2%)	
Técnica complement.:				<0.001
Polipect. completa	65/88 (73.9%)	36/42 (85.7%)	29/46 (63%)	
Polipectomía parcial	5/88 (5.7%)	2/42 (4.8%)	3/46 (6.5%)	
Extracción DIU	6/14 (42.9%)	1/1 (100%)	4/13 (30.7%)	
Miomect. completa	2/3 (66.7%)	2/2 (100%)	0/1 (0%)	
No	62	6	45	
Biopsia endometrio	10	0	10	
Procedimiento completado Si/No	73/101 (72.3%)	39/48 (81.3%)	33/53 (62.3%)	0.035
Necesidad de HSC bajo anestesia general=SI	13/139 (9.4%)	2/48 (4.2%)	11/91 (12.1%)	0.127

En cuanto al diagnóstico, el más frecuente en ambos grupos es pólipo endometrial, aunque es más prevalente en el grupo Lidbree de forma significativa (89.6% vs 54.9%; $p<0.001$). Así mismo, se practicaron más procedimientos completos en el grupo de estudio con diferencias significativas frente al grupo control (81.3% frente a 62.3%; $p=0.035$). Tabla 2.

Hubo muy pocas complicaciones en ambos grupos, aunque en el grupo control se produjeron 2 reacciones vagas autolimitadas (ninguna en el grupo gel). Tabla 2.

Se necesitaron más HSC con anestesia general en el grupo control, pero sin diferencia significativa (4.2% vs 12.1%; $p=0.127$).

Respecto a la tolerancia a la prueba, se valoró como buena en el 97.9% de los casos del grupo estudio frente al 84.6% en el grupo control ($p=0.021$).

El nivel de dolor fue significativamente menor en el grupo Lidbree (1.92 frente a 4.77 sin anestesia, $p<0.001$).

En cuanto a satisfacción tanto de la usuaria (4.79 grupo anestésico local vs 3.69 sin anestesia, $p<0.001$) como del cirujano/a (4.69 frente a 3.36, $p<0.001$), las diferencias son claramente significativas a favor del grupo de gel anestésico. Tabla 3. Gráficos 1 y 2.

La satisfacción de los cirujanos con el gel anestésico disminuyó por las dificultades de visión óptima del endometrio al inicio de la histeroscopia (efecto de "aguas" debido al gel), aunque este efecto se soslaya aproximando la óptica a la zona a estudiar y no supone mayor problema.

Discusión:

Se han utilizado múltiples tipos de anestésicos locales y diferentes vías de administración para disminuir el dolor percibido durante una histeroscopia ambulatoria. La excelente revisión sistemática publicada por De Silva y cols (6) en 2020 abarca prácticamente todos los tipos y vías utilizados y concluye que todos ellos son útiles para disminuir el dolor percibido tanto durante como después del procedimiento. La reducción del dolor

Tabla 3: Tolerancia, dolor y satisfacción.

Variable	Total (n=139)	Lidbree® Si (n=48)	Control (n=91)	p
Buena tolerancia=SI	124 (89.2%)	47 (97.9%)	77 (84.6%)	0.021
Dolor (VAS 0-10) Media (DT)	3.78 (2.04)	1.92 (1.07)	4.77 (1.72)	<0.001
Satisfacción usuaria:	60 (43%)	39 (81%)	21 (23%)	<0.001
Muy satisfecha	51 (37%)	8 (17%)	43 (47%)	
Bastante satisfecha	13 (9.4%)	1 (2.1%)	12 (13%)	
Indiferente	8 (5.8%)	0 (0%)	8 (8.8%)	
Poco satisfecha	7 (5.0%)	0 (0%)	7 (7.7%)	
Nada satisfecha				
Satisfacción usuaria (Likert 1-5) Media (DT)	4.07 (1.10)	4.79 (0.46)	3.69 (1.15)	<0.001
Satisfacción cirujano:	44 (32%)	37 (77%)	7 (7.7%)	<0.001
Muy satisfecho	53 (38%)	7 (15%)	46 (51%)	
Bastante satisfecho	24 (17%)	4 (8.3%)	20 (22%)	
Indiferente	9 (6.5%)	0 (0%)	9 (9.9%)	
Poco satisfecho	9 (6.5%)	0 (0%)	9 (9.9%)	
Nada satisfecho				
Satisfacción cirujano/a (Likert 1-5) Media (DT)	3.82 (1.14)	4.69 (0.62)	3.36 (1.09)	<0.001

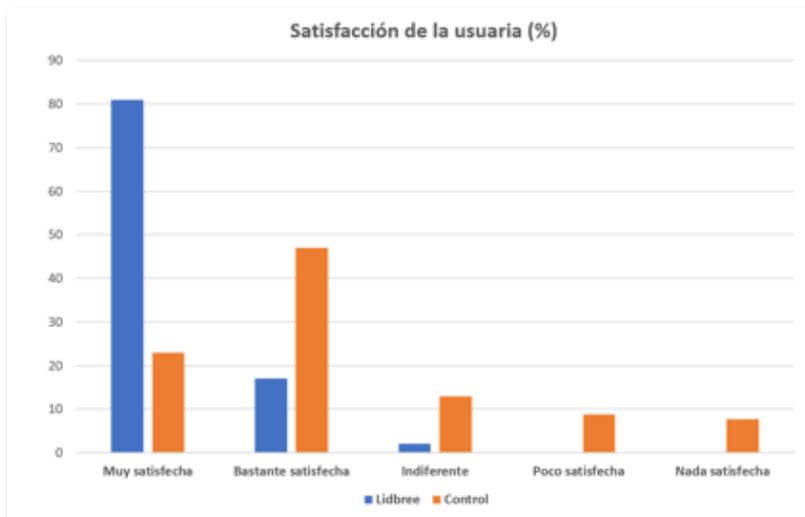


Gráfico 1: Satisfacción de la usuaria con el procedimiento

durante la histeroscopia fue un 57% menor con cualquier anestésico y del 68% con lidocaína tópica + transcervical (7), similar a la observada en nuestro comparativo que ha sido del 60%.

Respecto al gel de lidocaína al 4% utilizado (Lidbree), Tornblom-Paulander y cols publicaron en 2015 un estudio

randomizado demostrando su eficacia durante la inserción de dispositivos intrauterinos(5), pero no existen estudios comparativos en cuanto a la eficacia en histeroscopias ambulatorias.

La utilización de anestésicos locales inyectados para bloqueo paracervical parece ser la estrategia más efectiva para reducir el dolor, sobre todo combinada con misoprostol (8), pero al tratarse de un método más invasivo y doloroso y con posibles complicaciones (infección del lugar de inyección, reacciones vagales) su aceptabilidad por las usuarias puede ser menor que si ofrecemos un método de anestesia que no utiliza inyectables.

En el metaanálisis publicado por Pérez-López y cols en 2018 (9) respecto al dolor durante la colocación de un tenáculo en cérvix y la posterior inserción de DIU no encuentra diferencias significativas entre la lidocaína en forma de gel o crema y el bloqueo paracervical con lidocaína.

Respecto al nivel de satisfacción percibida tanto por las usuarias como por los profesionales que realizan la técnica, existen muy pocos estudios que aborden este aspecto utilizando anestesia local en forma de crema o gel. Arnau y cols (10) utilizando crema de lidocaína-prilocaína concluyen que su uso no disminuye el dolor, pero sí que disminuye el número de usuarias que solicitan la interrupción del procedimiento por mala tolerancia.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, la principal es que no se trata de un estudio randomizado ni ciego, lo cual puede condicionar los resultados de este. Se necesitaría un estudio doble ciego y randomizado que ratificara nuestros resultados.

CONCLUSIONES

El gel anestésico Lidbree es efectivo para disminuir el dolor y aumentar la tolerancia y satisfacción tanto de las usuarias como del personal facultativo que realiza la histeroscopia, permitiendo un mayor número de procedimientos completos durante la misma sin aumentar las complicaciones.

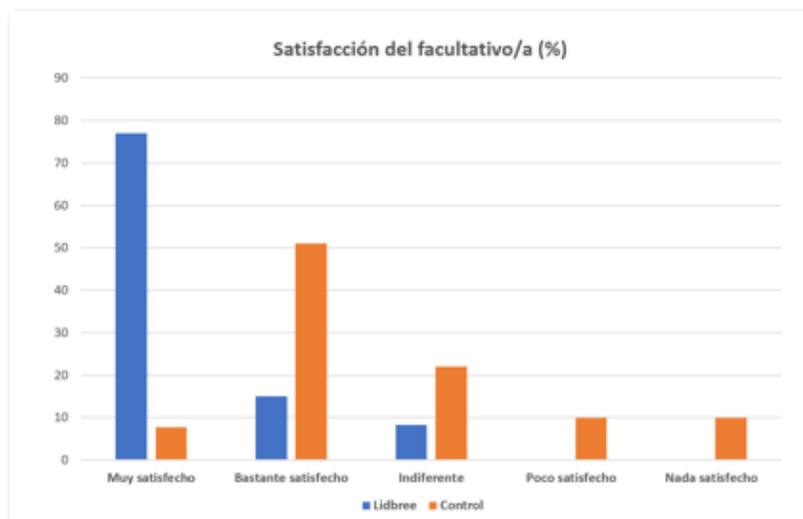


Gráfico 2: Satisfacción del profesional con el procedimiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Abis P, Bigozzi MA, Dotto J, Petriglia C, Neri M, Cornacchia S, et al. 1.4. Pain Management During Office Hysteroscopy: A Survey of Hysteroscopists. *Surg Technol Int*. 2020 Nov;28(37):161–6.
2. Vitale SG, Alonso Pacheco L, Haimovich S, Riemma G, De Angelis MC, Carugno J, et al. Pain management for in-office hysteroscopy. A practical decalogue for the operator. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021 Jan;50(1):101976.
3. Buzzaccarini G, Alonso Pacheco L, Vitagliano A, Haimovich S, Chiantera V, Török P, et al. Pain Management during Office Hysteroscopy: An Evidence-Based Approach. *Medicina (B Aires)*. 2022 Aug 20;58(8):1132.
4. Riemma G, Schiattarella A, Colacurci N, Vitale SG, Cianci S, Cianci A, et al. Pharmacological and non-pharmacological pain relief for office hysteroscopy: an up-to-date review. Vol. 23, *Climacteric*. Taylor and Francis Ltd; 2020. p. 376–83.
5. Tornblom-Paulander S, Tingåker BK, Werner A, Liliecreutz C, Conner P, Wessel H, et al. Novel topical formulation of lidocaine provides significant pain relief for intrauterine device insertion: pharmacokinetic evaluation and randomized placebo-controlled trial. *Fertil Steril*. 2015 Feb;103(2):422–7.
6. De Silva PM, Carnegie A, Smith PP, Clark TJ. Local anaesthesia for office hysteroscopy: A systematic review & meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Sep;252:70–81.
7. Karakuş R, Namazov A, Ayas S, Polat M, ARINKAN SA, Angın AD, et al. OFİS HİSTEROSKOPİDE ANALJEZİ AMAÇLI LOKAL ANESTEZİ YÖNTEMLERİNİN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (Efficacy of Local Anesthesia for Office Hysteroscopy). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014 Aug 6;45(3):136.
8. Ghamry NK, Samy A, Abdelhakim AM, Elgebaly A, Ibrahim S, Ahmed AA, et al. Evaluation and ranking of different interventions for pain relief during outpatient hysteroscopy: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2020 Jun 23;46(6):807–27.
9. Perez-Lopez FR, Martinez-Dominguez SJ, Perez-Roncero GR, Hernandez A V. Uterine or paracervical lidocaine application for pain control during intrauterine contraceptive device insertion: a meta-analysis of randomised controlled trials. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2018 May 4;23(3):207–17.
10. Arnau B, Jovell E, Redón S, Canals M, Mir V, Jiménez E. Lidocaine-prilocaine (EMLA®) cream as analgesia in hysteroscopy practice: a prospective, randomized, non-blinded, controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Aug 6;92(8):978–81.

DONNA *plus*[®] SAUZCARE

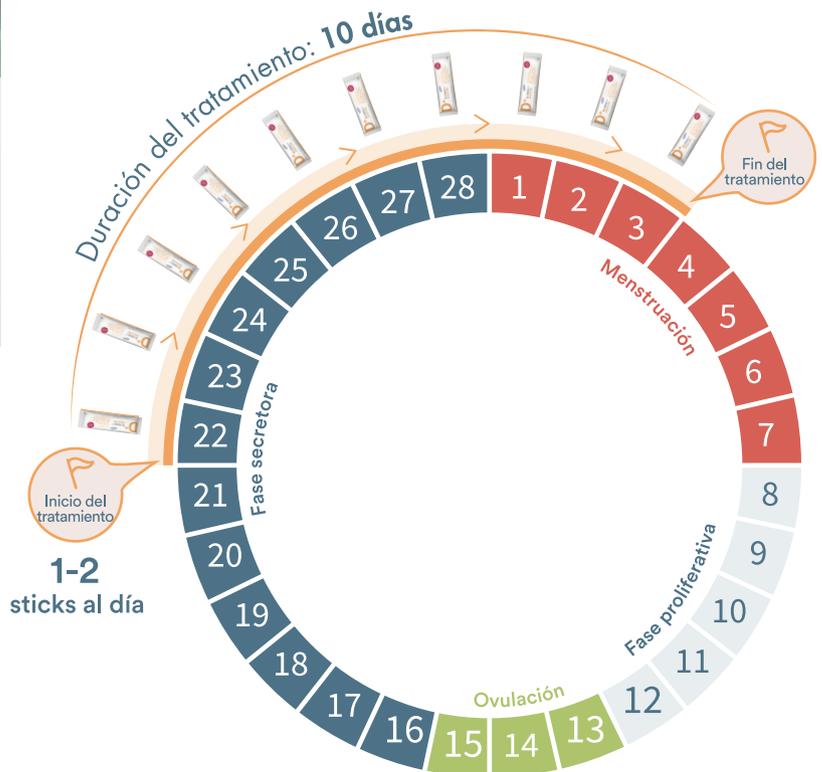
Complemento alimenticio con edulcorantes a base de extracto de Sauzgatillo, que contribuye al **bienestar de la mujer** durante el periodo premenstrual y menstrual



CN 206124.8
20 sticks bucodispersables de 3g

Posología:

En **dolores agudos** importantes se **recomienda 2 sticks al día** un **mínimo de 3 meses**.



LA COMBINACIÓN IDEAL EN EL ABORDAJE DEL SPM



SAUZGATILLO y VITAMINA B₆



LA ALTERNATIVA NATURAL FRENTE AL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN EN LA DISMENORREA



PALMITOLETANOLAMIDA (PEA) y POLITADIN



Revisión de conjunto

Técnicas exitosas para la inserción de dispositivos intrauterinos contraceptivos. Consejos basados en la experiencia

Successful techniques for contraceptive intrauterine devices insertion. Tips based on experience.

Cancelo Hidalgo MJ

Hospital Universitario de Guadalajara

RESUMEN

La anticoncepción intrauterina constituye un método altamente eficaz y seguro, apto para la mayoría de las mujeres. A pesar de sus beneficios comprobados, su uso en España es bajo. Las razones de por qué ocurre esto hay que buscarlas tanto en la usuaria quien finalmente decide que método va a utilizar, así como en el profesional sanitario, responsable del asesoramiento anticonceptivo. Adicionalmente, las autoridades sanitarias con la diferente financiación en las distintas Comunidades Autónomas y los medios de información tienen responsabilidad en procurar la implantación de estrategias que desmientan las ideas erróneas y promuevan una formación exhaustiva tanto para los profesionales sanitarios como para las usuarias acerca de la anticoncepción intrauterina.

Palabras clave: Dispositivos intrauterinos, inserción, retirada

CORRESPONDENCIA:

M^a Jesús Cancelo Hidalgo
Hospital Universitario de Guadalajara.
C/ Donante de Sangre s/n
Guadalajara 19002.
mcanceloh@sego.es

SUMMARY

Intrauterine contraception is a highly effective and safe method, suitable for most women. Despite its proven benefits, its usage in Spain is low. The reasons for this must be sought in the barriers faced by both the patient, who finally decides on the method, and the healthcare professionals, who are responsible for providing appropriate contraceptive counselling. Additionally, health authorities, with different funding across the Spanish Autonomous Communities, and the media, bear responsibility in ensuring the implementation of strategies that debunk misconceptions and promote comprehensive training for both healthcare providers and users about intrauterine contraception.

Key Word: Intrauterine devices, insertion, removal.

1.- INTRODUCCIÓN

La anticoncepción intrauterina (AIU) ha demostrado eficacia y seguridad, y es apta para la mayoría de las mujeres, incluidas adolescentes y nulíparas, ofreciendo reconocidos beneficios más allá de los contraceptivos.

Sin embargo, a pesar de su creciente popularidad, en España solo el 6,7% de las usuarias de algún método anticonceptivo optan por la AIU, siendo su uso más frecuente en mujeres de más de 40 años (1).

La causa podría estar en la persistencia de mitos y barreras por parte de los profesionales sanitarios y de las usuarias.

El asesoramiento anticonceptivo debe proporcionar información adecuada y completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos y acompañar a la usuaria en la elección del método que mejor se adapte a sus características médicas, sociales y culturales.

Sin embargo, en relación con la AIU, este proceso es complejo y se ve afectado por factores imprecisos y arraigados entre mujeres y profesionales. Como ejemplo, en un artículo que analiza 100 videos de Tik-Tock sobre los dispositivos intrauterinos (DIU) indica que solo el 19,4% tienen un tono positivo, y en el 27,6% se menciona desconfianza hacia los sanitarios. El 100% de las experiencias de las usuarias tienen un tono negativo o ambiguo, destacando en el 96,8% el dolor y otros efectos adversos (2).

En otras ocasiones, el asesoramiento se ve limitado por la falta de formación de los sanitarios en aspectos teóricos y en la adquisición de habilidades prácticas. De aquí surge la necesidad de formación reglada y verificable en el manejo de este tipo de anticoncepción.

En este artículo, queremos resumir la evidencia publicada y aportar conocimientos adquiridos a través de la práctica clínica en el asesoramiento y habilidades prácticas sobre los dispositivos intrauterinos.

2.- EXITOSA ELECCIÓN DE LA USUARIA

Prácticamente son candidatas todas las mujeres para la AIU, incluyendo adolescentes, nulíparas, inmediatamente tras parto o aborto, personas transgénero, aquellas que prefieran o necesiten evitar el uso de métodos hormonales, o aquellas con determinadas comorbilidades (3).

Los hombres transgénero en tratamiento con testosterona suelen experimentar amenorrea. Dado que el efecto de la testosterona en la ovulación no está claro, pueden estar en riesgo de embarazo (4). El Sistema Intrauterino Liberador de levonorgestrel (SIL-LNG) de 52 mg puede ser una opción para aquellos que desean prevenir el embarazo

o reducir o detener el sangrado menstrual cuando la amenorrea no se ha logrado con testosterona (5). Existen algunas consideraciones especiales para la inserción del DIU en pacientes transgénero, ya que el uso prolongado de testosterona puede causar atrofia vaginal y cervical (6), por lo que puede ser útil la preparación previa con estrógenos locales.

Clásicamente, el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) ha sido el recomendado para la anticoncepción de urgencia, pudiendo utilizarse hasta cinco días después de la relación sexual no protegida. La evidencia reciente demuestra la eficacia del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIL-LNG) de 52 mg (7).

Tabla 1: Razones que apoyan la elección del tipo de dispositivo uno u otro

DIU de Cu	SLI-LNG
Evitar uso de hormonas	Mayor eficacia anticonceptiva
Mantener el patrón de sangrado	Reducción del sangrado
Mayor duración	Amenorrea
Precio menor	Mejoría del dolor

Tabla 2: Características diferenciadoras de los SIL-LNG comercializados en España

Característica	SLI-LNG 52 mg Levosert®	SLI-LNG 52 mg Mirena®	SLI-LNG 13,5 mg Jaydess®	SLI-LNG 19,5 mg Kyleena®
Liberación diaria de LNG (inicial)	LNG 20 µg/día	LNG 20 µg/día	LNG 13,5 µg/día	LNG 17,5 µg/día
Características físicas	Longitud: 32 mm Anchura: 32 mm	Longitud: 32 mm Anchura: 32 mm	Longitud: 28 mm Anchura: 30 mm	Longitud: 28 mm Anchura: 30 mm
Diámetro insertor	4,8 mm	4,4 mm	3,8 mm	3,8 mm
Hilos	Azul	Marrón	Marrón	Azul
Inserción	A dos manos / una mano	A una mano. No anillo de plata	A una mano. Anillo de plata	A una mano. Anillo de plata
Indicaciones	Antic. intrauterina Sangrado menstrual abundante	Antic. intrauterina Menorragia idiopática	Antic. intrauterina	Antic. intrauterina
Duración de uso	6 años SMA: 6 años	años Menorragia: según síntomas 5 años /8 años	3 años	5 años

Existen muy pocas contraindicaciones. Las mujeres con infección pélvica activa (EPI), historia de aborto séptico o endometritis posparto en los últimos 3 meses, deformación importante de la cavidad uterina, embarazo o sospecha, sangrado uterino anómalo no filiado, cáncer de mama con SIL-LNG, o la enfermedad de Wilson con el DIU-Cu, no serían candidatas.

3.- EXITOSA ELECCIÓN DEL MODELO

En España están comercializados DIU-Cu y SIL-LNG. Las razones para elegir uno u otro se resumen en la tabla 1.

En el primer grupo están disponibles diferentes modelos y tamaños con distinta duración (4-10 años) (8). Debe utilizarse dispositivos de alta carga (>300 mg Cu)

También están disponibles diferentes SIL-LNG. En la Tabla 2 se resumen algunas características de estos.

La eficacia de los DIUs es alta, con una tasa de fracaso muy baja y comparable a la esterilización permanente. El porcentaje de mujeres que tuvieron un embarazo no deseado en el primer año de uso es de 0,8% para el DIU-CU y 0,2% para SIL-LNG (9)

3.- TRABAJO EXITOSO PARA DESTERRAR MITOS

Es responsabilidad de todos, autoridades sanitarias, profesionales de la salud, medios de comunicación, redes sociales y usuarias, difundir información precisa y veraz sobre los beneficios y riesgos de la AIU.

Existen algunos mitos que deben ser desmentidos por el peso de la evidencia científica, tales como:

- No existe un mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): El riesgo de infección es mayor en los 20 primeros días postinserción, pero a partir de ese momento, es similar al de las no usuarias,
- No hay un retraso en el retorno a la fertilidad tras la extracción, y lo pueden utilizar las mujeres nulíparas.
- No se produce un mayor riesgo de adquisición de VIH
- No se produce un aumento de riesgo de infección por VPH y si hay una disminución de riesgo de cáncer cervical
- El riesgo de embarazo es bajo. No hay aumento de embarazos ectópicos.
- No se recomienda la palpación de los hilos por la usuaria.
- No es dolorosa la inserción. Las molestias percibidas pueden mejorarse con estrategias analgésicas.
- No es preciso la inserción durante la menstruación.

Las redes sociales tienen un papel crucial en la educación y la promoción de la conciencia sobre la AIU debido a su capacidad para llegar a una amplia audiencia e interactuar con una variedad de potenciales usuarias. Una estrategia efectiva incluye la publicación de contenidos educativos, donde se puede compartir información precisa y basada en la evidencia sobre la AIU. Esto puede abarcar desde cómo funciona la AIU, sus beneficios y riesgos, hasta desmentir mitos comunes.

Compartir experiencias personales, como historias de usuarios y testimonios, puede ayudar a las personas a relacionarse con el tema a un nivel más personal. Estas narrativas pueden aliviar miedos e inseguridades asociadas a la AIU. Además, el contenido visual, como infografías y videos educativos, suele ser más atractivo y fácil de entender, convirtiéndose en herramientas efectivas para explicar conceptos complejos de manera sencilla. La colaboración con “influencers” y expertos en salud en las redes sociales puede ayudar a ampliar el alcance de la información y añadir credibilidad a la misma.

Es importante recordar que la información compartida debe ser precisa, basada en la evidencia y de fácil comprensión. Además, es vital respetar la privacidad y la confidencialidad de las personas al discutir temas de salud en las redes sociales.

4. ÉXITO EN EL PROCESO DE INSERCIÓN

Debe seguirse una estrategia estructurada para evitar la omisión de pasos.

4.1. Asesoramiento anticonceptivo

Debe proporcionar información detallada sobre de beneficios / riesgos y cambios esperados como en el patrón de sangrado, el DIU-Cu puede causar un sangrado más abundante y prolongado, mientras que el SIL-LNG suele reducir la cantidad y los días de sangrado, aumentando la incidencia de amenorrea.

Además, debe informarse que SIL-LNG puede tener una mínima absorción sistémica del gestágeno. En mujeres susceptibles, esto podría dar lugar a síntomas como acné, tensión mamaria o cefaleas. Sin embargo, la tasa de discontinuación por estos motivos similar a portadoras de DIU-Cu.

Es relevante aclarar que no existe una relación causal entre el uso de estos métodos anticonceptivos y la disminución de la libido o el aumento de peso.

4.2. Requisitos clínicos

Historia clínica y exploración ginecológica. Orientadas a valorar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y a descartar contraindicación al uso del método. La ecografía es recomendable.

4.3. Burocracia

En España, existe una financiación desigual según la Comunidad Autónoma. Si no está financiado, se precisa receta y la compra es por parte de la usuaria lo que conlleva una nueva cita en consulta para su inserción.

Lo ideal sería poder realizar el asesoramiento, exclusión de embarazo y la inserción del dispositivo en una sola visita. La demora en la inserción implica más abandonos y embarazos no deseados (10).

Debe obtenerse el consentimiento informado firmado tanto para la inserción como para la retirada.

4.4 Momento de la inserción

Puede ser insertado en cualquier momento del ciclo si el embarazo es razonablemente excluido (Tabla 3). Debe recogerse esta información en la historia clínica. La inserción con la menstruación excluye el embarazo, pero no ha demostrado reducción del dolor (11).

Tabla 3: Exclusión razonablemente segura del embarazo

Exclusión de embarazo razonablemente segura
Menos de siete días después del inicio de la menstruación regular.
No haber tenido relaciones sexuales desde el inicio de la última menstruación.
Usar consistentemente otra forma de anticoncepción confiable
Menos de 7 días después del aborto espontáneo o inducido o 4 semanas posparto
Lactancia total o casi exclusiva y amenorrea y menos de seis meses posparto

Las mujeres en amenorrea, lactancia, con ciclos irregulares, o con anticoncepción inconsistente, deberían tener una prueba de embarazo negativa previa a la inserción, realizada al menos dos semanas después de la última relación sexual no protegida.

4.5 Descartar infección activa

Ante la presencia de secreción purulenta cervical, EPI o abscesos tubo-ováricos, debe demorarse la inserción hasta cuatro semanas tras la resolución del cuadro. Sin embargo, la presencia de candidiasis, vaginosis bacteriana o tricomoniasis, no son motivo para demorar la inserción (12)

No se recomienda el uso de antibiótico profiláctico ya que no ha demostrado reducir la ocurrencia de EPI (13). Tampoco está indicado como profilaxis de la endocarditis bacteriana (14).

4.6 Preparación

En general el procedimiento de inserción de un DIU es bien tolerado por la mayoría de las mujeres. La percepción de dolor varía en función de experiencias previas, la información recibida, umbral del dolor y la relación con el profesional sanitario. Experimentan más dolor las mujeres nulíparas, con dismenorrea y distorsión cervical (15)

La explicación detallada de los pasos que se van a seguir durante el procedimiento y mantener una conversación activa pueden ayudar a tolerar las molestias.

No se recomienda la administración universal y rutinaria de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), bloqueo paracervical, anestésicos tópicos cervicales, misoprostol, óxido nítrico o sedación. Estas medidas sólo se consideran en casos seleccionados, por las condiciones personales o anatómicas de la usuaria (16).

En el caso de las mujeres que están en tratamiento con anticoagulantes, no se recomiendan medidas profilácticas especiales, ya que el riesgo de sangrado por el procedimiento es bajo (17)

4.7 Necesidades

Personales: La inserción y retirada de un DIU suelen ser procedimientos sencillos, pero que precisan de habilidades técnicas específicas. Es crucial que el profesional sanitario que realiza el procedimiento esté debidamente capacitado y sea competente en el uso de los distintos insertores y técnicas.

Debe encontrarse otro profesional sanitario presente para asistir en la entrega de los materiales necesarios.

Materiales: Equipo de inserción estéril compuesto por pinza de Föester, histerómetro, pinza de Pozzi y tijeras curvas de mango largo. El detalle de las tijeras es importante para asegurarse de que los hilos se cortan perpendicularmente. Cuando los hilos se cortan biselados con tijeras rectas, hay un mayor riesgo de que la pareja experimente molestias.

Para la retirada del DIU, se requiere una pinza de Bengolea o una pinza de cocodrilo.

Desechable: Se necesitan dos pares de guantes y un paño estéril, un espéculo, solución antiséptica, gasas de limpieza y compresas.

4.8. “Chek list” Inserción.

Evita el olvido de pasos necesarios

1. Confirmar no embarazo
2. Obtener consentimiento informado.

3. Asegurarse de que no tiene otro DIU insertado.
4. Examen bimanual: Tamaño, posición y movilidad uterina.
5. Colocar espéculo e identificar el cuello uterino y el OCE.
6. Limpieza del cuello uterino con solución antiséptica
7. Cambio a guantes estériles
8. Agarre del labio anterior del cérvix y tracción suave para enderezar el canal cervical y cavidad uterina. Con útero en retroversión, puede resultar útil hacerlo en el labio posterior.
9. Histerometría
10. Apertura del envase sobre superficie con paño estéril.
11. Inserción según instrucciones del fabricante.
12. Corte de hilos a 3 cm a 4 cm. Evitar el corte en bisel.
13. Retirar tenáculo. Asegurarse de no sangrado.
14. Retirar el espéculo.
15. Entregar consejos por escrito, tarjeta del Diu y cita de seguimiento en \pm 6 semanas

Estamos observando un incremento en las solicitudes de inserción de dispositivos intrauterinos traídos por las propias usuarias desde diversos lugares del mundo. Estos dispositivos pueden variar ampliamente en su composición, desde aros de hilos trenzados de lino hasta crin de animal, entre otros. Sin embargo, debido a la falta de garantías en cuanto a la seguridad sanitaria de estos dispositivos, debemos rechazar su inserción. Es fundamental priorizar la salud y seguridad de las usuarias, y solo deben utilizarse dispositivos aprobados y regulados por las autoridades sanitarias competentes.

5. INSERCIÓN DIFÍCIL

Se pueden encontrar dificultades al identificar el orificio cervical externo (OCE) o al deslizar el histerómetro por el canal cervical y el paso por el orificio cervical interno (OCI). En estos casos, puede ser útil el uso de dilatadores o cánulas flexibles para biopsia de endometrio de 3 mm, apoyado con la visualización ecográfica. Si siente molestias por la dilatación adicional, se puede realizar un bloqueo paracervical.

No se ha demostrado que el uso de misoprostol para ablandar el cérvix antes de la inserción del DIU sea útil, salvo en casos de inserciones difíciles previas (18).

En otras ocasiones la dificultad puede derivar de hallazgos inesperados debidos a tamaños extremos de la cavidad uterina, ya sea mayores a 9 cm o menores a 6 cm.

En estos casos, hay que considerar una posible perforación o bien, que no se haya pasado el OCI. La presencia de miomas puede bloquear el conducto cervical o la cavidad uterina. Una evaluación ecográfica ayudara a identificar la situación y guiar la inserción.

6. INSERCIÓN INCOMPLETA

Ocasionalmente, se puede identificar una incorrecta inserción, con el extremo del dispositivo asomando por el OCE, o bien, se puede realizar una extracción parcial al cortar los hilos. Si se reconoce inmediatamente una mala colocación, se puede retirar el dispositivo, recargarlo en el aplicador, si este lo permite, y reinsertarlo en un segundo intento con una técnica estéril. No se recomienda empujar un DIU hacia arriba si está mal colocado. Es preferible reemplazar el dispositivo.

7. COMPLICACIONES

7.1. Laceración cervical.

Existe un mayor riesgo en nulíparas y aquellas a quien se ha realizado una conización. Esta complicación se produce por la tracción del tenáculo o al realizar la dilatación cervical. En algunos casos, puede requerir sutura.

7.2 Perforación

Ocurre en 1/1000 inserciones y el riesgo se relaciona con la experiencia del profesional sanitario, siendo menor en aquellos que insertan >50 DIUs al año. También se asocia a un cérvix estenótico y a un útero con anomalías de posición. El tipo de DIU y la paridad no afectan al riesgo. La falta de resistencia del fondo uterino, la inestabilidad hemodinámica, el dolor pélvico intenso y el sangrado activo de cavidad pueden hacer sospechar una perforación.

En caso de sospecha de perforación con el histerómetro, se detiene el proceso realizando un seguimiento estricto de la paciente (constantes vitales y dolor) cada 15 minutos durante al menos dos horas. Si se encuentra asintomática, puede ser remitida a su domicilio con información detallada sobre signos de alarma y con seguimiento telefónico. En caso de inestabilidad de las constantes vitales, dolor que empeora significativamente, sangrado vaginal intenso y activo o sospecha de sangrado intraperitoneal, debe considerarse un abordaje quirúrgico. La inserción puede intentarse de nuevo después de 4-6 semanas por personal experto y con control ecográfico. Durante este intervalo, se debe ofrecer asesoramiento anticonceptivo a la paciente.

7.3 Migración

Esta situación debe diferenciarse del concepto de perforación ya que es el resultado de procesos fisiológicos en lugar de una causalidad relacionada con el médico donde el útero por sí solo puede ser responsable de la "perforación secundaria" (19). La duración de la migración del DIU es desconocida (desde días a 17 años, en casos propios) y puede alojarse el dispositivo en vísceras cercanas como el intestino delgado, el apéndice, el colon sigmoide, el recto y la vejiga (20). La migración puede cursar asintomática por años o causar complicaciones serias como un absceso pélvico, perforación intestinal, fístula vésico-uterina. Tras la localización, el dispositivo debe ser retirado por laparoscopia.

7.4 Expulsión

El riesgo de expulsión aumenta con la inserción posparto o tras aborto (21) en edades muy jóvenes y no se relacionan con la nuliparidad (22). El mayor riesgo se estima entre 4 días y 6 semanas postparto (23). Durante la lactancia, aunque el riesgo es bajo, (1%), es seis veces superior (24). También las usuarias con expulsión previa tienen mayor riesgo.

7.5 Embarazo

Ocurre 0,1 - 0,6% en primer año de uso. El embarazo con DIU in situ se asocia con mayor riesgo de aborto séptico, corioamnionitis, rotura prematura de membranas, parto prematuro, malposición fetal y muerte fetal intrauterina (25,26). No parece haber un mayor riesgo de anomalías congénitas asociadas a SIL-LNG (27).

El manejo se realiza en función de los deseos reproductivos. Si desea interrumpir la gestación, la extracción del DIU debe realizarse antes de la interrupción médica o en el momento de la interrupción quirúrgica. El DIU se puede reemplazar, si lo desea, inmediatamente después de la terminación del proceso.

Si desea la continuación del embarazo debe retirarse el DIU lo antes posible si los hilos son visibles o si se encuentra en canal cervical.

Si no puede extraerse, en el control de embarazo se estará atento a las posibles complicaciones

Aunque el riesgo absoluto de embarazo ectópico es menor para las usuarias de DIU que en las no usuarias, las mujeres que quedan embarazadas con un DIU in situ tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico en comparación con la población general y este riesgo es superior para DIU-LNG que SIL-Cu. El antecedente de embarazo ectópico no contraindica la inserción del DIU

8. EXITOSO SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA

Tras la inserción, debe entregarse consejos por escrito, motivos por los que debería consultar, la fecha de la inserción y lote del producto.

8.1 Cuando es eficaz

El DIU-Cu y DIU-LNG de 52 mg son efectivos inmediatamente tras su inserción. Con dosis más bajas no está establecida la eficacia desde la inserción por lo que se recomienda apoyo anticonceptivo o abstinencia una semana. Si la inserción se realiza durante los primeros 7 días de la menstruación no sería necesaria protección adicional.

8.2 Dolor y cambios patrón de sangrado

Son los efectos secundarios más comunes y los motivos más frecuentes para la extracción del DIU dentro de los primeros 6 meses (28).

El dolor tras la inserción es muy frecuente e independiente del tipo de DIU. Generalmente, disminuye en casi todos los casos en minutos, aunque se puede indicar AINEs (Ibuprofeno 600 - 800 mg cada 6-8 h). Si el dolor empeora significativamente, se debe descartar una expulsión parcial, un defecto en la colocación, una perforación uterina o una infección pélvica.

El sangrado tras la inserción está presente en la mayoría de las mujeres y se les debe informar que este no debe ser superior al de una menstruación normal. Si el sangrado es abundante, se debe descartar una expulsión parcial, perforación uterina o una laceración cervical.

El sangrado continuo molesto es más frecuente con el DIU-LNG y debe ser advertido a la usuaria.

8.3. Seguimiento

Se recomienda una visita de control unas seis semanas después de la inserción para identificar los posibles efectos secundarios y evaluar la satisfacción de la usuaria. En ausencia de síntomas, no se recomiendan controles adicionales a los programas de cribado establecidos hasta la retirada.

Si los hilos del DIU no son visibles se realizará una ecografía para localizar el DIU. Si este se encuentra dentro del útero, no se requiere ninguna otra intervención. Si no es así, se realizará radiografía simple de abdomen para confirmar expulsión o comprobar perforación. Aunque la expulsión puede ocurrir en cualquier momento, es más probable en los primeros meses después de la inserción. Si bien la perforación se diagnostica con frecuencia en el momento en que ocurre, se puede realizar un diagnóstico tardío de migración del dispositivo.

Si la pareja nota los hilos, pero no resulta molesto, no

debe actuarse. Con el tiempo, generalmente se ablandan y se curvan. Si las molestias persisten, pueden cortarse a ras del cérvix, pero avisando de una posible mayor dificultad para su retirada.

Puede identificarse quistes de ovario, producidos por un retraso en la atresia del folículo persistiendo la foliculogénesis; la mayoría son asintomáticos y se resuelven espontáneamente

Si la usuaria precisara tratamiento por patología cervical no es necesaria la retirada. Una opción es cortar dos segmentos cervicales separados intentando proteger los hilos. O bien, prescindir de estos y seccionarlos.

9. “CHEK LIST” DE RETIRADA

1. Obtener consentimiento informado
2. Exposición y limpieza del cérvix
3. Con hilos visibles: tracción suave y mantenida hasta la extracción
4. Comprobación de la integridad.
5. Recomendamos mostrar a la mujer el dispositivo.
6. Por legislación, no puede entregarse si lo solicita
7. Preguntar por necesidad anticonceptiva
8. Con hilos no visibles: Puede extraerse los hilos al hacer girar un cepillo de citología en el canal. Si no se extraen, y previa confirmación de DIU intrauterino, se intenta la extracción con pinza de Bengolea o cocodrilo o con cánula dentada de Novak. Puede ser necesario bloqueo cervical. Si no es posible la extracción o ante enclavamiento se remitirá para extracción por histeroscopia

8.3. Formación

La formación es el pilar básico en la AIU. Se han identificado carencias formativas en la adquisición de las habilidades y capacitación de los profesionales. En la actualidad, el aprendizaje mediante simuladores se ha convertido en el patrón de referencia. Para la comprobación objetiva del aprendizaje, se han desarrollado herramientas específicas que permiten hacerlo (29).

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta de Anticoncepción en España 2022. Observatorio de la salud sexual y reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción. Disponible en <https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>. Consultado 20/03/2024
2. Wu J, Trahair E, Happ M, Swartz J. TikTok, #IUD, and User Experience With Intrauterine Devices Reported on Social Media. *Obstet Gynecol.* 2023 Jan 1;141(1):215-217. doi: 10.1097/AOG.0000000000005027.
3. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, Simmons KB, Pagano HP, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016 Jul 29;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1.
4. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol.* 2014 Dec;124(6):1120-1127. doi: 10.1097/AOG.0000000000000540.
5. Chrisler JC, Gorman JA, Manion J, Murgo M, Barney A, Adams-Clark A, Newton JR, McGrath M. Queer periods: attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Cult Health Sex.* 2016 Nov;18(11):1238-50. doi: 10.1080/13691058.2016.1182645.
6. Perrone AM, Cerpolini S, Maria Salfi NC, Ceccarelli C, De Giorgi LB, Formelli G, Casadio P, Ghi T, Pelusi G, Pelusi C, Merigliola MC. Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *J Sex Med.* 2009 Nov;6(11):3193-200. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x.
7. Ramanadhan S, Goldstuck N, Henderson JT, Che Y, Cleland K, Dodge LE, Edelman A. Progestin intrauterine devices versus copper intrauterine devices for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Feb 27;2(2):CD013744. doi: 10.1002/14651858.CD013744.pub2.
8. Protocolo SEGO-SEC anticoncepción intrauterina. Disponible en https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf. Consultado 18/03/2024
9. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition 2015. Disponible en [violence-against-women-2017-03ws-who-med-eligibility-criteria-emerg-contraception-2015-full-pdf](https://www.who.int/publications/m/item/violence-against-women-2017-03ws-who-med-eligibility-criteria-emerg-contraception-2015-full-pdf)
10. Bergin A, Tristan S, Terplan M, Gilliam ML, Whitaker AK. A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. *Contraception.* 2012 Dec;86(6):694-7. doi: 10.1016/j.contraception.2012.05.011.
11. Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception.* 2013 May;87(5):666-73. doi: 10.1016/j.contraception.2012.08.015.
12. Alice TND, Kives S, Merovitz L, Nitsch R, Tessler K, Yudin MH. Screening for bacterial vaginosis at the time of intrauterine contraceptive device insertion: is there a role? *J Obstet Gynaecol Can.*

- 2012 Feb;34(2):179-185. doi: 10.1016/S1701-2163(16)35161-1.
13. Grimes DA, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(2):CD001327. doi: 10.1002/14651858.CD001327.
 14. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol.* 2018 Jun;131(6):e172-e189. doi: 10.1097/AOG.0000000000002670.
 15. Dina B, Peipert LJ, Zhao Q, Peipert JF. Anticipated pain as a predictor of discomfort with intrauterine device placement. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Feb;218(2):236.e1-236.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.017.
 16. Matthews LR, O'Dwyer L, O'Neill E. Intrauterine Device Insertion Failure After Misoprostol Administration: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2016 Nov;128(5):1084-1091. doi: 10.1097/AOG.0000000000001696.
 17. Nguyen L, Lamarche L, Lennox R, Ramdyal A, Patel T, Black M, Mangin D. Strategies to Mitigate Anxiety and Pain in Intrauterine Device Insertion: A Systematic Review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020 Sep;42(9):1138-1146.e2. doi: 10.1016/j.jogc.2019.09.014.
 18. Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception.* 2016 Dec;94(6):739-759. doi: 10.1016/j.contraception.2016.06.014.
 19. Amaya SI, Henkel A, Blumenthal PD. Words matter: perforation... or transmural migration? *BMJ Sex Reprod Health.* 2023 Apr;49(2):74-75. doi: 10.1136/bmjshr-2022-201738.
 20. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine contraceptive device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Feb;88(2):129-31. doi: 10.1016/s0301-2115(99)00142-6.
 21. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;7:CD001777.
 22. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol.* 2014 Oct;124(4):718-726. doi: 10.1097/AOG.0000000000000475.
 23. Fassett MJ, Reed SD, Rothman KJ, Pisa F, Schoendorf J, Wahdan Y, Peipert JF, Gatz J, Ritchey ME, Armstrong MA, Raine-Bennett T, Postlethwaite D, Getahun D, Shi JM, Xie F, Chiu VY, Im TM, Takhar HS, Wang J, Anthony MS. Risks of Uterine Perforation and Expulsion Associated With Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol.* 2023 Sep 1;142(3):641-651. doi: 10.1097/AOG.0000000000005299.
 24. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception.* 2015 Apr;91(4):280-3. doi: 10.1016/j.contraception.2015.01.011.
 25. Panchal VR, Rau AR, Mandelbaum RS, Violette CJ, Harris CA, Brueggmann D, Matsuzaki S, Ouzounian JG, Matsuo K. Pregnancy with retained intrauterine device: national-level assessment of characteristics and outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023 Sep;5(9):101056. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.101056.
 26. Meaidi A, Torp-Pedersen C, Lidegaard Ø, Mørch LS. Ectopic Pregnancy Risk in Users of Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Systems With 52, 19.5, and 13.5 mg of Hormone. *JAMA.* 2023 Mar 21;329(11):935-937. doi: 10.1001/jama.2023.0380.
 27. Wei H, Pan N, Wang Y, Ma C. Segmented in vitro fertilization and frozen embryo transfer in levonorgestrel-releasing intrauterine device treated patients with endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2023 Dec;308(6):1845-1852. doi: 10.1007/s00404-023-07170-x.
 28. Grunloh DS, Casner T, Secura GM, Peipert JF, Madden T. Characteristics associated with discontinuation of long-acting reversible contraception within the first 6 months of use. *Obstet Gynecol.* 2013 Dec;122(6):1214-21. doi: 10.1097/01.AOG.0000435452.86108.59. PMID: 24201685; PMCID: PMC4051392.
 29. Quílez-Conde JC, Perelló-Capoc J, Parra-Ribese I, Andeyro-García M, Cristóbal-García I, Gutiérrez-Alés J, Herrero-Conde M, Lobo-Abascal P, Rius-Tarruella J. Desarrollo de una herramienta de evaluación objetiva de la habilidad técnica en la inserción de dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel con sistema de inserción Evoinserter®. *Prog Obstet Ginecol* 2023;66:126-132.

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

Dacriocistocele en ecografía prenatal. A propósito de un caso

Dacriocistocele in prenatal ultrasoun. A case report

Martínez Gamón B, Miró Matos M, Jiménez Mateo-Sidrón F, Novelle García M, Rodríguez Benito C

HM Montepíncipe (Boadilla del Monte, Madrid)

RESUMEN

El dacriocistocele es la obstrucción congénita del conducto nasolacrimal, y aunque no es una patología muy frecuente, es importante diagnosticarlo durante la gestación. Por un lado, para poder hacer un buen diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden dar lugar a imágenes similares en la ecografía. Por otro lado, para tenerlo en cuenta en el momento de nacimiento y la posible aparición de una obstrucción de la vía aérea si es bilateral, desencadenando un distress respiratorio. En un porcentaje muy elevado se resuelve espontáneamente durante la gestación, o incluso en los primeros meses tras el nacimiento. Si esto no ocurre, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico, aunque en un porcentaje muy bajo de pacientes.

Presentamos un caso de una paciente de 30 años, primigesta, con una gestación de curso normal, sin patología asociada. En la ecografía del tercer trimestre, con 33+4 semanas, se diagnostica un dacriocistocele derecho. Se produce resolución espontánea del mismo pasadas 2 semanas, que se confirma postnatalmente. Presentamos el caso con imágenes ecográficas 2 y 3D.

Palabras clave: dacriocistocele, quiste conducto nasolacrimal, imágenes ecográficas.

CORRESPONDENCIA:

Blanca Martínez Gamón
blancam.gamon@gmail.com

ABSTRACT

Dacryocystocele is a congenital obstruction of the nasolacrimal duct. Even though it isn't a frequent disease, it is important to diagnose during pregnancy. On the one hand, we need to make a proper differential diagnosis with other diseases than could present with similar ultrasound images. On the other hand, we need to take into account in the moment of delivery, especially if it is a bilateral dacryocystocele because it could obstruct the airway of the newborn and result in neonatal respiratory distress. Spontaneous resolution during pregnancy occurs in a high percentage of cases, or even during the first months after delivery. If it doesn't occur, the newborn may need a surgery to resolve it.

We present a case of a 30 year old woman, with her first pregnancy. The pregnancy control was normal, without any abnormality. During the third trimester ultrasound at 33+4 weeks, a right dacryocystocele is diagnosed. After 2 weeks of pregnancy, it makes clear a spontaneous resolution of it, that it is confirmed in the postnatal period.

We report the case with 2 and 3-D ultrasound images.

Keywords: dacryocystocele, nasolacrimal duct cyst, ultrasound imaging.

CASO CLÍNICO

Introducción

El dacriocistocele es la obstrucción congénita del conducto nasolacrimal¹. Según la Fetal Medicine Foundation, tiene una prevalencia de 1 de cada 4000 nacimientos², aunque otros estudios como por ejemplo el de Cavazza et al³, la sitúan en torno al 0,1%.

Puede ser unilateral, o bilateral, y la importancia de

su diagnóstico prenatal radica principalmente en la posibilidad de obstrucción de la vía aérea al nacimiento cuando es bilateral. Por otro lado, es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con el encefalocele anterior, el hemangioma y el quiste dermoide principalmente. En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente durante la gestación.

Caso clínico

Mujer de 30 años, primigesta, con gestación de curso normal. Antecedentes personales sin interés. No hábitos tóxicos.

Se realiza ecografía de las 12 semanas informándose como normal y acorde a edad gestacional. El resultado del índice de riesgo combinado de primer trimestre es de bajo riesgo de trisomías 13,18 y 21. Además se realiza un ADN fetal en sangre materna periférica de manera electiva, con el mismo resultado. La ecografía de las 20 semanas no informa de ninguna anomalía, acorde a edad gestacional.

Durante la ecografía del tercer trimestre se visualiza a nivel de zona interna de órbita derecha una zona econegativa, por lo que se solicita consulta específica en unidad de diagnóstico prenatal.

En la ecografía de diagnóstico prenatal con 33+4 semanas se aprecia: órbita derecha de 12mm, dentro de la normalidad. Adyacente a su cara interna se visualiza una imagen econegativa de 7mm de espesor con imagen ecogénica en su interior de 2.5mm, Doppler color negativa (figuras 1 y 2). Se realiza una ecografía 3D para una mejor visualización de la misma (figuras 3 y 4). Órbita izquierda de características normales. El diagnóstico más probable es un dacriocistocele derecho. Se recomienda control ecográfico en 2 semanas.

Acude de nuevo a ecografía de diagnóstico prenatal 2 semanas después con 35+3 semanas: se aprecia resolución espontánea de dacriocistocele y órbita izquierda continúa sin alteraciones.

Se produce inicio espontáneo de parto a las 39+5 semanas. Nacimiento de recién nacido mediante ventosa obstétrica por no progresión de parto, sin incidencias.

Se obtiene recién nacido sin alteraciones al nacimiento. Postnatalmente, se confirma resolución espontánea del dacriocistocele identificado durante la gestación.

DISCUSIÓN

La canalización del sistema de drenaje nasolacrimal se inicia a las 16 semanas de gestación y finaliza a las 24 semanas, sin embargo, el extremo inferior en contacto con el conducto nasal (válvula de Hasner) puede canalizarse al nacimiento o incluso después³.



Figura 1. Dacriocistocele derecho



Figura 2. Dacriocistocele derecho. Doppler color negativo



Figura 3. Dacriocistocele en ecografía 3D

En ocasiones, se produce una obstrucción proximal y distal de este sistema de drenaje nasolacrimal, y una acumulación en el mismo de moco y líquido amniótico; lo que da como resultado la aparición del dacriocistocele¹.

La ecografía es el método de elección para el



Figura 4. Dacriocistocele en ecografía 3D

diagnóstico, en la que se aprecia una lesión quística anecoica o hipoecoica en el borde medial inferior de la órbita⁴. Se considera diagnóstico de dacriocistocele un diámetro mayor a 5 mm del saco lacrimal. Sólo se plantearía realizar una RMN en caso de sospecha de otras malformaciones⁵.

Se puede detectar desde las 24 semanas de gestación, existiendo un pico de edad gestacional al diagnóstico a las 32 semanas (coincidiendo generalmente con la ecografía del tercer trimestre), que va disminuyendo a medida que avanza la gestación¹. El 75% de los casos aparece de manera unilateral durante la gestación, aunque en un 25% de los casos puede aparecer de manera bilateral².

El diagnóstico diferencial incluye²:

- Encefalocele anterior: generalmente asociado a anomalías intracraneales como la hidrocefalia.
- Hemangioma: generalmente son sólidos o con muchos septos. Se diferencia del dacriocistocele por su patrón de Doppler característico⁶.
- Quistes dermoides: localizados superolateralmente. Generalmente hiperecoicos y muy frecuentemente acompañados de zonas calcificadas.
- Otros diagnósticos diferenciales extremadamente raros: neurofibromatosis, linfangioma y rhabdomioma. Aparecen como masas sólidas en la ecografía⁷.

No está asociado a anomalías cromosómicas³. No es necesario un seguimiento diferente al de una gestación normal. La finalización de la gestación es la misma que para cualquier otra gestación sin patología².

En cuanto al pronóstico habitualmente se resuelven espontáneamente en el tercer trimestre de la gestación o en los primeros 6 meses de vida. En el estudio de Kim et al se aprecia una resolución espontánea de un 76% al nacimiento¹; y en la publicación de Cavazza la sitúan en torno al 85-95% durante el primer año de vida⁸. En los casos que no se ha resuelto espontáneamente, se soluciona con masaje diario de la zona asociado a antibioterapia tópica/sistémica para evitar el desarrollo de una dacriocistitis¹. Ocasionalmente, puede ser necesario realizar una canalización quirúrgica del conducto nasolacrimal para resolver la obstrucción^{2,8}.

En el estudio publicado por Kim et al afirman que, a menor edad estacional al nacimiento, mayor probabilidad de persistencia al nacimiento, por lo que la edad gestacional al nacimiento podría ser un factor pronóstico de persistencia del mismo¹.

Las complicaciones potenciales son la dacriocistitis (inflamación del saco nasolacrimal causado por una infección), celulitis de la órbita¹ y distress respiratorio cuando el dacriocistocele se extiende intranasal y sobretodo cuando es bilateral⁹. En el estudio publicado por Davies et al afirman que aquellos dacriocistoceles que se complican con dacriocistitis o distress respiratorio es más probable que requieran tratamiento quirúrgico postnatal¹⁰.

No existe riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores².

CONCLUSIÓN

El dacriocistocele es una malformación congénita poco frecuente, que se suele diagnosticar en el tercer trimestre de gestación, con una tasa muy elevada de resolución espontánea durante la gestación o el primer año de vida. Lo más importante es realizar un buen diagnóstico diferencial y en caso de diagnosticarlo, tenerlo en cuenta de cara al nacimiento y la posibilidad de desarrollo de distress al nacimiento por poder ser causante de dificultad respiratoria en el neonato (sobretodo si es bilateral).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim YH, Lee YJ, Song MJ, Han BH, Lee YH, Lee KS. Dacryocystocele on prenatal ultrasonography: diagnosis and postnatal outcomes. *Ultrasonography*. 2015. Jan; 31(1):51-57. DOI: 10.14366/usg.14037.
2. Fetal Medicine Foundation. <https://fetalmedicine.org/education/fetal-abnormalities/face/dacryocystocele>

3. Sharony, R., Raz, J., Aviram, R., Cohen, I., Beyth, Y. and Tepper, R. Prenatal diagnosis of dacryocystocele: a possible marker for syndromes. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999. 14: 71-3. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1999.14010071.x>
4. Cruciat G, Florian A, Cotutiu P, Nemeti G, Nicoara S. Congenital dacryocystocele diagnosed by antenatal ultrasonography with spontaneous resolution. *Arq Bras Oftalmol*. 2020. 83(4):332-334. DOI: 10.5935/0004-2749.20200055
5. Brugger PC, Weber M, Prayer D. Magnetic resonance imaging of the fetal efferent lacrimal pathways. *Eur Radiol* 2010; 20:1965-1973. DOI: 10.1007/s00330-010-1755-1
6. Pennell RG, Baltarowich OH. Prenatal sonographic diagnosis of a fetal facial hemangioma. *J Ultrasound Med*. 1986. 5(9):525-8. DOI: 10.7863/jum.1986.5.9.525.
7. Bingöl B, Başgül A, Güdücü N, Işci H, Dünder I. Prenatal early diagnosis of dacryocystocele, a case report and review of literature. *Turkish-German Gynecol Assoc* 2011; 12: 259-62. DOI:10.5152/jtgga.2011.60.
8. Cavazza S, Laffi GL, Lodi L, Tassinari G, Dall'Olio D. Congenital dacryocystocele: diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008. 28(6):298-301.
9. Tsai YS, Huang JK. Neonatal nasal obstruction caused by bilateral dacryocystoceles. *Pediatr Radiol*. 2006. 36(11):1221. DOI: 10.1007/s00247-006-0284-1.
10. Davies R, Watkins WJ, Kotecha S, Watts P. The presentation, clinical features, complications, and treatment of congenital dacryocystocele. *Eye (Lond)*. 2018 Mar;32(3):522-526. DOI: 10.1038/eye.2017.235.

**III CONGRESO NACIONAL DE
GINECOLOGÍA ESTÉTICA Y
FUNCIONAL DE LA AEEM**

**26-28 DE SEPTIEMBRE
DE 2024. ¡¡NUEVA
FECHA!!**



III Congreso Nacional de
**GINECOLOGÍA ESTÉTICA,
FUNCIONAL Y REGENERATIVA**
VALENCIA
Del 26 al 28 de septiembre de 2024

Caso Clínico

Quiste de bolsa de blake. La importancia del diagnóstico diferencial

Blake's Pouch Cyst. The Importance Of Differential Diagnosis. Report Of A Case

Chivato Lorenzo L, De Mingo Romanillos L, Martínez Ten Pilar, Martín Fernandez Raquel, Escribano Tórtola JJ

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Severo Ochoa (Leganés Madrid)

RESUMEN

Exponemos el caso clínico de una mujer de 30 años, gestante de 20 + 3 semanas, a la cual diagnosticamos una malformación fetal en la ecografía morfológica de la semana 20 en nuestro centro, el Hospital Universitario Severo Ochoa, en junio de 2022.

Se trata de un caso de quiste de bolsa de Blake persistente, anomalía poco frecuente y que nos plantea un difícil diagnóstico diferencial de los defectos quísticos de la fosa posterior. Entre ellos incluimos la malformación de Dandy Walker, el quiste de bolsa de Blake persistente, el quiste aracnoideo de fosa posterior, la megacisterna magna o la hipoplasia aislada de vermis.

Estas malformaciones tienen un pronóstico incierto, siendo descritas desde anomalías graves a variantes de la normalidad con unas implicaciones sobre el neurodesarrollo fetal impredecible. Por otro lado, la falta de conocimiento sobre estas entidades, la controversia sobre el origen embriológico y la similitud en los hallazgos radiológicos puede llevar a un diagnóstico incorrecto.

Por ello, es importante un examen exhaustivo en la ecografía de la semana 20 y ser cauto con el diagnóstico inicial. Consideramos, así, que todo caso aportado a la

literatura es crucial, ya que un diagnóstico certero es imprescindible para poder guiar a las familias en la toma de decisiones.

En nuestro caso, la amniocentesis descartó alteraciones cromosómicas asociadas y los hallazgos ecográficos se mantuvieron estables hasta el parto que se produjo en la semana 40. Hasta la actualidad, el neurodesarrollo de la niña, con 15 meses de vida, es normal.

Palabras clave: Quiste de bolsa de Blake. Fosa craneal posterior. Vermis cerebeloso.

ABSTRACT

We report the case of a 30-year-old woman, pregnant for 20 + 3 weeks, in whom we diagnosed a fetal malformation in the morphological ultrasound at week 20 in our center, Hospital Universitario Severo Ochoa, in June 2022.

This is a case of persistent Blake's pouch cyst, a rare anomaly with a difficult differential diagnosis of the cystic posterior fossa anomalies. Among them we include Dandy Walker malformation, persistent Blake pouch cyst, posterior fossa arachnoid cyst, megacisterna magna or isolated vermis hypoplasia.

These malformations have an uncertain prognosis, being described as ranging from severe anomalies to variants of normality with unpredictable implications for fetal neurodevelopment. On the other hand, the lack of knowledge about these entities, the controversy over the embryological origin and the similarity in radiological findings can lead to an incorrect diagnosis.

Therefore, it is important to have a thorough examination at the 20-week ultrasound and to be cautious with the initial diagnosis. We consider that every case contributed to the literature is crucial, since an accurate

CORRESPONDENCIA:

Leticia Chivato Lorenzo

Calle Valderribas, n23, 6A,
28007, Madrid.

leticia.chlorenzo@gmail.com

diagnosis is essential to guide families in the decision-making process.

In our case, amniocentesis ruled out associated chromosomal alterations and the ultrasound findings remained stable until delivery, which occurred at week 40. To date, the neurodevelopment of the child, at 15 months of age, is normal.

Keywords: Blake’s pouch cyst. Posterior cranial fossa. Cerebellar vermis.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente texto se presenta el caso de una gestante a la cual diagnosticamos en la ecografía morfológica de las 20 semanas una malformación fetal conocida como Quiste de Bolsa de Blake persistente (QBB). Esta malformación, poco frecuente, se engloba dentro del diagnóstico diferencial de las anomalías quísticas de la fosa posterior, siendo descritas desde anomalías graves a variantes de la normalidad con pronósticos muy diferentes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, gestante de 20 + 3 semanas, sin antecedentes personales o familiares de interés. Intervenida en la infancia de adenoidectomía. No toma medicación crónica salvo los suplementos vitamínicos del embarazo. Se trata de su primera gestación y no tiene episodios gineco-obstétricos reseñables.

El cribado combinado del primer trimestre resultó de bajo riesgo para las trisomías más comunes y en la ecografía de las 12 semanas no se objetivaban alteraciones. Los controles analíticos fueron normales.

En la ecografía de la semana 20 el feto presentaba una biometría acorde a su edad gestacional. En el examen morfológico se detectó un defecto del vermis cerebeloso que comunicaba la fosa posterior con el IV ventrículo sin objetivarse en el momento hidrocefalia ni otras alteraciones neurológicas (Figura 1). En ese momento nos planteamos un diagnóstico diferencial de las anomalías quísticas dependientes de la fosa posterior y aconsejamos la realización de una amniocentesis para descartar la asociación de alteraciones cromosómicas. Nuestra sospecha inicial fue un síndrome de Dandy Walker versus quiste de bolsa de Blake persistente, dos entidades con pronósticos muy distintos.

Entre las anomalías quísticas de la fosa posterior, debemos tener en cuenta las siguientes entidades para



Figura 1

Tabla 1

Defecto	Vermis	IV ventrículo	Fosa posterior	Hidrocefalia
SDW	Agenesia parcial/total	Aumentado	Aumentada	Sí (mayoría)
QAFP	Normal	No reducido	Normal	Posible
MCM	Normal	Normal	Aumentada/Normal	No
QBB	Normal	Aumentado	Normal	Sí (mayoría)

(6).

SDW: Síndrome de Dandy Walker

QAFP: quiste aracnoideo de fosa posterior

MCM: Megacisterna Magna

QBB: quiste de Bolsa de Blake persistente

realizar un correcto diagnóstico diferencial. Se destacan las principales diferencias en la Tabla 1.

1. Síndrome de Dandy Walker (SDW). Se presenta como una dilatación quística del cuarto ventrículo, persistencia de la bolsa de Blake, aumento de la fosa posterior con desplazamiento superior del tentorio y una agenesia completa o parcial del vermis cerebeloso (1).
2. Quiste aracnoideo de fosa posterior (QAFP). Se trata de una colección de líquido cefalorraquídeo entre las capas de la membrana aracnoidea que puede o no comunicarse con el espacio subaracnoideo (1).
3. Megacisterna magna (MCM). La distancia de la parte posterior del vermis a la parte interna del hueso occipital es mayor a 10 mm. Es



Figura 2

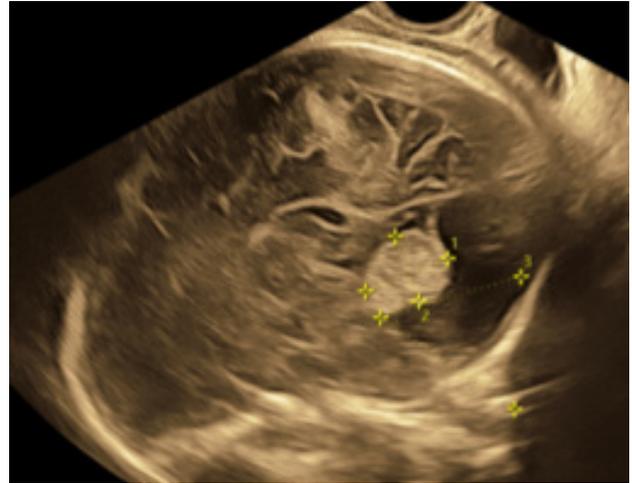


Figura 4



Figura 3

imprescindible visualizar un desarrollo correcto de los hemisferios cerebelosos y del vermis (2).

4. Quiste de bolsa de Blake persistente (QBB). Hay tres criterios diagnósticos: anatomía normal y tamaño adecuado del vermis cerebeloso, leve-moderada rotación de vermis en el plano medial y tamaño normal de la cisterna magna (3).

Otras anomalías para tener en cuenta en el diagnóstico diferencial serían la hipoplasia de cerebelo o la hipoplasia aislada de vermis.

Paralelamente, la paciente buscó una segunda opinión y se realizó una neurosonografía fetal en la que confirmaron el defecto de la fosa posterior y en la que

se visualizaba el vermis cerebeloso, encontrándose éste elevado. El ángulo pontovermiano era de 42° . La cisterna magna presentaba una dimensión anteroposterior de 7mm, normal. Concluyeron el estudio con un diagnóstico de probable quiste de bolsa de Blake (Figura 2).

La amniocentesis, realizada a las 21 semanas de edad gestacional, descartó alteraciones cromosómicas. Las ecografías de control apoyaban la sospecha de quiste de bolsa de Blake persistente como único hallazgo. En la Figura 3, mostramos un corte coronal donde se objetiva la presencia de vermis cerebeloso. Por ello, se opta por un seguimiento estrecho con derivación a un centro de referencia para valoración y realización de una resonancia magnética fetal.

Con esta última prueba, realizada a las 26 semanas de edad gestacional, se mantiene el diagnóstico de sospecha inicial. La resonancia informa de la persistencia de una comunicación amplia del IV ventrículo con la cisterna magna y rotación del vermis, el cual presenta dimensiones normales.

La paciente y su pareja, informados de la principal sospecha diagnóstica y de la incertidumbre en cuanto al desarrollo neurológico, deciden continuar adelante con la gestación.

Se realizaron controles ecográficos cada dos semanas en nuestro centro. El crecimiento fetal fue correcto y el Doppler se mantuvo inalterado. En la Figura 4 puede apreciarse la persistencia del defecto de la fosa posterior con un vermis de dimensiones normales para las 32 semanas de edad gestacional. En la semana 33, el inicio de aparición de datos de hidrocefalia nos obligó a referir

a la paciente a un centro terciario para la atención del parto por si fuera necesaria una intervención inmediata tras el nacimiento por parte del servicio de neurocirugía.

Finalmente, el parto se instauró de manera espontánea a las 40 semanas, naciendo una mujer con un peso de 3440g y apgar 9/10. El cribado auditivo fue normal. Se realizó una resonancia magnética a la recién nacida que confirmó la anomalía de sospecha, descartando hidrocefalia. A los 7 meses de vida se realizó un TC cerebral de control en el que el tamaño ventricular era normal, con un perímetro cefálico estable en un percentil 85. El desarrollo psicomotor fue normal, siendo capaz de permanecer sentada, con buen control cefálico y uso de las dos manos. La evaluación oftalmológica no presentó alteraciones. El último control se ha realizado a los 13 meses de vida, con un desarrollo evolutivo normal siendo capaz de decir varias palabras bisilábicas y manteniendo la bipedestación durante unos segundos.

DISCUSIÓN

Las anomalías de la fosa posterior se han englobado durante mucho tiempo dentro de lo que se conocía como el complejo o variante del síndrome de Dandy-Walker.

Desde que se describiera por primera vez un caso de quiste persistente de bolsa de Blake la literatura al respecto ha sido escasa. Paladini et al. propusieron unos criterios diagnósticos basándose en una serie de casos para diferenciar esta anomalía del resto de defectos de la fosa posterior (4).

A pesar de ello, la falta de conocimiento sobre estas entidades, la controversia sobre el origen embriológico y la similitud en los hallazgos radiológicos puede llevar al ecografista a un diagnóstico incorrecto (3).

¿Por qué es importante realizar un diagnóstico diferencial?

A nivel ecográfico estas entidades presentan hallazgos similares. De este modo, un diagnóstico certero es imprescindible ya que el pronóstico es muy variable y como consecuencia el consejo a las familias afectas (5).

Por ejemplo, en el caso del síndrome de Dandy-Walker, globalmente sólo 1/3 de los recién nacidos vivos presentarán un neurodesarrollo normal, dependiendo éste de dos factores pronósticos principalmente. Si asocian otras malformaciones intracraneales el 98% presentarán alteraciones en el neurodesarrollo frente al 60% si no las presentan. Por otro lado, es importante el grado de lobulación del vermis, si es completa sólo un 20% presentan un cociente intelectual anormal frente al 100% si la lobulación es incompleta (1).

Sin embargo, en el caso del quiste de bolsa de Blake persistente el pronóstico dependerá de la presencia o no de hidrocefalia y de otras malformaciones mayores. Las presentaciones postnatales abarcan un amplio espectro. Si se manifiesta de manera aislada el pronóstico puede ser excelente dado que el cerebelo presenta una estructura normal. Asociado a otros hallazgos se han descrito desde casos leves de retraso en el neurodesarrollo con debut en la edad adulta hasta casos de muerte en los primeros días de vida debido a las anomalías asociadas (6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Monteagudo A, Timor-Tritsch I. Prenatal diagnosis of CNS anomalies other than neural tube defects and ventriculomegaly. 2022; Artículo disponible en Uptodate: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-diagnosis-of-cns-anomalies-other-than-neural-tube-defects-and-ventriculomegaly>.
2. Tortori-Donati P, Fondelli MP, Rossi A, Carini S. Cystic malformations of the posterior cranial fossa originating from a defect of the posterior membranous area. Mega cisterna magna and persisting Blake's pouch: two separate entities. *Childs Nerv Syst.* 1996;12(6):303-308. doi:10.1007/BF00301017.
3. Behram M, Oğlak SC, Ölmez F, et al. Blake's pouch cyst: Prenatal diagnosis and management. *Turk J Obstet Gynecol.* 2021;18(1):44-49. doi:10.4274/tjod.galenos.2020.21703.
4. Paladini D, Quarantelli M, Pastore G, Sorrentino M, Sglavo G, Nappi C. Abnormal or delayed development of the posterior membranous area of the brain: anatomy, ultrasound diagnosis, natural history and outcome of Blake's pouch cyst in the fetus. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;39(3):279-287. doi:10.1002/uog.10138.
5. Paladini D, Donarini G, Parodi S, Chaoui R. Differentiating features of posterior fossa at 12-13 weeks' gestation in fetuses with Dandy-Walker malformation and Blake's pouch cyst. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019;53(6):850-852. doi:10.1002/uog.20190.
6. Bontognali M, Poretti A, Guzman R, Huisman TA, Ramelli GP. Blake's pouch cyst in children: Atypical clinical presentation. *Neuroradiol J.* 2018;31(4):430-433. doi:10.1177/1971400917698855.

AUDITORIO AXA • Barcelona



¡Para cada mujer, cada momento!

Barcelona, 26-28 de junio de 2024

DIATROS
Diagnósticos y Tratamientos Avanzados

Save the date

13^a Reunión
científica

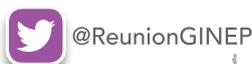


GINEP
ginecología
privada

www.ginep.es

Málaga 2024

Hotel NH Málaga
24 y 25 de octubre



Organizado por:
CLÍNICA PALACIOS
SALUD DE LA MUJER



TRIBUNA HUMANÍSTICA

DOS PARTOS COMPLICADOS EN "LOS MILAGROS DE NUESTRA SEÑORA" DE GONZALO DE BERCEO

TWO COMPLICATED BIRTHS IN "THE MIRACLES OF OUR LADY" BY GONZALO DE BERCEO

RESUMEN

En el primer apartado se realiza un análisis histórico y literario de la vida y la obra de Gonzalo de Berceo, con especial atención a su creación más conocida y destacada Los milagros de Nuestra Señora. Posteriormente se exponen y contextualizan los milagros XIX y XXI, desde el punto de vista obstétrico y ginecológico.

Palabras clave: Gonzalo de Berceo, Milagros de Nuestra Señora XIX y XXI, embarazo y parto, parto en el agua.

ABSTRACT

The first section makes a historical and literary analysis of the life and work of Gonzalo de Berceo with special attention to his best-known and outstanding creation Los milagros de Nuestra Señora. After that, the XIX and XXI miracles are exposed and contextualized from an obstetric and gynecological point of view.

Keywords: Gonzalo de Berceo, Miracles of Our Lady XIX and XXI, pregnancy and childbirth, birth in water.

BERCEO, EL AUTOR, SU OBRA

La vida de Gonzalo de Berceo sigue siendo, a día de hoy poco y mal conocida. Y, sin embargo, estamos ante el primer autor del que nos han llegado noticias biográficas seguras, y hasta cierto punto abundantes, si se le compara con otros autores medievales en lengua romance de los que únicamente se conservan sus obras.

Los únicos datos que se conocen sobre su vida provienen de dos fuentes distintas. Por una parte, los que él mismo declara en sus obras y en segundo lugar los que provienen de una serie de documentos notariales del monasterio de San Millán de la Cogolla, que abarcan el período entre 1220 y 1246, y en los que el poeta firma como testigo.

A partir de sus obras sabemos que se llamaba Gonzalo (*Yo, maestro Gonçalvo de Verceo nomnado...*), y que nació en el pueblo de Berceo, Rioja Alta. También sabemos que se educó en el monasterio de San Millán de Suso (*...en sant Millán de Suso fue de niñez criado*) y en dos de sus composiciones: *El sacrificio de la misa* y *El duelo de la Virgen*, se hacen alusiones a su oficio de clérigo secular.

A partir de los documentos notariales conservados se conocen algunos datos más de su vida. En 1221 figura como diácono en varias escrituras de ventas de fincas del monasterio, llegando a conseguir la dignidad de preste hacia 1237. Brian Dutton¹ ha deducido que debió nacer en 1196 o poco antes de ese año, ya que en aquella época para ser diácono había que tener como mínimo veinticinco años y treinta para ser sacerdote. Igualmente puede deducirse que murió a comienzos de la segunda mitad del siglo XIII y antes de 1264 año en el que encontramos el último documento de San Millán en que se habla de él y en el que se da a entender que ya había fallecido.

¹ DUTTON, Brian, La fecha del nacimiento de Gonzalo de Berceo. En Berceo, nº 94-95, 1978

Un aspecto interesante de su biografía, aunque no del todo confirmado, es el de su formación intelectual, que debió ser más amplia de lo que podría pensarse y de lo que él mismo hace creer en algunas de sus obras. Una formación que seguramente se iniciase en el propio monasterio de San Millán y que muy probablemente ampliase en los Estudios Generales de Palencia hacia los años 1221 a 1227, donde adquirió ese título de "maestro" que se da en la introducción de los Milagros y que hace referencia a un rango universitario². También es probable que tuviese conocimientos administrativos y legales, y que fuese notario del abad Juan Sánchez, muerto en 1253.

Dejando a un lado la imagen tradicional, promovida en parte por la Generación del 98 y el Modernismo, del clérigo ingenuo y primitivo movido a la poesía exclusivamente por una piedad desinteresada, lo cierto es que Berceo fue un hombre de una amplia cultura y de una sólida educación teológica y clerical, con un solvente manejo tanto de la lengua latina como de la emergente lengua romance y sus recursos literarios. Esto puede apreciarse en las doce obras de él conservadas, escritas todas ellas en cuaderna vía, la estrofa característica del llamado mester de clerecía. El tema de su producción literaria es fundamentalmente religioso incluyendo vidas de santos, textos doctrinales, himnos y obras en loor de la Virgen María, en las que se demuestra el interés propagandístico de la Iglesia por la literatura como medio para, por una parte, captar el interés y "salvar" el alma de los oyentes y por otra obtener beneficios y rentabilidad económica para el monasterio.

LA LITERATURA DE MILAGROS: LOS MILAGROS DE NUESTRA SEÑORA

A partir de la segunda mitad del siglo XII y especialmente desde el Concilio de Letrán (1215) y el impulso dado por San Bernardo, se desarrolla un periodo de exaltación de la figura de la Virgen, sobre todo en su faceta humana de madre de cristo. Como señala Juan Manuel Cacho Blecua, una exaltación que curiosamente coincide con el nacimiento y desarrollo del concepto literario del amor cortes³. Se le dedican iglesias, se le consagran capillas, forma parte destacada de la liturgia, de las fiestas... Al calor de este creciente fervor mariano, comienzan a escribirse en latín colecciones de milagros de la Virgen, la mayoría de las cuales servían de inspiración e instrucción a los predicadores que, a menudo, ilustraban sus sermones con tales anécdotas. Aunque hay miles de milagros diferentes, con el tiempo se impuso el gusto popular y se destacó aproximadamente un centenar de ellos que formaban parte de la memoria colectiva.

En el siglo XIII comienzan a aparecer versiones en lenguas vulgares de estas recopilaciones latinas de milagros, lo cual contribuyó en gran medida a la consolidación de las lenguas romances como lenguas literarias y de cultura. De este modo, entre 1227 y 1275 se compusieron tres de las más importantes colecciones de milagros de Occidente: los Miracles de Nostre Dame, de Gautier de Coincy, los Milagros de Nuestra Señora, de Gonzalo de Berceo y las Cantigas de Santa María, de Alfonso X.

Con respecto a Los Milagros de Nuestra Señora, se trata de un conjunto de veinticinco poemas que Berceo comienza a redactar en torno a 1246 y en los que seguía trabajando después de 1252. Estamos pues, ante una obra de largo recorrido. Lo que parece claro es que su fuente latina son los Miracula Beate Marie Virginis, que se encuentran en la Biblioteca Real de Copenhague.

A primera vista podríamos pensar que Berceo no inventa nada nuevo, sino que intenta difundir en lenguaje llano ("en roman paladino") una serie de historias marianas escritas en latín. Sin embargo, la originalidad de Berceo hay que buscarla no tanto en el tema como en la composición y el estilo didáctico con que recrea estas fuentes latinas.

Nada une aparentemente a estas veinticinco composiciones. Cada una tiene una unidad de significado independiente de las demás, y un valor autónomo por sí misma. Sin embargo, en su conjunto, forman una especie de microcosmos, una obra con unos principios organizativos bastante claros en la que se intenta destacar siempre la actuación sobrenatural de la Virgen, intermediaria de todas las gracias, que es a la vez madre de dios y madre de pecadores. A partir de esta dualidad, María socorre a los necesitados, pero a la vez espera de ellos una devoción absoluta. Como ha señalado José Manuel Rozas⁴, la estructura de los milagros sería parecida a la de un retablo o pórtico gótico en la que caben siete planos de altura, desde Cristo a María, pasando por los ángeles (buenos y malos), los santos, hasta llegar a su base en la que se

2 GONZALO DE BERCEO, Los Milagros de Nuestra Señora. Edición de Michael Gerli, Madrid, Cátedra, 1992

3 GONZALO DE BERCEO, Los Milagros de Nuestra Señora Edición de Cacho Blecua, Madrid, Espasa, 1990, p.18

4 ROZAS, José Manuel. "Una clasificación funcional de los Milagros", en F. Rico (ed.), Historia y crítica de la literatura española, Vo., I, 1979, p. 155.

encuentra el plano de los hombres, el de los "pecadores", que pertenecen a distintos ámbitos, en los que ocupan un papel preeminente los que pertenecen al mundo clerical. Quince de los veinticinco milagros giran en torno a un protagonista vinculado a la Iglesia como es el caso, por ejemplo, de "*La abadesa preñada*" (XXI).

Dutton⁵ ha señalado como posiblemente Berceo escribiese pensando en alguna forma de presentación oral de sus obras ya que la literatura medieval se creaba, en la mayoría de las ocasiones, para ser leída en voz alta. Así pudieron ser difundidos los Milagros, ante grupos de monjes del monasterio de San Millán o de peregrinos que por allí se acercasen. Menéndez Pidal⁶ habló de fórmulas juglarescas en las obras de Berceo que indicarían una recitación pública de las mismas al estilo de los cantares de gesta. Pero a diferencia de estos, que pervivieron en crónicas y en el romancero, lo cierto es que la obra de Berceo vivió una larga época de silencio y olvido hasta ser editada por primera vez en el siglo XVIII.

Dos partos complicados, según Gonzalo de Berceo.

A continuación, se realiza un análisis de los milagros XIX "*La preñada salvada por la Virgen*" y XXI "*La abadesa preñada*", que son los dos únicos de toda la colección que están protagonizados por mujeres. A partir de ellos podremos contextualizar aspectos relacionados con la asistencia al parto y nacimiento en época medieval, en situaciones distintas y complejas. Se exponen dos miniaturas procedentes de las Cantigas de Santa María de Alfonso X, correspondientes a estos mismos milagros, con el fin de ilustrar mejor los hechos, exponiendo al pie la procedencia de las mismas.

1. Milagro XIX: Un parto y nacimiento en la marisma Mont Saint Michel.

Introducción

El parto pudo tener lugar en las playas circundantes de Mont Saint Michel ("*au péril de la mer*") en Normandía. En medio de una marisma y próxima a la orilla, se eleva una roca de 92 metros, sobre la que se asienta la iglesia de San Miguel, construida sobre restos megalíticos. Este montículo está unido a tierra en bajamar, pero con la pleamar se convierte totalmente en una isla. La fuerza, la velocidad y la altura que alcanza la marea es tal, que existe un claro riesgo de ahogamiento para las personas que pudieran ser sorprendidas caminando por estas playas, donde se dan algunas de las pleamars más importantes del continente europeo.

Resumen del texto del poema

En los primeros versos se alude a las características geográficas y mareales, y a los riesgos de la pleamar en *Mont Saint Michael*:

***"Cerca una marisma Tumba⁷ era clamada
Faziase una isla cavo la orellada
Fácié la mar por ella essida e tornada
Dos veces en el día o tres a la vegada***

Un día de la festividad de San Miguel, gentes del pueblo se dirigieron a la abadía para asistir a la misa en honor del santo, y al finalizar el acto, salieron presurosos hacia la costa para no ser sorprendidos por la pleamar. Sin embargo, una mujer embarazada y físicamente delgada (*una femna flaquilla e prennada*), debió de retrasarse al salir de la iglesia y fue alcanzada de lleno por la violenta subida del mar. Pronto se arrepintió de haber hecho ese camino de retorno (*Tóvose por repisa porque era entrad*)⁸.

Las gentes que observaban angustiadas la escena, pensaban que se encontraba en aquella terrible situación por culpa de sus pecados. Entonces rogaron a Santa María para que la ayudase. Pero las olas ya engullían a la mujer, y de hecho al no poder verla, pensaron que ya se habría ahogado (Figura 1, Cantiga de Santa María, número 86 de Alfonso X El Sabio)).

Sin embargo, y súbitamente, el mar retrocede (*encogiose la mar*). Y todos pudieron ver como por la orilla, venía una mujer caminando con su hijo en brazos. Fueron a su encuentro y le preguntaron cómo había podido sobrevivir a la marea y haber dado a luz a su hijo (*Dezit duenna por Dios e por caridat..deзитnos la verdad, E como vos livrastes de vuestra (en)prennedat*). La mujer respondió que, viéndose en riesgo de muerte, se encomendó a Santa María, que acudió para protegerla apartando el mar y más tarde la cubrió con su manto, y la ayudó (fue su madrina o comadrona) para que pudiera parir a su hijo sin ningún dolor (Figura 1):

5 DUTTON, Brian, "Móviles de Berceo", en F. Rico (ed.), Historia y crítica de la literatura española, Vol. I, 1979, p. 148-152,

6 MENÉNDEZ PIDAL, Ramón, Poesía juglaresca y orígenes de las literaturas románicas. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1957. p. 272 y ss.

7 También llamada San Miguel de la Tumba (Tombo), La tradición cuenta como San Miguel se apareció en este islote, en cuyo nombre se edificó una ermita y posteriormente una abadía. El milagro que cuenta Berceo se remonta al año 1011, ver DEVOTO Daniel, Milagros de Nuestra Señora, Madrid, Castalia, pp.195-196, 1980.

8 En DEVOTO Daniel, Milagros de Nuestra Señora, ...p. 85.



Figura 1. Izquierda: La mujer gestante es sorprendida por la pleamar en Mont Saint Michael; Derecha: La gestante da a luz en el mar bajo la protección de Santa María. Cantiga de Santa María, número 86, Fotografías del facsimil de las Cantigas (Consello da Cultura de Santiago de Compostela)

*Yo en esto estando vino sancta María,
cubrióme con la manga de la su almexía⁹,
no sentí nul periglo.....
.....Sin cuitas e sin pena sin ningún dolor..
Parí estí fijuelo ;;; ; grado al Criador ;;
Ove buena madrina non podrie meior ...
...nunqua mugier non ovo madrina¹⁰ tan onrrada.*

Las gentes del lugar, quedaron sobrecogidas por el relato de tal milagro y alabaron una vez más a Santa María.

Comentario

La historia de este milagro XIX, demuestra como la fe de las personas medievales, como dice Benito de Lucas¹¹, “podía obrar milagros”, pues “por su ingenuidad, veían o interpretaban” determinados momentos o situaciones, como producto de la mediación divina, pues los hechos observados, sobrepasaban su comprensión.

Los milagros literarios exponen casi siempre historias de personas que se encuentran en una situación de riesgo, enfermedad, posesión por el diablo, peligro de muerte¹², o como en el caso que nos ocupa, los apuros de una mujer gestante durante el desarrollo del parto. Las personas en peligro se encomendaban a Santa María, para obtener su ayuda y una vez “conseguida esta”, el milagro literario terminaba con la alabanza a Dios y a Santa María. Cabe resaltar siempre la dimensión humana de la Virgen, muy próxima a estas personas necesitadas, enfermas o pecadoras, enjuiciando los actos humanos, pero con gran piedad¹³, actuando en esa doble faceta de “mujer y madre”¹⁴. Todo este tipo de obras literarias mantiene un desarrollo y una finalidad doctrinal¹⁵ y de culto a María. Lo que parece claro es que la vida y los milagros atribuidos a Santa María fueron un tema inagotable durante la Edad Media¹⁶.

Un aspecto que se recoge en el milagro XIX - al igual que en otras obras, como en las Cantigas de Santa María de Alfonso X el Sabio- es el pecado como causa de infortunio, de riesgo de muerte, de enfermedad o de posesión diabólica. En la Edad Media, el pecado ocasionaba un castigo en forma de enfermedad¹⁷. Y se consideraba que al ser el pecado la causa principal de la enfermedad, la curación de la persona enferma estaba subordinada primero a la curación del espíritu¹⁸.

El pecado como causa de enfermedad, se puede apreciar también en los milagros II, VII, VIII, XI, XVII de Gonzalo de Berceo. Y lo mismo ocurre con las Cantigas de Santa María anteriormente citadas. En este sentido y a modo de ejemplo, el estribillo de la Cantiga 166, dice: *Cómo podem per sas culpas os omes ser contreitos*¹⁹.

Según lo dicho, no es de extrañar que al ver como el mar engullía a la embarazada, las gentes del pueblo dijieran: *..esta mesquina fue desaventurada, sos pecados toviéronli²⁰ una mala celada*. Y para curar y resolver tanto enfermedades como desdichas, el milagro era la última solución, como acto extraordinario que excedía a las fuerzas de la naturaleza, y como signo divino²¹. Un acto sobrenatural, sinceramente deseado, que solo podía hacer Dios o por la mediación de Santa María.

9 Manto

10 Que asiste, o protege, o que ayuda en el parto, en DEVOTO Daniel, Milagros de Nuestra Señora, ... p.187.

11 BENITO de Lucas, Joaquín, (Ed), Milagros de Nuestra Señora, Gonzalo de Berceo, Barcelona, Bruguera, 1980, pp. X-XX.

12 BENITO de Lucas, Joaquín, (Ed), Milagros de Nuestra Señora...pp. XXXIV-XLIV, También BELTRÁN Vicente, Milagros de Nuestra Señora, Gonzalo de Berceo, Clásicos Universales Planeta, Barcelona, 1987, pp. XXV-XXIX.

13 PRAT FERRER, Juan José, El marco en los Milagros de nuestra Señora de Gonzalo de Berceo, disponible en <https://www.vallenajerilla.com/berceo/pratferrer/marcoenlosmilagrosberceo.htm>

14 BELTRÁN Vicente, Milagros de Nuestra Señora...p. XXVII.

15 BELTRÁN Vicente, Milagros de Nuestra Señora...p. XXXII

16 DE BERCEO, Gonzalo, Milagros de Nuestra Señora, Edición de SOLALINDE, Antonio G, Clásicos Castellanos, Espasa, 2010, p. XVIII.

17 PAWLICK, Manfred, El arte de sanar de Santa Hildegarda, Girona, Susaeta, Tikal Ediciones, 2004, p.14,

18 GONZALEZ DE FAUVE, María Estela y FORTALEZA PATRICIA De, "Salud y enfermedad en la España bajo medieval", en Cuestiones de Historia medieval, RODRIGUEZ Gerardo (Coord.) y AROÑADA, Silvia, BAH, Cecilia y ZAPATERO, Mariana (col), Universidad Católica e Argentina, Vol. 2, 2010, pp. 519-520.

19 Contractis, se refiere a personas hemipléjicas o parapléjicas, entre otras causas o patologías.

20 "Le tendieron", en (BENITO DE LUCAS, Joaquín, Milagros de...pp.136-137

21 MITRE FERNÁNDEZ, Emilio, Fantasmas de la Sociedad Medieval, Enfermedad, Peste y Muerte, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2004, p. 34.

El texto del milagro XIX, nos conduce a plantear algunas situaciones de riesgo durante la gestación y parto en aquella época. La muerte materna y perinatal, y sus secuelas, lamentablemente fueron hechos frecuentes. Y llegado el momento del parto, el terror se apoderaba de las mujeres ya fueran nobles o no²². El parto suponía un gran riesgo para la salud de la madre y del hijo/a. Labarge²³, nos indica que la proporción de niñas superaba a los niños hasta los 15 años, para decaer después y mantenerse, siendo un hecho probablemente explicado por la elevada mortalidad materna. La limitación de la ciencia médica, - sobre todo en la Alta Edad Media²⁴- consistente en el empleo de prácticas domésticas y supersticiosas, las invocaciones religiosas, la atención al parto por mujeres más o menos expertas, pero por lo general no leidas²⁵, las severas complicaciones, los continuos embarazos, y la anemia subsiguiente, escasa higiene, así como la frecuente participación de las mujeres en las labores del campo, explicaría estos resultados desfavorables.

Para la valoración del riesgo obstétrico en aquella época, se debe considerar sin lugar a dudas, además de la asistencia, la normalidad o patología presentes, el momento y el lugar en el que se iniciaría el parto, bien sea el ámbito doméstico y la salubridad del mismo, o bien fuera del núcleo urbano, durante un viaje, asociándose aquí las inclemencias y eventos relativos al momento y al lugar. En este caso, la embarazada - al parecer de una constitución débil- es engullida por la pleamar de Mont Saint Michael, por lo que la posibilidad de muerte de madre e hijo, eran casi seguras.

El texto nos dice: *ove buena madrina non podrie meior*. Es decir, María actúa como madrina o matrona. Las madrinas eran las parteras, comadronas (cum matre), que atendían a las mujeres en los partos. El parto estaba fundamentalmente en manos de las mujeres con cierta experiencia, pues la Iglesia prohibía a los varones explorar a las mujeres. Por tanto, el conocimiento del parto y por ende de su asistencia, estaba vetado a los hombres siendo un dominio casi exclusivo de las mujeres. La partera, era la mujer que estaba "al lado o delante" de la parturienta, (*ob stare*), de donde proviene el término obstetricia. Eran mujeres sabias "sabidoras o llevadoras" que ya habían asistido partos, y por ello, ayudaban a parir²⁶, utilizando masajes abdominales, ungüentos, aceites, fumigaciones, incluso por vagina, y sucusiones hipocráticas, cuando el feto tenía una mala situación, o presentación para el parto. Pero también había parteras con otro nivel de conocimientos que procuraban cuidados de salud, como aliviar la sofocación uterina y la dificultad femenina de tener relaciones sexuales²⁷. En definitiva, en esta narración se asiste a un doble milagro, la asistencia a un parto en medio de la pleamar, es decir un parto en el agua y, además, sin dolor²⁸. Como dato interesante, muchos siglos más tarde, se recomendará como analgesia durante el parto en gestantes sin riesgo, la inmersión en el agua – en el periodo de dilatación- buscando un mayor confort y minimizar la sensación dolorosa²⁹. Esta historia también se narra en la Cantiga de Santa María número 86³⁰.

MILAGRO XXI: La abadesa embarazada y un nacimiento milagroso

Resumen

La protagonista y beneficiaria de este milagro es una abadesa, mujer perteneciente al ámbito religioso, un estamento privilegiado y respetado en la época medieval. Berceo nos resalta su bondad, honestidad y caridad. Pero un día la abadesa comete una "locura", a la que el autor alude como "pisar una yerba", eufemismo propio de la cultura popular

22 OPITZ, Claudia, "Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media (1250-1500)", en DUBY, Georges y PERROT, Michelle Historia de las mujeres: La Edad Media, Madrid, Taurus, 1992, pp. 321-395

23 LABARGE, Margaret Wade, La mujer en la Edad Media, Madrid, Ed. Nerea, S.A,1986, p.43

24 LAIN ENTRALGO, Pedro, "Medicina de la Europa Medieval", en LAIN ENTRALGO, Pedro, Historia de la Medicina, Barcelona, Salvat, 1985, pp.181-192.

25 SANCHEZ GRANJEL, Luis, La medicina española Antigua y Medieval, Salamanca, Ed. Universidad de Salamanca,1981, pp. 150-160.

26 CRUZ Y HERMIDA, Julio, Las matronas en la Historia, Madrid, Haba, 2007

27 MORAL DE CALATRAVA, Paloma, "La mala obstetrix y la buena matrona. Estereotipos femeninos en la medicina medieval", Revista Historia Autónoma, Murcia,2018,13, pp. 15-29.

28 KOCH, Jezabel, El cuerpo de los pecadores en los Milagros de Nuestra Señora de Gonzalo de Berceo, *Olivar* 21(33), e094, <https://doi.org/10.24215/18524478e094>

29 Para la analgesia en el parto, se incluyen entre los métodos no farmacológicos, la inmersión en el agua. En una revisión, de 8 estudios y 2939 mujeres- se concluye que la inmersión en el agua durante el periodo de dilatación, redujo significativamente el dolor, así como el empleo de otros analgésicos (Protocolos SEGO, *Prog Obstet Gin*, 51,6,374-383, 2008. Además, en Cluett, ER, Burns, E, Cuthbert,A, Cochrane Library, Immersion in wáter during labor and birth (Reviews), 2018, y Burns E, Feeley C, Hall, PJ, et al, Systematic review and meta análisis to examine intrapartum interventions and maternal and neonatal outcomes following immersion in wáter during labor and waterbirth. *BMJ Open*, 2022, 12, e 056517

30 FILGUEIRA VALVERDE, José, Alfonso X el Sabio, Cantigas de Santa María, Madrid, Castalia (Otres Nuevos),1985, pp.154-155.

para referirse a este tipo de sucesos. (*Fizo una locura que es mucho vedada, Pisó por su ventura yerba fuert enconada..... Cuando bien se catido fallóse embargada*³¹).

Al ser evidentes los signos de gestación de la abadesa, las monjas de su convento³² envían una carta al obispo para que acuda y confirme los hechos y, de este modo, la religiosa fuese reprendida y castigada:

*Fol creciendo el vientre encontra las terniellas*³³
*Fuéronseli haciendo peccas ennas masiellas*³⁴
Las unas eran grandes las otras mas poquiellas
Ca ennas primerizas caen estas cosiella

Era evidente que su estado no se podía encubrir (Non se podié celar la flamma encendida). La abadesa sabía que, con la visita del obispo, pronto sería acusada y severamente castigada. Entonces se dirigió a su celda donde tenía una imagen de Santa María, y postrada en el suelo y pidiendo una ayuda, empezó a llorar amargamente, rogando encarecidamente su mediación. Después de estos ruegos, la abadesa se quedó casi dormida. De repente, en medio de una gran claridad, contempla la presencia en su celda de Santa María acompañada de dos ángeles. La abadesa queda paralizada ante semejante visión:

Al sabor del solaz de la Virgen preciosa
Non sintiendo la madre de dolor nulla cosa
Nació la creatura cosiella muy fermosa

Después del parto, Santa María ordena a los ángeles que sin tardanza llevaran al niño hasta la casa de un ermitaño, para que con sumo cuidado lo criase y educase. Despertó después la abadesa, aturdida aún por la visión que había tenido y:

Palpose con sus manos...
por el vientre, por costados e por cada ijada
*Trobó so vientre llacio la cinta*³⁵ *muy delgada*
Como mugier que es de tal cosa librada

Al principio la abadesa pensaba que la visión había sido un sueño, pero ciertamente ya no había ninguna señal del embarazo en su abdomen, y entre sollozos dio gracias a Santa María. Concedora de la nueva realidad, se presentó ante el obispo que ya había llegado al monasterio³⁶, el cual, después de increparla, ordenó que fuera examinada por los clérigos que le acompañaban, pero:

...Falláronla tan secca que tabla semejava
Non trovaron en ella signo de prennedat
*Nin leche nin batuda de nulla malveztat*³⁷

Los clérigos informaron al obispo de sus hallazgos. Sin embargo, este no les cree y decide acudir a la celda de la abadesa para confirmarlo personalmente. Allí puede comprobar que decían la verdad. A continuación, increpa a las monjas y dispone para ellas un duro castigo por su falsedad testimonial. La abadesa para evitar este severo escarmiento a las *duennas*³⁸, explica al obispo la realidad de los hechos³⁹. Entonces, el obispo, una vez escuchado el relato de esta y ante la evidencia de un milagro, se arrodilla con la abadesa y ambos alaban a Dios y a Santa María.

31 Embargada, esto es embarazada. En muchos relatos fantásticos y canciones populares se representa el pene con el pie y una yerba, y el coito es representado por la acción de pisar. Se trata de un tópico presente en el romancero y la poesía tradicional.

32 ¿El monasterio pudo localizarse en Soisson?

33 Mamas

34 Mejillas

35 Cintura

36 En la Cantiga de Santa María número 7, se indica que el obispo viajó desde Colonia

37 Ni leche ni signos de maldad

38 Religiosas del convento, también sorores

39 La abadesa comunicó al obispo que Santa María encomendó a los ángeles llevar sin tardanza el niño a casa de un ermitaño para su cuidado. Y allí fueron dos clérigos y lo comprobaron (Trovaron al bon omne con abito estranno, teniendo el ninnuelo envuelto en un panno mostrolis el infant recién nado del día)

COMENTARIO

El tema central de esta historia o leyenda, lo configuran la gestación y el parto de una abadesa, introduciendo de este modo dos aspectos interesantes de la época, por una parte, el de los embarazos no deseados, y por otro el de las relaciones sexuales de las religiosas en la Edad Media. Margaret Wade Labarge⁴⁰, refiriéndose a las actas de inspección de los obispos en los monasterios femeninos en el siglo XIII indica- que “la austeridad y los placeres mundanos libraban una batalla continua”. Otras autoras⁴¹, consideran que, en la Edad Media, los conventos” fueron lugares en los que el erotismo y la sexualidad formaban parte de la vida diaria de las monjas”. Las superiores de los conventos (abadesas, prioras), pertenecían por lo general a casas nobles, o incluso a la realeza, acostumbradas al poder, (incluso despótico) y al lujo⁴². Por otra parte, muchas monjas fueron ingresadas de niñas en los monasterios, lo que en bastantes ocasiones no dejaba de ser “una trágica imprudencia”⁴³, pues al crecer no tenían ninguna inclinación por la vida religiosa, pero sí por los aspectos mundanos⁴⁴. Gonzalo de Berceo lo expresa muy bien cuando escribe que la abadesa *fizo una locura que es mucho vedada*.

En las Cantigas de Santa María de Alfonso X el Sabio, se hace referencia a monjas que, enamoradas bien de clérigos o *cavaleiros*- caballeros- se planteaban abandonar los monasterios para iniciar una nueva vida extramuros. Las Cantigas números 7, 55, 58, 94, 132 y 255⁴⁵, son las que recogen historias, tradiciones o leyendas vinculadas a este tema. En algunos casos estas religiosas quedaban embarazadas⁴⁶, como sucede en el presente milagro de Berceo. Las prácticas anticonceptivas en la Edad Media estaban prohibidas por la Iglesia (San Agustín, Graciano, Pedro Lombardo, Raimundo de Peñafort, entre otros). Sin embargo los textos médicos que ya se manejaban en las Universidades (Rhazés, Avicena, Alberto Magno, Pedro Hispano..), describían remedios anticonceptivos (plantas, raíces, o bien realizar saltos o estornudos después del coito), o el empleo de sustancias que producían aborto, o bien adoptar diversas prácticas sexuales para evitar la gestación (emisión del semen fuera de vagina). Por otra parte, la relación existente entre estas prácticas anticonceptivas (pociones, aborto, entre otras), con la magia y el mundo diabólico, facilitó la marginación de las mismas, así como la de las personas que las recomendaban (por lo general mujeres ya viejas), llamadas alcahuetas, brujas, o bien las parteras⁴⁷ o sabidoras. Algo parecido les ocurría a las personas que solicitaban o empleaban sus servicios, que abarcaba desde el pueblo llano, hasta la nobleza o el ámbito clerical. Siglos más tarde la inmortal obra de Fernando de Rojas, describirá en detalle el saber y las actividades de una de aquellas mujeres, “La Celestina”. Lo que sí parece claro es que las prácticas sexuales en el ámbito religioso, debieron ser bastante frecuentes en aquella época.

Merece la pena comentar dos aspectos obstétricos: en primer lugar, el relato detallado de los signos de gestación, y, por otra parte, el “nacimiento rápido” del hijo de la abadesa⁴⁸, del que no se aporta ningún dato sobre el parto en los textos de Gonzalo de Berceo. Sobre los signos de embarazo y del inmediato postparto, el autor señala los siguientes aspectos:

Fol creciendo el vientre encontra las terniellas

Es decir, se puede inferir del texto, que la altura uterina probablemente alcanzaría el reborde costal, 36 semanas de gestación aproximadamente⁴⁹, es decir un embarazo avanzado y ya próximo al término de la gestación. Así mismo las modificaciones dermatológicas, típicas de embarazo, ...peccas ennas masiellas, las unas eran grandes las otras más

40 LABARGE, Margaret Wade, “Mujeres que rezaban: monjas y beguinas”, en LABARGE, Margaret Wade, La mujer en la Edad Media..., p.134.

41 FUENTE, María Jesús, “Doña Mayor Guillén, la amante cristiana de Alfonso X”, en FUENTE, María Jesús, Velos y desvelos cristianas, musulmanas y judías en la España Medieval, Madrid, La Esfera de los libros,2006, pp.256-257.

42 LABARGE, Margaret Wade, “Mujeres que rezaban: monjas y beguinas” ...pp.132-133.

43 LABARGE, Margaret Wade, “Mujeres que rezaban: monjas y beguinas...”p.134.

44 Hubo excepciones, como la abadesa Hildegarda de Bingen, entre otras.

45 FILGUEIRA VALVERDE, José, Alfonso X el Sabio, Cantigas de Santa María...p. LXI

46 JACQUART D, THOMASSET C, “A la búsqueda de un control de la sexualidad”, en JACQUART, D, THOMASSET, C, Sexualidad y saber médico en la Edad Media, Barcelona, Labor,1989, pp. 89-96.

47 JACQUART D, THOMASSET C, “Medicina y arte erótica”, en JACQUART, D, THOMASSET, C, Sexualidad y sabe...pp.89-90.

48 Por el texto de Gonzalo de Berceo, así como en la Cantiga número 7, se puede deducir que el nacimiento se produjo en la noche anterior a la inspección que debían realizar el obispo y los clérigos.

49 DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, “Embarazo de alto riesgo. Clasificación y Objetivos de la exploración obstétrica: (I) La exploración clásica o convencional, en DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, Principios de Medicina Materno fetal, Santander, Editorial Universidad de Cantabria,2018, p.115.

poquiellas..., cambios en la piel producidos por una mayor actividad melanocítica, como, efélides, cloasma o melasma gravídico – “máscara o paño” de embarazo- en pómulos, frente, y también cambios en las mamas, (areola secundaria de Dubois)⁵⁰. Y después del nacimiento, cuando los clérigos investigan a la abadesa, no apreciaron signos de embarazo, ni secreción láctea⁵¹, ni otros detalles por lo que por tal estado pudiera ser acusada.

El embarazo de la abadesa no fue deseado, y ella pudo ocultarlo mientras la evolución del mismo lo permitiera, pero, llegado el momento, cuando los signos gravídicos eran muy evidentes, las monjas emprendieron las gestiones oportunas para denunciarla, citando al obispo en la abadía.

Sobre el nacimiento del hijo de la abadesa, cuando Santa María y los dos ángeles aparecen en su celda en medio de una gran claridad, Berceo escribe que, *al solaz de la Virgo gloriosa, non sintiendo la madre de dolor nulla cosa, nació la creatura, cosielle muy fermosa*. No se explica cómo nació su hijo, es decir cuál fue la vía del parto. En las Cantigas de Santa María de Alfonso X El Sabio, se recogen algunos milagros que también escribió Berceo. Y así, el milagro que nos ocupa, se describe en la Cantiga de Santa María número 7 (como Santa María livrou a abadesa prenne). En esta Cantiga se expone que - come *quen sonna, Santa María tirar lle fez o fill*⁵² - “es decir como quien sueña, Santa María hizo sacarle el hijo”. La miniatura correspondiente a esta cantiga (Figura 2) representa a la abadesa dormida, en decúbito lateral izquierdo, y dos ángeles que parecen realizar una extracción fetal por hemiabdomen derecho (“como si fuera una cesárea”⁵³), bajo la atenta mirada de Santa María.

Esta miniatura parece representar una solución sobrenatural, -un milagro⁵⁴- en el parto de la abadesa, habida cuenta que en la Edad Media la única modalidad de practicar una cesárea era la denominada *postmortem*⁵⁵. Es interesante reseñar que, en los dos milagros, XIX y XXI, el parto, por la mediación de María, se produjo sin ningún dolor, es decir omitiendo el mandato bíblico (“parirás con dolor los hijos”).

Para finalizar, la intervención (no exenta de riesgos) de Santa María, libró a la abadesa de la infamia y la deshonra, así como del castigo que hubiera recibido; esa es la tradición o leyenda. Hay autores que han considerado que el milagro XXI, tiene una estructura dramática⁵⁶. Sin embargo, llama la atención que, en ningún párrafo del texto, ni de Gonzalo de Berceo, ni de la Cantiga número 7 de Alfonso X el Sabio, se mencione el interés de la madre por el hijo⁵⁷. Sin embargo, Berceo dedica el epílogo de este milagro a relatar la vida del hijo que llega a convertirse en obispo, y muere en la gloria de María, quien lo lleva al Paraíso.



Figura 2. Nacimiento del hijo de la abadesa. Cantiga de Santa María número 7. Fotografías del facsímil de las Cantigas (Consello da Cultura de Santiago de Compostela)

A MODO DE CONCLUSIÓN

En los dos milagros expuestos se detallan tradiciones o leyendas surgidas probablemente de una antigua historia, de un hecho ocurrido y con trasfondo humano, que nos indican, el riesgo materno y fetal del embarazo y parto en aquella época, la realidad de un embarazo no deseado con sus implicaciones en el caso de religiosas, y la necesidad de invocar un milagro, una fuerza sobrenatural, como único remedio para ayudar en los aspectos reproductivos y conseguir un buen resultado materno y perinatal.

50 ESCALANTE, José María, “Adaptación materna al embarazo. Modificaciones gravídicas”, en USANDIZAGA, José Antonio y DE LA FUENTE, Pedro, Obstetricia y Ginecología, Madrid. Marbán, 2011, p. 105.

51 Seguramente en referencia al calostro (calostrum: primera leche)

52 METTMANN, Walter, Cantigas de Santa María (tomo I, cantigas 1-100), Madrid, Castalia, 1986, pp. 75-77.

53 Nota de los autores. Ver también en DE MIGUEL, JR, La salud reproductiva en las Cantigas de Santa María de Alfonso X El Sabio: una visión desde el ámbito médico, Santander. Estudios de Patrimonio, Universidad de Cantabria, 2019, pp. 317-348.

54 Para los autores y teólogos medievales como Ramón Llull (1235-1316?), el milagro es “...cuanto Dios hace en el mundo por encima del curso de natura, puesto que Dios ha creado la natura y tiene poder sobre la natura..”, en “LLULL, Ramon, Obra escogida”, con introducción de BATLLORI Miquel y traducción y notas de GIMFERRER Pere, (Libro de Maravillas, libro VIII, CXV, Barcelona, Penguin Clásicos, 2015, p. 421.

55 Siguiendo la antigua Lex Regia de Numa Pompilio (672-715 a. C) y siglos, más tarde de las Pandectas del emperador Justiniano en Bizancio (527-565). Igualmente, en las ordenanzas del Estatuto de Canterbury (1236).

56 ACEREDA, Alberto, De una abbatissa vos quiero fer conseja: Teatralidad y arte dramático en el milagro XXI de Berceo, Biblioteca Gonzalo de Berceo, disponible en allenajerilla.com/berceo/acereda/teatralidadyartedramatico.htm

57 Sin embargo, en la Cantiga número 55, con una historia semejante, madre e hijo, ya después de muchos años, se encuentran y se abrazan..

Un milagro por lo tanto como necesidad para evitar la muerte segura de madre e hijo (milagro XIX), y para conseguir un nacimiento rápido y seguro, que librase a la abadesa de la deshonra y el subsiguiente castigo (milagro XXI). En ambos casos la mediación de María, condiciona un parto sin dolor. Se advierten similitudes del parto de María, con los nacimientos milagrosos narrados en los milagros XIX y XXI. María interviene en estos casos, de forma muy cercana, como mujer y madre. El mensaje doctrinal de la Obra de Berceo, resulta evidente.

La miniatura de la Cantiga de Santa María número 7, que hemos incluido para ilustrar el milagro XXI de Berceo, es la representación de un hecho sobrenatural, impensable en aquella época, un sueño o un deseo humanamente imposible, pero atribuido a la intervención de "la Gloriosa".

BIBLIOGRAFÍA

1. ACEREDA, Alberto, De una abbatissa vos quiero fer conseja: Teatralidad y arte dramático en el milagro XXI de Berceo, Biblioteca Gonzalo de Berceo, disponible en allenajerilla.com
2. AROÑADA, Silvia, BAHAR, Cecilia y ZAPATERO, Mariana (col), Universidad Católica e Argentina, 2010, Vol 2.
3. BELTRÁN, Vicente, Milagros de Nuestra Señora, Gonzalo de Berceo, Clásicos Universales Planeta, Barcelona, 1987.
4. BENITO de Lucas, Joaquín, (Ed), Milagros de Nuestra Señora, Gonzalo de Berceo, Barcelona, Bruguera, 1980.
5. BURNSE, FEELEY C, HALL, PJ, et al, "Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labor and waterbirth". *BMJ Open*, 2022, 12, e 056517.
6. CLUETT, ER, BURNS, E, CUTHBERT, A, Cochrane Library, Immersion in water during labor and birth (Reviews), 2018.
7. CRUZ Y HERMIDA, Julio, Las matronas en la Historia, Madrid, Haebe, 2007.
8. DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, "Embarazo de alto riesgo. Clasificación y Objetivos de la exploración obstétrica: (I) La exploración clásica o convencional, en DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, Principios de Medicina Materno fetal, Santander, Editorial Universidad de Cantabria, 2018, p.115.
9. DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, "Historia de la cesárea", en DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, QUINTANA PANTALEÓN, ODRIOZOLA FEU, Juan Manuel, La cesárea, ¿cuándo, ¿cómo y por qué?, Santander, Ediciones Universidad de Cantabria, 2021
10. DEVOTO Daniel, Milagros de Nuestra Señora, Madrid, Castalia, 1980.
11. DUTTON, BRIAN. La fecha del nacimiento de Gonzalo de Berceo. En *Berceo*, Nº 94-95, 1978
12. ESCALANTE, José María, "Adaptación materna al embarazo. Modificaciones gravídicas", en USANDIZAGA, José Antonio y DE LA FUENTE, Pedro, Obstetricia y Ginecología, Madrid, Marbán, 2011.
13. FILGUEIRA VALVERDE, José, Alfonso X el Sabio, Cantigas de Santa María, Madrid, Castalia (Obras Nuevas), 1985.
14. FUENTE, María Jesús, Velos y desvelos, cristianas, musulmanas y judías en la España Medieval, Madrid, La Esfera de los libros, 2006.
15. GONZALEZ DE FAUVE, María Estela y FORTALEZA PATRICIA De, "Salud y enfermedad en la España bajo medieval", en Cuestiones de Historia medieval, RODRIGUEZ Gerardo (Coord.) y
16. GONZALO DE BERCEO. Los Milagros de Nuestra Señora. Edición de Cacho Blecua, Juan Manuel. Madrid. Espasa, 1990,
17. GONZALO DE BERCEO. Los Milagros de Nuestra Señora. Edición de Gerli, Michael. Madrid: Cátedra, 1992
18. GONZALO DE BERCEO. Milagros de Nuestra Señora, Edición de SOLALINDE, Antonio G, Clásicos Castellanos, Espasa, 2010.
19. JACQUART D, THOMASSET C, Sexualidad y saber médico en la Edad Media, Barcelona, Labor, 1989.
20. KOCH, Jezabel, El cuerpo de los pecadores en los Milagros de Nuestra Señora de Gonzalo de Berceo, *Olivar* 21(33), e094, 2021, <https://doi.org/10.24215/18524478e094>
21. LABARGE, Margaret Wade, La mujer en la Edad Media, Madrid, Ed. Nerea, S.A., 1986
22. LAIN ENTRALGO, Pedro, "Medicina de la Europa Medieval", en LAIN ENTRALGO, Pedro, Historia de la Medicina, Barcelona, Salvat, 1985.
23. LLUL, Ramon, Obra escogida, introducción de BATLLORI Miquel, traducción y notas de GIMFERRER Pere, (Libro de Maravillas, libro VIII, CXV, Barcelona, Penguin Clásicos, 2015

- 24.
25. LÓPEZ SERRANO, Matilde, *Cantigas de Santa María de Alfonso X el Sabio*, Madrid, Editorial Patrimonio Nacional, 1974
26. MARTÍN, Nemesio, "La abadesa encinta", en MARTÍN, Nemesio, *Grandes relatos medievales*, Madrid, Austral Narrativa, Espasa, 2008.
27. MENÉNDEZ PIDAL, Ramón, *Poesía juglaresca y orígenes de las literaturas románicas*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1957
28. METTMANN, Walter, *Cantigas de Santa María (tomo I, cantigas 1-100)*, Madrid, Castalia, 1986.
29. MITRE FERNÁNDEZ, Emilio, *Fantasmas de la Sociedad Medieval, Enfermedad, Peste y Muerte*, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2004
30. MORAL DE CALATRAVA, Paloma, "La mala obstetrix y la buena matrona. Estereotipos femeninos en la medicina medieval", *Revista Historia Autónoma, Murcia*, 2018, 13.
31. OPITZ, Claudia, "Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media (1250-1500)", en DUBY, Georges y PERROT, Michelle *Historia de las mujeres: La Edad Media*, Madrid, Taurus, 1992, pp. 321-395.
32. PAWLICK, Manfred, *El arte de sanar de Santa Hildegarda*, Girona, Susaeta, Tikal Ediciones, 2004.
33. PRAT FERRER, Juan José, *El marco en los Milagros de nuestra Señora de Gonzalo de Berceo*, disponible en <https://www.vallenajerilla.com/berceo/pratferrer/marcoenlosmilagrosberceo.htm>
34. *Protocolos SEGO, Prog Obstet Gin*, 51,6,374-383, 2008.
35. ROZAS, JOSÉ MANUEL, "Para una clasificación funcional de los Milagros". En F. Rico (ed.). *Historia y crítica de la literatura española*. Vol. I, 1979.
36. SANCHEZ GRANJEL, Luis, *La medicina española Antigua y Medieval*, Salamanca, Ed. Universidad de Salamanca, 1981.

José Ramón de Miguel Sesmero (*)

Raúl Sánchez Movellán (**)

Virginia de Miguel Sánchez ()***

() Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Cantabria (Jubilado)*

*(**) Universidad Pública de Navarra.*

*(***) Medica Adjunta de Obstetricia y Ginecología. Complejo Universitario de Ourense.*

V Congreso de la Sociedad Madrileña de
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autor / con realt u o



18 y 19 de noviembre • Hotel Riu Plaza España • Madrid

Punto de encuentro de ginecólogos de Madrid:

www.congresosgom.es

