

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Año LXX

719

Noviembre - Diciembre 2011

EDITORIAL

El parto domiciliario

De la Fuente J.

REVISIÓN

Mujeres que no han tenido relaciones sexuales. Consideraciones sobre la conducta

López J.

Carcinomas primarios sincrónicos de ovario y endometrio. Revisión de la literatura

Escribano J.J., Cambra M., Martín B., Díaz V., Gago I.

CASOS CLÍNICOS

Gestación abdominal temprana; presentación de un caso y opciones de tratamiento

Díaz V., Martín B., Elices M., Escribano J.J.

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Modernismo e ideal femenino en la narrativa literaria de Froilán Turcios

Lavín R.

Un momento clave en la historia de España

Castillo A.





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.

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

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

**CORRESPONDENCIA
CIENTÍFICA Y CRÍTICA
DE LIBROS:**
Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ Maestro Vives, 2
28009 Madrid

Correo electrónico:
tokoginecologia@gmail.com

Periódicidad:
6 números al año

Disponible en Internet:
www.tokoginecologia.org

EDICIÓN



Avda. Alfonso XIII, 158 - 28016 Madrid
Telf: 91 353 39 92
Fax: 91 345 13 13

PUBLICIDAD

91 353 39 92
miguel@equium.es

SUSCRIPCIONES

91 353 39 92
tokoginecologia@equium.es

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA

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

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958



TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

EDITOR ASOCIADO

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F. J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Balagueró Lladó, L.
Balasch Cortina, J.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Carreras Moratonas, E.
Cabero Roura, A.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
España Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
García Hernández, J. A.
González González, A.

Hernández Aguado, J.J.
Huertas fernández, M.A.
Iglesias Guiu, J.
Laila Vicens, J. M.
Lanchares Pérez, J. L.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
López de la Osa, E.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Mercé Alberto, L. T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Palcios Gil-Antuñano, S.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Tejerizo López, L. C.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Xercavins Montosa, J.
Zamarriego Crespo, J.

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

Abad Martínez, L.
Berzosa González, J.
Cabero Roura, L.
Dexus Trías de Bes, J.M.

Dexus Trías de Bes, S.
Escudero Fernández, M.
Fabre González, E.
Fernández Villoria, E.

Garzón Sánchez, J.M.
González Gómez, F.
Parrilla Paricio, J. J.
Usandizaga Beguiristain, J. A.



SUMARIO

AÑO LXX ♦ NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2011 ♦ NÚMERO 719

EDITORIAL

El parto domiciliario

De la Fuente J.

REVISIÓN

Mujeres que no han tenido relaciones sexuales. Consideraciones sobre la conducta

López J. 189

Carcinomas primarios sincrónicos de ovario y endometrio.

Revisión de la literatura

Escribano JJ., Cambra M., Martín B., Díaz V. Gago I. 199

CASOS CLÍNICOS

Gestación abdominal temprana; presentación de un caso y opciones de tratamiento

Díaz V., Martín B., Elices M., Escribano JJ. 204

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Modernismo e ideal femenino en la narrativa literaria de Froilán Turcios

Lavín R. 207

Un momento clave en la historia de España: La enfermedad final de Fernando VII

Castillo A. 211



CONTENTS

AÑO LXX ♦ NOVEMBER - DECEMBER 2011 ♦ NÚMERO 719

EDITORIAL

Home Birth

De la Fuente J.

REVIEW ARTICLES

Women who does not have sexual intercourse.

Considerations about their behaviour

López J. 189

Synchronous primary ovarian and endometrial carcinomas.

Literature review

Escribano J.J., Cambra M., Martín B., Díaz V. Gago I. 199

CASE REPORTS

Early abdominal pregnancy: a case report an treatment options

Díaz V., Martín B., Elices M., Escribano J.J. 204

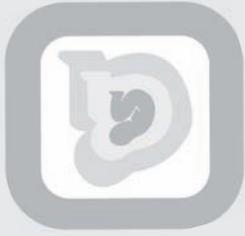
HUMANISTIC PLATFORM

Modernism and ideal feminine in Froilán Turcios literary narrative

Lavín R. 207

A key Moment in the History of Spain: The Final Disease of Fernando VII

Castillo A. 211



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos enviados a TOKO-GINECOLOGIA PRÁCTICA deben hacer referencia a aspectos novedosos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología y especialidades adyacentes que puedan suscitar el interés científico de los lectores. Pueden incluirse aspectos de la anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica o terapéutica), epidemiología, estadística, análisis de costes, cirugía siempre dentro de la índole gineco-obstétrica.

Como **normas generales**, todos los manuscritos deberán presentarse en formato electrónico, confeccionados con el editor de textos Word (.doc), con espaciado 1,5 líneas, tamaño de letra 12 puntos tipo Arial o Times New Roman, y todos los márgenes de 3 cms. en los 4 bordes de la página. Todas las páginas del manuscrito deberán ir numeradas en su ángulo superior derecho. Todos los trabajos se estructurarán de la siguiente forma:

- 1ª Página: Título, Title (en inglés), Autores (primer apellido y nombre) separados por comas y con un máximo de 5 en cualquier tipo de artículo (a partir de 5 no se incluirán en la publicación), Filiación (centro de trabajo de los autores), Correspondencia (dirección completa y persona de correspondencia incluyendo un email válido que será el que se use para la comunicación con el comité editorial de la revista). Por último se debe indicar el TIPO de artículo (ver tipos más abajo).
- 2ª Página: Resumen (máximo 200 palabras, será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas.), Palabras clave (mínimo 3 y separadas por puntos), Abstract (en inglés) y Key words (en inglés).
- 3ª Página: Comienzo del cuerpo del artículo

Los trabajos deben contener material original, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquellos que, aún habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista, siempre y cuando los autores obtengan el permiso escrito de quién posea el *Copyright*.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, que acusará el recibo del artículo para su valoración editorial. Tras la recepción, se comunicará la aceptación o rechazo del mismo al autor de correspondencia por email, así como los potenciales cambios o correcciones a realizar si fuese menester. En caso de aceptación en un tiempo adecuado se le enviará al mismo autor las galeras del artículo para su corrección y subsanación de errores, que deberá realizar en 48 horas, antes de la impresión del mismo.

Tipos de artículos

- **ORIGINALES:** El resumen y abstract se dividirá en los siguientes apartados: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. El texto se dividirá en las siguientes: Introducción (Exposición de los objetivos de la investigación y la literatura al respecto, es una puesta al día del tema investigado), Material y Métodos (describir el tipo de estudio, pacientes, metodología empleada, el material y el análisis estadístico de los datos), Resultados (describir objetivamente los resultados obtenidos), Discusión (se debe comentar los resultados y relacionarlo con el estado del arte, explicar los por qué y llegar a conclusiones que respondan a los objetivos planteados inicialmente. No dar conclusiones no respaldadas por los resultados. Proponer recomendaciones o alternativas. Máximo 2500 palabras).
- **REVISIONES:** El resumen no es necesario que tenga estructura determinada, si bien puede estructurarse como un original. Del mismo modo el cuerpo del artículo en caso de ser una revisión sistemática irá estructurado como un original y en caso de ser una revisión de un tema concreto narrativa se estructurará como convenga al autor siempre con Introducción al inicio y Conclusiones o Discusión al Final. La intención es realizar una puesta al día de un tema determinado, con cierto carácter didáctico. Máximo 4000 palabras.



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- **CASOS CLÍNICOS:** El resumen no tendrá estructura determinada. El artículo se estructurará del siguiente modo: Introducción, Caso Clínico (descripción concisa del caso), Discusión. Además debe contener entre 1-4 figuras que ilustren el caso. Máximo 1500 palabras.
- **TRIBUNA HUMANÍSTICA:** Se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropológico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, con la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la revista. Máximo 3000 palabras.

Agradecimientos

Se colocarán tras la Discusión, al acabar el cuerpo del texto. Aquí se deben incluir a las personas que han colaborado en algún aspecto del trabajo pero no en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

Seguirán las **Normas de Vancouver** para las citas. Las referencias en el texto se colocarán con números arábigos entre paréntesis y por orden de aparición. Sirvan los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De Maria AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Heratmyxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de las revistas seguirán las características del Index Medicus.

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Tablas y Figuras

Se añadirán a continuación de la Bibliografía empezando una página nueva. En cada página se colocará una Tabla o Figura con su respectivo pie de Tabla o Figura, numerados según el orden de aparición en el texto (que es obligatorio) e indentificando las abreviaturas empleadas en las Tablas o las Figuras.

En caso de que la calidad o tamaño de las figuras haga que el manuscrito ocupe demasiado espacio para ser enviado por email, podrán enviarse las Figuras en archivos independientes, permaneciendo los pies de figuras en el manuscrito principal.

Deben tener una calidad suficiente para poder verse con claridad una vez impresas. Los formatos admitidos para las fotos son JPG (preferible) o GIF. Si es conveniente se puede añadir a la figura una flecha para indicar un aspecto relevante de la imagen.

Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se imprimen a color (en condiciones normales se imprimirán en escala de grises), una vez aceptado el artículo, deberán ponerse en contacto con la Editorial para presupuestar el cargo que ello conlleva.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e informáticas, cualquiera que se au soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.



EDITORIAL

EL PARTO DOMICILIARIO

Si la cuestión del parto natural levanta pasiones, el parto domiciliario, grado máximo de fundamentalismo obstétrico, lo que levanta son ampollas en la conciencia de todos aquellos profesionales sanitarios que ejercemos nuestra profesión guiándonos por la premisa hipocrática *primum non nocere*.

Cada vez es más frecuente, al menos en el hospital donde desarrollo mi actividad obstétrica, el ingreso en paritorio de gestantes procedentes de partos domiciliarios, atendidos exclusivamente por matronas, previa contratación económica de sus servicios, justo en el momento en que sus conocimientos o sus coronarias han decidido que ese parto no progresa adecuadamente o que el expulsivo dura ya demasiado tiempo. En el mejor de los casos la parturienta acude acompañada por la matrona en cuestión, siempre y cuando haya contratado el servicio de acompañamiento al hospital, el cual, suele rondar los 800 euros. De no ser así, la labor de la matrona se limita a solicitar el traslado al hospital por medio de una ambulancia. Si bien es cierto que el control del embarazo de este tipo de gestaciones está bien documentado, la información escrita concerniente a la fase de dilatación domiciliaria es inexistente y la información verbal, que no siempre se obtiene de la matrona responsable, como ya he explicado, es muy imprecisa y poco detallada. Sería de agradecer que las matronas que ejercen en los domicilios invirtieran una parte de sus ganancias en la elaboración de un documento similar al partograma que existe en los hospitales.

Ante esta situación son varias las cuestiones que podemos plantearnos. En primer lugar, los profesionales sanitarios hospitalarios, ya sean matronas o ginecólogos, que se van a hacer cargo de estos partos, y no podemos olvidar que es su obligación, pueden ser fácilmente cabezas de turco en aquellos casos en los que existan resultados perinatales adversos. Si, por ejemplo, durante la dilatación domiciliaria ha tenido lugar un episodio de hipoxia prolongada seguida de acidosis fetal grave, no habrá manera de saberlo puesto que, como ya he señalado anteriormente, los datos de esa dilatación en el domicilio no se reflejan en ningún documento, y en caso de resultado perinatal adverso, como podría ser una parálisis cerebral, la tendencia es a culpabilizar al profesional sanitario hospitalario que en última instancia ha atendido ese parto. No insistiré sobre el tema, pero si el parto además ha sido tocúrgico esa tendencia culpabilizadora pasa a ser norma.

Otra cuestión, a mi juicio importante, hace referencia al hecho de realizar procedimientos que conllevan riesgos importantes para la salud y que requieren unas mínimas condiciones de asepsia y de seguridad, en un domicilio particular. Llama la atención la permisividad de las autoridades sanitarias con este tipo de actos, permitiendo que se desarrollen sin tener que disponer del permiso correspondiente, similar al requerido para establecer una consulta médica y sobre todo sin realizar una inspección sanitaria del domicilio en el que tendrá lugar el parto, para comprobar que cumple las mínimas condiciones exigibles que garanticen la seguridad de la gestante y de su futuro hijo. Supongo que, al igual que pasa con los partos, no habrá ningún impedimento si una persona contratara a un dermatólogo, por ejemplo, para que acudiera a un domicilio a extirparle un nevus. Bien pensado, en los tiempos actuales de crisis económica y paro la asistencia médicoquirúrgica a domicilio podría ser una buena opción a tener en cuenta en caso de necesidad laboral o económica.



También me planteo las molestias que un parto domiciliario genera al resto de vecinos de la finca donde asienta el domicilio; molestias, sobre todo, de índole acústica ocasionadas por los gritos que la parturienta puede emitir, más aún teniendo en cuenta el deficiente aislamiento acústico que tienen los pisos de hoy en día, pudiendo llegar a ser una molestia muy considerable en aquellos partos que acontecen de madrugada e incluso atentar contra las normas básicas de convivencia.

Y todo ello sin olvidar que el que corre más riesgos en estos partos domiciliarios es el feto. ¿Por qué estos padres, cuando nazca su hijo se desvivirán para que éste se sienta seguro y protegido en todo momento, tapando todos los enchufes de su casa, cerrando los cajones con medicamentos o productos de limpieza, comprando la silla mas segura para viajar en coche, por qué, decía, permiten que su futuro hijo asuma los riesgos de un parto domiciliario? ¿Por que lo hacen? ¿Por comodidad para ellos? ¿Por qué el parto es suyo? ¿Y que pasa con el feto? ¿Es preferible que para que unos padres estén mas cómodos o tengan vivencias propias de otras dimensiones haya que mermar la seguridad del futuro hijo?

Por último, concierne a las matronas que atienden parto domiciliarios ¿De verdad creen que no están poniendo en peligro la salud de esa madre y de ese niño?

Dr. Jesús De la Fuente Valero
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Revisión

Mujeres que no han tenido relaciones sexuales. Consideraciones sobre la conducta

Women who does not have sexual intercourse. Considerations about their behaviour

López-Olmos J.

Unidad de Ginecología. Centro de Especialidades - Monteolivete, Valencia.

RESUMEN

A partir de la serie de mujeres que no han tenido relaciones sexuales con coito vaginal, en este trabajo revisamos: qué son relaciones sexuales, la asesexualidad, la abstinencia sexual – virginidad, la educación en abstinencia y su contraria: abstinencia no, condones si. La virginidad en relación a la religiosidad; la conducta sexual adulta y los problemas sexuales; el matrimonio no consumado, la sexualidad en la mujer encarcelada y finalmente la virginidad como problema para intervención ginecológica.

PALABRAS CLAVE

Relaciones sexuales, coito vaginal.

ABSTRACT

Over a series of women who doesn't have sexual relationships (vaginal intercourse), in this work we review: what is sexual relationship, the asexuality, the sexual abstinence – virginity, the education in abstinency and the opposite: abstinence no, condoms yes. The virginity in relation to religiosity; the adult sexual behaviour and the sexual problems; the unconsummated marriage; the sexuality of the incarcerated women and finally the virginity like a problem for gynecologic surgery.

KEYWORDS

Sexual intercourse, vaginal coitus.

INTRODUCCIÓN

¿Qué son las relaciones sexuales? Parece mentira que a estas alturas haya que definir lo que es sexo. Margulis y Sagan (1) lo hacen muy bien en su libro. El sexo es un proceso necesario para reproducirse, transformación de energía de manera placentera, por la que se sobrevive y se multiplican las complejidades de los seres vivos. Mediante la reproducción sexual se evoluciona y se selecciona la pareja, al escoger compañero sexual, así se influye en la propia evolución.

El sexo es hombre y mujer copulando; en biología $1+1=1$, óvulo + espermatozoide = huevo fecundado. Y $1+1=2$ en uno, por el placer que se comparte se forma una entidad nueva, la pareja humana.

El sexo es la rebelión adolescente, la ira de los celos, las fantasías románticas, apuestas temerarias y niños recién nacidos. El sexo es una fuerza tan poderosa, y a la vez misteriosa en la vida, de manera que no se puede predecir la conducta sexual ni encerrarla en un modelo.

Pero a qué se refiere la gente cuando habla de sexo. ¿Nosotros lo tenemos claro, pero los americanos tienen opiniones divergentes en lo que constituye y no tener sexo? El debate público sobre si el sexo oral es tener sexo (2). En el estudio de Sanders y Reinich, sobre 599 estudiantes universitarios de 29 estados, reclutados por carta y luego contacto telefónico. De 20-30 años, media 20,7 años, y en 96% de 18-25 años. En 79% políticamente moderados o conservadores. Pues bien, para ellos en 59% el sexo oral no es tener sexo. No sería pareja sexual y no serían RS (esto también influye en los conceptos de adulterio y violación, y en creer en la virginidad, si no hay relación pene-vagina). Definen tener sexo: como relación pene –vagina, pene –ano (en 81%), beso profundo (en 2%) y contactos con la mama (en 3%).

Hay divergencias también entre lo que opinan los que han tenido experiencia de coito, y los que no, para unos 60%, para los otros en 75% el sexo oral no es sexo. Ambos creen en la virginidad técnica y en la fidelidad técnica.

Esto tiene implicaciones en la educación. Para el coito anal no protegido, por el riesgo de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Y en el contexto de la relación, si no hay orgasmo creen que es poco íntima la relación. Y en el sexo extramarital o extrarrelacional. Por eso en los trabajos de investigación sobre el tema, conviene identificar los compañeros sexuales y las conductas, para saber de qué hablan, y no llevarse a error.

Los conceptos de virginidad y abstinencia en los adolescentes (3), hay variaciones por edad, género, etnia y experiencia sexual. La pérdida de la virginidad se asocia a coito vaginal y anal primariamente. La

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos;

Avda. Navarro Reverter, 4, 13ª 46004 Valencia
jlopezo@sego.es

pérdida de la abstinencia la atribuyen a otras conductas: caricias genitales y sexo oral. La experiencia sexual es el predictor de cómo definen virginidad y abstinencia. Hay diferencias significativas en las definiciones de los jóvenes de abstinencia y virginidad. Esto necesariamente interesa para la educación sexual y los programas de prevención.

Recordemos el caso Lewinsky. Y que el presidente Clinton dijera que no tuvo sexo, en referencia al sexo oral.

Un grupo de 1105 estudiantes de 12-16 años dijeron: en 99,5% sexo es sexo pene-vagina; en 60% sexo oral-genital no es sexo, en 81% sexo pene-ano es sexo, y en 2% consideran sexo el beso profundo. Pero otro grupo de estudiantes dijo: en 24% coito anal es abstinencia; en 37%, sexo oral es abstinencia; y en 75%, beso profundo, y en 61% estimulación manual, son abstinencia. En general, virginidad es cuando no hay coito pene-vagina, pero abstinencia es variedad de actos sexuales, en relación al tiempo reciente o no. La pérdida de la virginidad no la consideran violación.

Nosotros consideramos sexo a toda actividad sexual, besos y caricias, y coito vaginal, oral o anal.

ASEXUALIDAD

Bogaert estudia la asexualidad, prevalencia y factores asociados en una muestra nacional en Gran Bretaña (4). Sobre 18876 participantes de 16-59 años, la asexualidad se dio en 195 (1,05%). Los asexuales no tienen atracción sexual por compañeros de uno u otro sexo. Contribuyen a la asexualidad varios factores, biológicos y psicosociales. Los factores: género (más en mujeres que en hombres), religiosidad, estatura baja, baja educación, baja socioeconomía, pobre salud. Las mujeres asexuales tienen comienzo tardío de la menarquía.

Hay que diferenciar entre aversión sexual, aversión por contacto genital con compañero. Ansiedad extrema ante el encuentro sexual. Hay ausencia de orientación sexual, no atracción sexual por hombre o mujer. Y el TDSH, trastorno del deseo sexual hipactivo, es bajo deseo sexual. Y además, en la pareja puede haber discrepancias sobre el deseo sexual, el hombre tiene más deseo. La atracción sexual se correlaciona con la conducta sexual y con la autoidentificación sexual.

En la asexualidad, hay pocos compañeros sexuales, primeras experiencias sexuales tardías, y menor frecuencia de actividad sexual. Los factores relevantes:

1. Edad: hay atracción a partir de los 10 años, con la pubertad y adolescencia.
2. Enfermedades: lesiones espinales, esclerosis múltiple, enfermedades de la pituitaria, esquizofrenia, enfermedades psiquiátricas y neurológicas, trastornos de la alimentación. Producen incapacidad, y restricción de la actividad sexual.
3. Religiosidad: con fuertes prescripciones sobre la libertad sexual. La abstinencia es una virtud (budismo, catolicismo). Hay menor tasa de masturbación o parejas múltiples.
4. La educación y el estado socioeconómico y clase social: aquí son bajos la educación y el estado socioeconómico. Menor interacción con pares altera el desarrollo sexual.
5. Baja estatura, obesidad, anorexia, pubertad tardía: pobre salud y desarrollo. Los otros los perciben sin atracción.
6. El género: los hombres tienen más masturbación, más pensamientos y fantasías sexuales, y más sexo casual. Más atracción sexual atípica hombre-hombre, y más parafilias. La mujer es más asexual.

Los asexuales tienen menor número de compañeros sexuales, comienzo tardío de la actividad sexual (si ocurre), menor frecuencia de

actividad sexual y menor experiencia sexual. Tienen mayor edad, y hay más mujeres que hombres. Mayor baja socioeconomía y menor educación. Peor salud; la mujer con comienzo tardío de la menarquía; menor estatura y peso, y mayor religiosidad. Hay más gays que hombres asexuales ($p < 0,001$), y más mujeres asexuales que lesbianas o bisexuales ($p < 0,001$).

En el análisis multivariante, los predictores significativos son, para la mujer: edad, clase social, raza, etnia, educación, menarquía, altura y religiosidad. Para el hombre: la clase social, educación, estatura y religiosidad.

Los asexuales son invisibles desde el punto de vista social, no hay atención pública. El ambiente, hogar atípico, influye en la gestación (hormonas prenatales alteradas) y en la infancia; luego asexualidad, inclinaciones sexuales atípicas. En la mujer, influencias culturales con más efecto, la asexualidad con circunstancias atípicas, la mujer tiene menos masturbación.

El deseo proceptivo, es mayor en el hombre, busca e inicia la actividad sexual. El deseo receptivo, es mayor en la mujer, capacidad de excitación en ciertas circunstancias, la mujer es más bisexual.

Prause y Graham, también clasifican y caracterizan la asexualidad (5). Con cuestionarios on-line, sobre 1146 individuos, 41 eran asexuales. Tenían menor deseo sexual con pareja, menor excitación sexual, menor disposición sexual. No hubo diferencias en deseo de masturbación con los normales, ni en la inhibición sexual.

Para la identidad asexual, el bajo deseo sexual es el primer hecho predictor. El TDSH, trastorno del deseo sexual hipactivo (según el DSM-IV-R), es déficit o ausencia de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual, que causa distress o dificultad interpersonal. La disminución de deseo sexual tiene causas (6), físicas y psíquicas: depresión, hipotiroidismo, etc. Pero bajo o nulo deseo sexual, es patología.

La asexualidad es negativa. En la asexualidad: bajo o ausente deseo sexual o atracción, bajas o ausentes conductas, compañeros románticos y no sexo, o no deseo ni conductas.

Prause y Graham, hacen 2 estudios. En el estudio 1, con 4 participantes de 31-42 años, media 35,5 años, 3 heterosexuales y 1 predominantemente heterosexual. Los asexuales tienen: bajo deseo sexual, baja actividad sexual, interpretan pocas conductas como sexo. Tienen escaso placer, y desinterés o fastidio.

En el estudio 2, con 1146 sujetos (511 mujeres y 635 hombres), de 18-59 años, media 21,7 años. Reclutamiento, de estudios de Psicología (732 casos, media 19,7 años) y por Internet (414 casos, media 25,13 años). Hacen 5 cuestionarios on-line. Definidos como asexuales, con no atracción ni por mujer ni por hombre. Los asexuales: con mayor edad, singles, terminando secundaria. Los asexuales no están preocupados por su nivel de deseo sexual, y no quieren hablar con un profesional sobre su nivel de deseo sexual.

Las ventajas de la asexualidad: (las más importantes son 2 y 4).

1. Evitar problemas comunes de las relaciones íntimas.
2. Disminución de riesgos de salud física por el embarazo.
3. Menor presión social para encontrar parejas deseables.
4. Tener más tiempo libre.

Las desventajas de la asexualidad: (la más importante es 2).

1. Problemas con relaciones íntimas diádicas no sexuales
2. Necesitan saber qué problemas causa la asexualidad.
3. Percepción pública negativa de su asexualidad.
4. Perder los aspectos positivos del sexo.

La asexualidad no es evitación por fobias sociales o aversión. Los asexuales dicen que es algo malo fuera de su control, genético u hormonal. Los problemas son por las expectativas sociales. Hay que tener en cuenta el distress personal. Si lo tienen es problema, si no, no. Los asexuales pueden tener sexo consensuado con pareja, para mantener relaciones íntimas con la pareja sexual.

ABSTINENCIA SEXUAL – VIRGINIDAD

En USA, la definición de sexo en los adolescentes no incluye el sexo oral o anal (7). Con sexo oral, no hay embarazo ni infecciones, dicen. Pero no saben que cultivos para gonorrea o clamidia pueden ser positivos en faringe. En la investigación se precisa la información preguntando si tiene sexo oral, vaginal o anal.

Los programas de solo abstinencia contribuyen a la desinformación sobre qué es la conducta sexual, y qué conducta sexual es segura. El Standard es la abstinencia fuera del matrimonio, incluye sexo vaginal, oral y anal, y la masturbación. La gonorrea, clamidia, VIH, sífilis, VPH (virus del papiloma humano) y VHS (virus del herpes simplex), pueden transmitirse con otra actividad sexual no vaginal. Los adolescentes deben tener información correcta y real sobre qué es conducta sexual, y cuál es segura, y los riesgos de las ETS. Las definiciones sexuales universales, para lo que se necesita la responsabilidad profesional.

En la novela Lecciones de abstinencia de Tom Perrotta (8), puede verse el enfrentamiento entre la educación sexual frente al puritanismo religioso. Por la presión académica y social, una profesora de educación sexual debe cambiar el enfoque de sus clases y promover exclusivamente la castidad, bajo amenaza de cambio de clase y materia.

Norris y cols (9), presentan la escala de conducta sobre abstinencia sexual, (Sexual abstinent behaviour scale, SABS). Tiene 4 ítems, referidos a los últimos 3 meses. Las respuestas son 0-4. Los ítems:

1. Se dice a sí mismo que hace bien evitando tener sexo.
2. Dice no al sexo.
3. Se dice que quiere esperar para tener sexo.
4. Evitar ser presionado para tener sexo le hace estar seguro de estar fuera del grupo.

Baja medida en la escala, indica deseo de practicar abstinencia, mejor educación, para postponer el coito. El estudio en 113 estudiantes de instituto afroamericanos, 58% varones y 42% mujeres. Con una media de 13,7 años. El SABS tiene consistencia interna, $\alpha = 0,73$, confianza y validez.

En los adolescentes las RS pueden dar ETS- VIH y embarazos. Problemas de partos prematuros y efectos adversos, socioeconómicos, de salud y mentales, y problemas de conducta de los niños.

Abstinencia = virginidad, en realidad no, hay conductas precoitales: besos, frotamientos, toques genitales. Con la abstinencia, evitar el apetito sexual, conductas para evitar activamente el coito, incluyen: pensar, actuar, evitar lugares, e interactuar decir no.

La iniciación en el coito tardía, disminuye las conductas de riesgo, pero no tienen beneficios físicos y emocionales de salud, como proponen los que defienden solo la abstinencia (10). No están más satisfechos luego en sus relaciones sexuales.

En The National Sexual Health Survey (Medida de la salud sexual Nacional), se hizo encuesta telefónica en inglés y español, a mayores de 18 años, en 48 estados de USA. Hubo 8466 respuestas, representación igualada de hombres y mujeres, el 74% blancos, y en 55% con educación secundaria. Los hombres, media de 43 años; las mujeres, media de 46 años. Media de edad al primer coito, 18 años. Media más precoz, 14 años; media más tardía, 22 años.

El hombre con coito precoz, tenía más conductas de riesgo, y problemas eréctiles, de excitación y orgasmo. La mujer con coito precoz, tenía conductas de riesgo, pero no otros problemas. Hombre y mujer con coito tardío, tenían disminución de riesgo con compañeros, y menor vulnerabilidad en ETS. El hombre tenía menos parejas, y relaciones más sólidas. La mujer, menos sexo bajo influencias del alcohol y drogas, y menos ETS. El coito retrasado se asocia a disminución de problemas de excitación en la mujer, y en el hombre a aumento de problemas de excitación, disfunción eréctil, y problemas de orgasmo. La mujer con el primer coito en el matrimonio, tiene aumento de problemas de excitación.

Las consecuencias de tener sexo en los adolescentes (11). Un estudio de 2 años en 2 escuelas públicas en 2002, con estudiantes de 9º grado. Se hicieron preguntas al inicio, y cada 6 meses, hasta los 2 años. Sobre experiencia sexual vaginal, oral, y consecuencias emocionales y sociales. Sobre 612 estudiantes, media de 14 años, el 58% mujeres, y en 56% no tenían experiencia al inicio.

Las consecuencias positivas:

1. Buena reputación
2. Sus amigos orgullosos
3. Responsable.

Las consecuencias negativas.

1. Compañero furioso
2. Mala reputación
3. Remordimientos
4. Se va del grupo
5. Deja al compañero

Las chicas valoran más las consecuencias positivas de refrenarse de actividad sexual. Este estudio no es generalizable, y tampoco se sabe si las que dicen refrenarse de actividad sexual practican abstinencia, rechazan encuentros sexuales selectivamente o no aprovechan oportunidad.

Refrenarse tiene consecuencias emocionales y sociales. La educación sexual debe incluir promover decisiones para actividad sexual basada en la madurez y buena voluntad.

La batalla sobre la abstinencia (12). La administración Bush dio millones de dólares para promover la virginidad de las adolescentes. Pero no todo el mundo pensaba que era buena idea. Muchos padres es lo que quieren para sus hijos, promover la abstinencia en primera elección, pero también reducir riesgos si tiene sexo: el condón para evitar el embarazo y las ETS. Si abstinencia es desinformación y solo política. No solo el coito es riesgo, también el sexo oral y anal. Y esto hay que enseñarlo, como el beso profundo y la masturbación mutua. Los puritanos dicen que la actividad sexual fuera del matrimonio produce daños físicos y psicológicos, y el Standard de actividad sexual humana es la monogamia mutua en el matrimonio. Pero es ilegal usar fondos federales para promover la religión, hasta en USA.

Qué es más efectivo, el sexo seguro o la abstinencia ¿ (13). La abstinencia y el sexo seguro filosófico pueden reducir las conductas de riesgo para el VIH. La educación sexual es más efectiva y a más larga distancia, y no el aumento del coito (que dicen los que se oponen a que se dé educación sexual en la escuela). En USA, los estados dedican 50 millones de dólares al año en fondos federales para educar en la abstinencia. El programa de abstinencia, retrasa el inicio sexual adolescente, pero tiene ventajas a largo plazo.

Se hacen 3 intervenciones: sexo seguro para VIH, abstinencia para VIH y control: promoción de la salud. Con 8 sesiones de 1 hora. Módulos: discusiones en grupo, videos, juegos, ejercicios y ejercicios de destreza. Para la abstinencia, retrasar el sexo hasta el matrimonio,

y la actividad sexual es dañina física y psicológicamente fuera del matrimonio. El grupo de abstinencia, tiene menos coito. Pero invertir en programas que tienen poca eficacia. ¿No, es mejor en programas de sexo seguro.

Un estudio longitudinal de la transición en adolescentes del estado virgen a no virgen (14). Los predictores de iniciación sexual precoz en escolares suburbanos y rurales, se estudian pretest y 1 año después del cuestionario, en 832 estudiantes (52 ya iniciados). El 58,5% mujeres y el 41,5% hombres, la media de edad, 12,84 años. El 92,8% blancos. Hubo paso de virgen a no virgen en 105 casos (12,6%), 56 chicos y 49 chicas.

En USA, hay una tasa muy alta de embarazo adolescente, por sexo precoz, 6,2% antes de los 13 años; no están preparados, el uso del condón y anticonceptivos es muy bajo, y aumenta el riesgo de ETS. Factores que influyen:

1. Individuales biológicos: edad, género, madurez física.
2. Desorganización y disfunción en la vida y ambiente del adolescente.
3. Valores sexuales, actitudes y modelos.
4. Conexión con adultos, y organizaciones que defienden sexo no protegido y crianza.

Los factores pretest para la abstinencia fueron: mejor resultado académico, y el factor religioso, tanto para chicos como para chicas. Las chicas abstinentes: jóvenes, viven con sus padres, y tienen aspiraciones de educación superior. Los chicos abstinentes, rezan más, y tienen madre con educación superior. Los chicos y chicas abstinentes permanecen vírgenes: con mayor presión de los pares para sexo, tienen alta autoestima en la escuela, tienen baja autoestima los pares, tienen alta autoeficacia en la abstinencia, y tienen alta autoimposición de abstinencia sexual.

En el chico, los factores predictores de futuro coito son: realización académica, rezar, autoeficacia, y autoestima de los pares (más abstinencia con los dos primeros). En la chica, los factores predictores de futuro coito son: grado (primeros), estructura familiar (con los padres), realización académica, autoestima de los pares, presión de los pares (más abstinencia con los dos primeros). En ambos sexos, chicos y chicas, los factores protectores son la mejor realización académica, y la alta autoestima de los pares. En el chico, la autoeficacia alta y rezar. En la chica, las más jóvenes, viven con sus padres, y la alta presión de los pares.

EDUCACION EN ABSTINENCIA

La abstinencia de coito es la estrategia para prevenir las ETS, el VIH y el embarazo en adolescentes. La abstinencia es parte de la educación sexual. La controversia surge cuando la abstinencia se enseña como única elección, y otras elecciones o información sobre salud se malinterpretan o se restringen, científicamente y éticamente esto es problemático (15).

El programa del gobierno de Estados Unidos de solo abstinencia, es problemático moralmente porque promueve opiniones cuestionables e inseguras. Y amenaza derechos humanos fundamentales, a la información sobre la salud y la vida. (Esperemos que en la época de Obama esto cambie).

El programa de abstinencia es "sexo postpuesto" o "nunca sexo vaginal". La virginidad es igual a actividad no coital. Otras conductas pueden definir la abstinencia o no: caricias, besos, masturbación mutua, sexo oral, sexo anal. La abstinencia en el programa del gobierno, es en términos morales (casto, virgen), y abstinencia es una

actitud. Abstinencia de coito hasta el matrimonio, tener un compromiso, ser responsable, de no practicar el coito. En 2002, la media de edad de la mujer al primer coito fue 17,4 años, y en el hombre 17,7 años. Y la media de edad al matrimonio, en la mujer 25,3 años, y en el hombre, 27,1 años.

Los adolescentes tienen alto riesgo de embarazo y ETS. En el año 2000, 20 millones de casos de ETS, más del 50% en adolescentes y < 25 años. Las secuelas: infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, cáncer de cérvix. El VIH, en 50% en < 25 años. Y 800000 embarazos / año, 80% no deseados, de los que muchos abortan. Los hijos, con más pobres indicadores de salud y sociales, con experiencias adversas: abuso sexual, ambiente no protector, problemas mentales, abuso de drogas. (la actividad sexual puede ser por problemas mentales preexistentes). Hay mayor riesgo en partos que en abortos, la mortalidad es 12,8 mujeres / 100000 nacimientos, y 1 mujer / 100000 abortos legales, entre 1980-97.

La educación en contracepción es necesaria y el acceso a la Planificación Familiar. El 90% de padres están a favor de la educación sexual en la escuela. El 15% de padres sólo educación en abstinencia. El 71% dicen que incluso las píldoras deben darse en clínicas médicas sin permiso de los padres.

El programa de sólo abstinencia no tiene impacto en la conducta sexual de los adolescentes. El compromiso de virginidad hasta el matrimonio, se casan antes, tienen menos sexo antes del matrimonio, tienen menos compañeros, y tienen menos ETS. El programa de sólo abstinencia no da información completa y segura sobre anticoncepción, derechos legales sobre la salud, y acceso a servicios de salud reproductiva. No contempla la homosexualidad ni el transgénero, el matrimonio heterosexual es el único contexto para las relaciones sexuales.

El gobierno tiene la obligación de proveer información segura y veraz a los ciudadanos, en educación en salud, y servicios, y responsabilidad. Prevención, tratamiento y control de epidemias. Programas educativos en ETS, VIH-SIDA, prevención con conductas, efectos adversos y secuelas. Consejos, uso de condones. Dar información en la prevención del embarazo (contracepción, Planificación Familiar), y de ETS y VIH.

Hay tratados internacionales. Hay obligación ética, información al paciente para consentimiento informado, y libre elección. Sólo abstinencia es coercitivo, es aproximación moral, no de salud pública. No está en relación a los derechos humanos. Este programa debe abandonarse.

Los mismos autores vuelven a incidir sobre el programa de educación en sólo abstinencia (16). El gobierno federal de USA da 175 millones de dólares al año en el programa de sólo abstinencia hasta el matrimonio. No da información de contracepción y de uso del condón, salvo por los fallos. Da información insegura, distorsionada en la eficacia del condón, y promueve estereotipos de género. Hay evidencias de ineficacia y de daño, violan los derechos humanos, no informan de VIH y ETS. Hace falta la educación sexual, ayudar a retrasar la iniciación en el coito en los adolescentes, para reducir conductas de riesgo sexual.

Pocos adultos se abstienen de coito hasta el matrimonio, y muchos se inician en sus años de adolescente, con riesgo de embarazo y ETS. Hay 750000 embarazos de adolescentes de 15-19 años cada año, y 28% acaban en aborto. El 82% son embarazos no deseados. En USA, en 2004, hubo 42 nacimientos de adolescentes / 1000 mujeres. En cambio, en Gran Bretaña, 27/1000; en Italia, 7/1000 y en Holanda, 5/1000. Para disminuir los embarazos, aumentar la contracepción, y aumentar el uso del condón.

En estos embarazos, hay privación social: pobreza, familias de un solo padre, drogas en los padres, abusos en la infancia, falta de aporte social, iniciación sexual precoz, depresión, y otras conductas de riesgo.

Los adolescentes no ven la abstinencia como un estado binario: tener sexo / no tener sexo. Está el coito vaginal, pero también: toques, besos, masturbación mutua, sexo oral, sexo anal. Las fases son: abstinencia –estar preparado– actividad sexual. La educación sexual es importante: en la escuela, explicar contracepción y uso del condón, prevención de VIH y ETS, abstinencia, y hablar con la pareja sobre el control de la natalidad. Hay consenso profesional y en las publicaciones, de las asociaciones profesionales de las distintas especialidades médicas.

El programa de sólo abstinencia, no tiene eficacia en retrasar el inicio en el coito. No hay diferencias entre el compromiso en la virginidad y no, en la iniciación del coito antes del matrimonio, y en la prevalencia de ETS (clamidia, gonorrea y tricomonas). La efectividad de la abstinencia se aproxima a cero. Sobre el condón explican que no protege frente a las ETS. El gobierno debe dar información segura y evitar la desinformación, es un derecho humano para prevenir VIH – SIDA, y tener buena salud sexual. Y la obligación se extiende a educar en salud y servicios. La personas deben conocer para protegerse a sí mismas y a otro al expresar su sexualidad. Hay obligación ética de dar información correcta en el trabajo sanitario, en la investigación y en la práctica médica, por el respeto a las personas.

Guardar el sexo para más tarde, evaluación de la intervención de los padres en la educación (17). La iniciación del coito en el instituto o antes es prevalente en negros y en hispánicos, y tiene múltiples consecuencias de salud y sociales. La educación puntual debe hablar de cambios puberales y de resultados de convertirse en adolescentes.

En 2003-2005, un programa de educación parental para ver la efectividad de guardar el sexo para después. En 846 familias, de 7 escuelas de New York, en 5º y 6º grado, estudio de base y a los 3 meses. Se daban 3 CDs de audio de 25 minutos cada uno, usa historias con modelo de rol. Con 846 jóvenes: 52% mujeres, 64% negros y 29% hispánicos. Con 674 padres: 80% madres, 2/3 negras y < 40 años.

Respecto a controles, aumentó el índice de comunicación padres-hijos, en conductas de riesgo, autoeficacia en discutir el desarrollo puberal y la sexualidad. Los jóvenes tienen mayor soporte familiar, más reglas familiares y menores conductas de riesgo. El soporte familiar y las reglas median las condiciones entre las conductas de riesgo y tratamientos. El programa es prometedor para promover la abstinencia sexual de los jóvenes, y puede ser efectivo para buenas prácticas de padres con dificultades por problemas económicos y vidas complicadas.

En 2008, el 4% de blancos tiene sexo antes de los 13 años, el 19% de negros y el 8% de hispánicos. El coito en el instituto, antes de los 13 años, se da en 67% de negros y 42% de hispánicos. Los adolescentes son más vulnerables a las ETS. Raza y etnia, en USA, son marcadores de nivel de salud, pobreza, conductas de búsqueda de salud y prevalencia de enfermedades en la comunidad. Los factores protectores para la abstinencia sexual son la comunicación padres-adolescentes, y que los padres desapruében las conductas de riesgo.

Están los cambios de la pubertad, el interés en relaciones con el otro sexo, la presión de los pares e influencias de los medios, y los adolescentes no están realmente preparados para el sexo. Las reglas familiares y el soporte familiar se asocian a menores conductas de riesgo, refuerzan el papel central de la familia en la educación sexual.

EDUCACION EN LA NO ABSTINENCIA

Slogan para la epidemia del VIH: no condón, no sexo. Bush y el papa Benedicto XVI demonizan muchas de las relaciones sexuales, y su símbolo el condón. Hay que promover el sexo seguro (18) y las maneras de conseguirlo desde el punto de vista de la salud pública. Tener sexo cuándo o con quién, es tu propia elección. Tener medios, conocimiento y habilidad de negociación de sexo seguro con tu pareja. El sexo es positivo, sexo seguro, promover la salud sexual y el bienestar.

La abstinencia = no coito, pero hay besos, caricias, tocamientos, es seguro, los sentimientos sexuales pueden expresarse. La abstinencia = pureza = virginidad, y sexo = pecado, sufrimiento y castigo. Bush y el papa defienden: no condones, no aborto, no tratamiento de la infección VIH, no anticoncepción de emergencia. Los programas de abstinencia han fallado en eficacia para retrasar la iniciación en el coito. Dicen que condón no es igual a sexo seguro. El condón no es perfecto, pero es lo mejor. La incidencia de VIH sin condón es 6,7 /100 personas / año, y con condón es 0,9 / 100 personas / año. El condón da paz mental, protege y salva vidas. Reducen el placer sexual, es verdad, pero no es razón para su no uso. El condón femenino puede usarse varias veces, aunque es más caro, y siempre queda la píldora del día siguiente y el aborto.

Las razones para usar el condón el hombre son: complacer a la pareja, protección frente al VIH, protección propia, protección a los hijos, y hasta en el caso de tener otras parejas.

Los fallos del condón: contacto de semen en los genitales antes o después del uso; coito antes de ponerse; rotura; no desarrollarlo del todo; roce con anillos o uñas; mala calidad, pasado de fecha, defectuoso o pequeño; y uso de lubricante no adecuado.

Riesgos de VIH: homosexuales, adictos a drogas por vía parenteral, minorías étnicas, prostitutas y sus clientes, marginales: niños de la calle, refugiados y desplazados; y por violación.

El matrimonio no es garantía de seguridad en la pareja, por las relaciones extramaritales. Hay que promover 100% el uso del condón para cualquiera que tenga sexo. El hombre tiene diferencias de edad con la mujer, es más mayor, tiene más riesgo por más relaciones. Sin embargo, la cadena de transmisión infecta más a la mujer. Por 7 hombres se infectan 11 mujeres. El sexo no protegido es más placentero. Pero es necesaria la educación sexual y promover el uso del condón.

Abstinencia, monogamia y sexo (19). Evitar el embarazo no deseado, y las ETS, el medio para ello es la abstinencia hasta el matrimonio y luego la monogamia de larga duración. Fuera del matrimonio la actividad sexual produce daños físicos y psicológicos. El programa de abstinencia incluye rechazar las relaciones con el mismo sexo, premia promover el miedo al sexo, ignora los beneficios de la contracepción, aumentando las tasas de fallo y los efectos secundarios.

No hay que perder el tiempo para la prevención del VIH, educación sexual y promover el uso del condón. La educación sexual puede promover la abstinencia hasta madurez y responsabilidad, pero con actividad sexual de coito, recomienda el condón. Información segura sobre contracepción, uso del condón, aborto y prevención de las ETS.

Los grupos religiosos deben promover valores que se sientan en la sociedad actual. El sexo tiene que ver con amor y responsabilidad, y esto lo dicen las escuelas, el sistema de salud, y los centros oficiales del gobierno. Con toda la información pueden tomarse decisiones sensatas.

VIRGINIDAD Y RELIGIOSIDAD

Al estudiar la asociación de religiosidad y conducta sexual y actitudes durante la adultez emergente (18-25 años) (20), en 205 casos de estudiantes universitarios con cuestionarios. La religiosidad se medía como: afiliación a grupo religioso, presencia en servicios religiosos frecuentemente, actitudes (importancia de la religión en la vida diaria), percepción de sanciones negativas contra la sexualidad, y adherencia a las sanciones. La conducta sexual: abstinencia, edad de comienzo, parejas sexuales, uso del condón. Las actitudes: conservadoras, vulnerabilidad a VIH, creencias sobre el condón.

La conducta religiosa es el predictor más fuerte de conducta sexual. Muchos aspectos religiosos se asocian a las actitudes sexuales generales.

Al iniciar los estudios universitarios, fuera de casa, experiencias con nuevo entorno social, político y religioso, y nuevas actividades. Hay cambios respecto a la adolescencia, ahora más interés en el desarrollo de la propia identidad. La religión influye en decisiones sobre el sexo, la abstinencia, la anticoncepción y el aborto. Las religiones son conservadoras, desaprueban el sexo premarital. Las personas religiosas son menos activas sexualmente, tienen menos compañeros sexuales y menor frecuencia de coito, y menor uso de contraceptivos. La actitud de evitar la conducta sexual en católicos y protestantes es mayor, con menor experiencia sexual, que en no creyentes, agnósticos o ateos. Perciben menor vulnerabilidad al VIH, y tienen menor actitud positiva frente al uso del condón.

En este estudio, el 61% eran mujeres, 78% blancos, 95% heterosexuales, 2% homosexuales, 2% bisexuales. Eran de 18-25 años, media 20,5 años. El 41% católicos y el 33% protestantes (baptistas, 5%; presbiterianos 5% y metodistas 4%); 6% judíos; 2% musulmanes; 2% hindúes; 1% budistas. El 14% no religiosos: agnósticos y ateos. Actividad sexual consideran coito vaginal o anal. La mayoría de individuos tenían menor frecuencia de acudir a servicios religiosos, la religión tiene poca influencia en sus vidas. Con abstinencia, la religión tiene mayor influencia en su vida, y acuden más a servicios religiosos. Los católicos tienen menos parejas sexuales que los protestantes. Los protestantes son más conservadores que los no creyentes ($p < 0,05$).

Los que van con frecuencia a servicios religiosos, tienen menos miedo al VIH. Los que la religión tiene valor importante en su vida, tienen más miedo. Los activos sexualmente hacen más uso del condón que los otros. Los religiosos, por las sanciones de su religión sobre la conducta sexual, creen en menor eficacia del condón, y lo usan y compran menos. La adherencia a la religión es un predictor de la actividad sexual. Los no creyentes hablan más del condón a su pareja que los protestantes o católicos. Los jóvenes de mayor edad, tienen menos conductas religiosas, perciben menos las sanciones negativas de la religión, y dan menor importancia a la religiosidad en su vida diaria.

Virginidad y santidad son categorías, imágenes de representación de la autonomía e integridad femeninas. Se han construido en un contexto histórico en relación al deseo masculino. La primera penetración por el pene, la desfloración es irrevocable transformación en mujer, para la estructura social y el control (21).

Virginidad, fantasías de pureza y perfección, honor y estado de la familia, perfeccionismo que desprecia la realidad del cuerpo. La ideología patriarcal y el privilegio del macho. Valor de la virginidad por la mujer como propiedad del hombre en el matrimonio. La mujer valora la virginidad porque pertenece a alguien (dios, padre); la motivación para preservarla es el deseo de darla al hombre ideal.

Pasos en la vida de la mujer: pubertad – adultez, embarazo-maternidad, menopausia –vejez. La desfloración, paso a mujer; el himen, símbolo del control del hombre sobre la sexualidad femenina. La virginidad es un invento del hombre, medio de control y propiedad. La mujer que tiene sexo con varias parejas = “mujerzuela”; la mujer que tiene sexo con nadie = virgen.

Etapas de la mujer: 1) acepta valores impuestos por otros, tradiciones culturales; 2) decir no, rechazo, significa libertad, libertad negativa; 3) lo mismo, pero con creatividad de niño, significa libertad positiva, la identidad femenina autónoma.

La virginidad como carga, la pérdida de la virginidad es un paso, transformación irrevocable a mujer. El himen no tiene función anatómica.

El rechazo, decir no: vida monástica, novia de Cristo, castidad. O vida pública, mujer herética, desviada, no domesticada.

La subjetividad autoengendrada, el amor podría ser igual entre los sexos. El símbolo, los labios: boca, vulva. Doble sexualidad femenina: horizontal = hablar; vertical = abrir o cerrar.

Una mujer es una mujer aún sin relación con el hombre (manipulación, intervención), no hay transformación mágica por el hombre. La virginidad ha sido construida por el hombre e impuesta a la mujer.

La santidad, autosacrificio, ascetismo, paciencia, castidad. Rechazo a conocer su propio cuerpo (neurosis), fanáticos religiosos. El instinto dice quiero, y el ego responde no. Y la última renunciación ascética es el suicidio, como forma de protesta.

La pérdida de la virginidad no es lo que inicia a la mujer en la feminidad, es la identidad autónoma femenina, la transformación de una misma.

Antes de terminar este apartado, un pequeño inciso, sobre el cinturón de castidad. El cinturón de castidad apareció en Italia en el siglo XIV, originalmente se desarrolló para proteger a la mujer de la violación (22), luego los maridos celosos para asegurar la paternidad, el honor de la familia y la protección de la propiedad. (pero las mujeres con recursos conseguían un duplicado de la llave). Los cruzados, lo utilizaron para proteger a sus mujeres contra el adulterio (no como contraceptivo) (23). Y contra el placer, también había instrumentos, antimasturbación para el hombre, y para suprimir la erección. En la Europa medieval, toda conducta contra la concepción estaba prohibida (sexo oral, sexo anal, sexo manual).

CONDUCTA SEXUAL ADULTA

En USA hay 18 millones de singles (solteros). Sobre una muestra de 6493 mujeres de 20-44 años, en 2002, el 36% eran singles (24). El 32% blancas e hispánicas, y el 58% negras. Tienen ex, 9/10, y sexo. El 70% con actividad sexual, coito en 7/12 últimos meses. Y el 50% en riesgo de embarazo. El 22% tienen 2 ó más parejas en el último año (cohabitan en 9%, se casan en 2%). Las singles no tienen seguro de salud en 21-25% frente a 12% en mujeres casadas. Por el alto nivel de actividad sexual en las singles, necesitan servicios de salud reproductiva. Hay que ver la realidad.

La cohabitación es la alternativa al matrimonio. Las parejas múltiples es el factor de riesgo para ETS. No tener sexo nunca es el medio para reducir el riesgo. Las negras tienen más actividad sexual: experiencia en 94%, actividad en 74%. Parejas múltiples en singles en 22%, más en blancas 23% e hispánicas, 18%. Tienen riesgo de embarazo no deseado, sólo el 28% usan condón. Necesitan negociación con sus parejas nuevas. En Planificación Familiar se ven 34% casadas, 16% cohabitan y 50% son solteras.

En 846 mujeres de 40-60 años, se ha visto la satisfacción sexual y el amor apasionado por su pareja (25). Se asocia a la baja pasión: edad mayor (OR=1,04), educación superior (OR=1,47), y tomar alcohol (OR=1,42). Estos tres factores tienen asociación significativa a bajo nivel de amor-pasión por su pareja. La sequedad vaginal (OR=1,67) se asocia a baja pasión y baja satisfacción sexual (OR=1,58). Todos estos factores se asocian a un menor nivel de satisfacción sexual en la vida media de la mujer y a menor calidad de vida.

Hay mayor declive en la mujer que en el hombre con la edad. El hombre, por la edad, salud y medicamentos. La mujer, por pareja no funcional, no pareja en 43%, bajo deseo en 29%, bajo deseo de la pareja en 2%, o por muerte del esposo, 36%; enfermedad del esposo, 20%, o marido con disfunción eréctil (DE), 18%.

En este trabajo, cuestionarios por correo. La edad media fue 49,7 años. El 14,1% fumaban, el 64,4% consumía alcohol; el 55,2% eran postmenopáusicas, y el 30% tenían sequedad vaginal. Con acaloradas y sequedad vaginal menor nivel de pasión-amor. El consumo de alcohol contribuye a la disfunción sexual y a la no satisfacción. Se usa como medicación frente a los problemas sexuales. Hay que tratar la sequedad vaginal.

Con la menopausia hay cambios en la función sexual: biológicos, psicológicos y sociales. En un estudio longitudinal de 5 años, en 2005 (26), centrándose en el 2º año del estudio, por Internet o teléfono, en 677 mujeres de 41-68 años, 459 (el 68%) eran activas sexualmente en los últimos 6 meses. Las sexualmente activas son jóvenes, y casadas, más educadas, con más soporte social, y menos enfermedades. Con IMC (índice de masa corporal) bajo, y alta prevalencia de sequedad vaginal. Las actividades sexuales, de besos a coito, eran altas si físicamente están activas, tienen más soporte social y menos dificultades en el sueño. En la media edad, el tener soporte social y estar físicamente activa se asocia con intensificación de compromiso y disfrute sexual. Las influencias psicosociales en la sexualidad son importantes en la menopausia.

Las razones de inactividad sexual en pareja (en 218 mujeres) fueron: falta de pareja, 70%; falta de interés en el sexo, 12%, falta de interés en el sexo por la pareja, 5%, y problemas físicos, 4%.

PROBLEMAS SEXUALES

Al estudiar la prevalencia de autodeclaración de problemas sexuales (bajo deseo sexual, disminución de excitación, no orgasmo, y dispareunia) y de distress personal, en 31581 mujeres (sobre 50002 amas de casa), en 2006, mediante un cuestionario, en un estudio nacional representativo, en mujeres mayores de 18 años (27), la edad media fue 49 años (18-102), con 81% blancas. En 43,1% tienen cualquier problema sexual de los señalados, en 22,1% tienen distress personal en relación al sexo, y en 11% tienen problema sexual + distress. Más en 45-64 años, 14,8%, que en jóvenes de 18-44 años, 10,8%, o que en mayores (>65 años), 8,9%. Estos datos se correlacionan con pobre autoevaluación de salud, bajo nivel de educación, depresión, ansiedad, problemas tiroideos e incontinencia urinaria. La prevalencia de problemas sexuales + distress es menor que la prevalencia de problemas sexuales.

Tenían disminución de deseo en 38,7%, disminución de excitación en 26,1%, y disminución de orgasmo en 20,5%. En 70% con pareja, en 62% eran premenopáusicas. En 27% depresión y en 72% enfermedades crónicas: HTA, artritis, ansiedad, problemas de tiroides, asma, problemas cardíacos, y diabetes.

Con problemas sexuales solo una pequeña minoría de gente busca tratamiento, y más en gente mayor que perciben la asexualidad. Se estudian las barreras en la gente mayor para buscar tratamiento a sus problemas sexuales (28), con entrevistas a 22 mujeres y 23 hombres de 50-92 años; 25 de ellos con problemas sexuales (10 con DE, 7 mujeres con sequedad vaginal, 4 con disminución de libido, y 4 con problemas médicos: cardíacos o artritis). Los médicos generales deberían preguntar en sus consultas.

Las barreras son: las características demográficas; las actitudes hacia la sexualidad tardía; se cree que el problema es normal con la edad; la vergüenza, miedo, turbación, el problema no es serio; y la falta de conocimiento sobre los servicios apropiados.

Los viejos (older, > 50 años) con ETS, retrasan tiempo la consulta. Prefieren al médico general, de edad y género similar. Y otro factor, es la falta de tiempo.

A estas edades, el problema es la pérdida de interés en el sexo (29). La libido depende de la testosterona, la hormona masculina, en el hombre y en la mujer. En la mujer hay niveles más bajos; en la menopausia disminuyen de forma estable por producción de andrógenos en la suprarrenal. Pueden tomar terapia de testosterona en parches. El sildenafil (Viagra) para la mujer, es segura pero no beneficia. Con disfunción sexual, la estimulación del clítoris con vibrador. La sequedad vaginal, hace el coito poco placentero o doloroso, dar lubricantes. Ver el stress o infelicidad o conflictos maritales. Tener paciencia y soporte, y ver otras formas íntimas de satisfacción y expresar amor y cariño.

Al estudiar la prevalencia de problemas sexuales en un grupo específico minoría de mujeres de 40-80 años, no caucásicas (30), en 2 centros de Medicina Familiar, con 212 casos. Se hicieron 2 tipos de preguntas: directa, tiene problemas de sexo?, y general, muchas mujeres tienen problemas de sexo, diabetes, etc, como Vd?. Hubo más respuestas con la pregunta 2, honestas y abiertas, en mujeres de 61-80 años, $p=0,028$.

La prevalencia de problemas sexuales: 14,8%, dolor; 12%, falta de interés; 9,2% falta de excitación; 5,5% falta de orgasmo, y 6,5% otras. El 43% con problemas quieren discutirlo con su médico. En jóvenes (40-60 años): la falta de deseo, no orgasmo y dolor. Y están más interesadas en hablar con el médico (50%).

Hombres y mujeres sin pareja sexual perciben peor salud. Los problemas sexuales disminuyen la calidad de vida, hay baja satisfacción física y emocional y felicidad general baja. También en relación con la depresión, más frecuente en mujeres, 43%. Las más viejas y con menor educación, las menos proclives a hablar de sexo.

Aquí, las razones para no ser sexualmente activa: falta de pareja en 52%; falta de deseo o interés en 32%; demasiado vieja, 12%, y otras: dolor, falta de diversión, problemas médicos crónicos.

MATRIMONIO NO CONSUMADO

Tema muy interesante del que ya presentamos un caso (31). Matrimonio no consumado durante 10 años, le practicamos himenectomía y plastia de Pozzi, el marido resultó ser homosexual, luego consumó con otra pareja, pero cuando se le solicitó el embarazo, que no quería, respondió de nuevo con su vaginismo crónico.

Para ver la frecuencia de matrimonio no consumado (MNC) y sus características clínicas (32), entre 1880 sujetos vistos en clínica en 2000-2004, ocurrió en 449 (el 24%). En 67% (300 mujeres) y en 7% (32 hombres), y en 26% en ambos (117 hombres y mujeres). La causa más prominente fue el vaginismo, 81%; la DE en 10,5%, y la eyaculación prematura en 5%.

Influye: la falta de educación sexual, la inmadurez en ambos, la sobredependencia de la familia, las reglas religiosas, y las prohibiciones de la parentela o la sociedad. No admiten el problema por sentimientos de culpa, vergüenza o inadecuación, conflicto entre el deseo de ayuda y la necesidad de la dificultad. Se ve a una parte pero hay que ver a la pareja.

En Oriente, el sexo premarital y el divorcio se consideran insultantes y escandalosos. La virginidad de la novia, aún domina en Turquía; en 56-73% hay vaginismo.

En la serie, las mujeres de 17-49 años (media, 29 años); los hombres de 22-46 años (media, 32 años). La duración del problema: 1 mes – 28 años (media, 2 años). La etiología en el hombre: 57%, DE; 29%, eyaculación precoz; 12%, aversión sexual; 1%, TDSH, y 1%, problemas maritales. La etiología en la mujer: vaginismo, 99%; TDSH, aversión sexual y problemas maritales, en 1%. Curiosamente, 28 casos (6%) tenían hijos a pesar del MNC. El hombre se adapta a la situación. Si la causa es del hombre, es la mujer la que busca ayuda; en 50% la buscan ambos. La causa subyacente es ansiedad y fobias, que requieren terapia sexual para ambos. El MNC crea efectos negativos físicos, psicológicos y sociales en la pareja.

LA MUJER ENCARCELADA

El 5% de encarcelados son mujeres (33). La tasa de encarcelación en USA de la mujer ha aumentado, en 2002 fue 4,9% (en el hombre, 2,9%). Influye madres con hijos. La mujer tiene alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, mayor que en el hombre. El género influye en aspectos de la enfermedad, presentación, curso, pronóstico y respuesta al tratamiento.

Los arrestos, 1/5 en mujeres. Son crímenes u ofensas no violentas: 1/3 sobre la propiedad (robo con escalo, robo de coches); 1/5 drogas, y orden público: prostitución, desfalco. Las mujeres con crímenes violentos: asaltos, más en gente conocida, íntima, o relativamente conocida, en el hogar o la escuela. La mujer mata a conocidos: esposo, novio, niño (filicidio). Mueren 500 niños al año. Más riesgo en niños en el primer año de vida. Vulnerabilidad en el postparto.

Hay más mujeres en supervisión vigilada en la comunidad que en la cárcel. En USA, en el año 2000, 160000 mujeres encarceladas. En 1990-2000, aumentó el 100% las mujeres en la cárcel, por drogas (en 1980, 1/10; en 2000, 1/3). Las mujeres son más recidivantes, 51%.

Mujeres con pobre socioeconomía, físicamente vulnerables, y con problemas físicos y mentales. No casadas, de 20-30 años, y madre de 1-2 niños. El 38,7% blancas, 40,4% negras y 16,9% hispanicas. Hija de madre soltera, y un miembro de su familia en la cárcel. Historia de víctima: asalto, abuso físico, abuso sexual (entre 5 y 14 años). Depresión, adicción a sustancias, aumento de riesgo de suicidio. Violencia doméstica, victimización de niño da criminalidad femenina. Espiral de marginalidad.

Trastornos mentales, en 1/3-2/3 de mujeres; en 80% criterios de enfermedad psiquiátrica, en 70% síntomas psiquiátricos.

La depresión mayor, trastorno de stress postraumático, abuso de sustancias, drogas y alcohol (más en la mujer que en el hombre), trastorno de personalidad antisocial.

La depresión –ansiedad, drogas duras (heroína – cocaína), drogas intravenosas, y prostitución. La mujer tiene secuelas más rápidamente que el hombre: cirrosis, hígado graso, hipertensión portal, cáncer de cervix, hepatitis C y VIH.

Trastorno de stress postraumático por abuso físico, abuso sexual y explotación, depresión e intento de suicidio, actividades de riesgo: prostitución, sexo no protegido, sexo con infectados, drogas IV, abuso

de sustancias. Hay comorbilidad, trastornos mentales, problemas vitales: VIH, sin hogar, violencia doméstica, pérdida de la custodia de los hijos.

Trastorno antisocial de la personalidad, se da en 1/100 en la población general, aquí 12 veces más. Prevalencia, 31-43%.

Psicopatías, se asocian a recidivas y a pobre respuesta al tratamiento. En general en 7,5%; ahora son 15-25%.

Suicidios, con alto riesgo, lo intentan 1/3 de mujeres en prisión. Quisieran morir en ese momento, por la depresión, pero no en realidad. Hay que tomar medidas de prevención.

Las enfermedades físicas: VIH, hepatitis B y C, ETS, obesidad, HTA, asma. Usan más los servicios médicos. El embarazo.

Por victimización, riesgo de complicarse sexualmente con el staff. Y por otra parte, los abusos sexuales incluso violaciones en prisión, referidos hasta en 80% de los casos. El manejo debe ser caso a caso, con un programa de terapia comunitaria.

LA VIRGINIDAD COMO PROBLEMA PARA INTERVENCIÓN GINECOLÓGICA

La virginidad en la adulta es una decisión personal, según edad, etnia, religión, y decisión personal que hay que respetar. Pero es un factor limitante en Ginecología para diagnóstico y tratamiento (34).

En 26 casos de vírgenes con problemas ginecológicos: sangrado vaginal en 11, leucorrea en 7, masa vaginal que protruye en 6, y sensación de presión y dolor vaginal en 2. Se utilizó vaginoscopia e histeroscopia, y se obtuvieron 11 cuerpos extraños, fibras y plástico; en 5 casos, pólipos y un mioma subseroso, que se extrajeron a través del agujero himeneal. Histeroscopia y vaginoscopia rígido para reemplazar al espéculo, posible opción y buena.

En 2000-2006, sobre 3117 pacientes en centro privado, de 41 vírgenes, el estudio es sobre 26 casos, de 17-54 años. No aceptan fotos. La anestesia general. Entrada suburetral, con histeroscopia de 3,5 mm y solución salina. Se da ceftriaxona 1g de profilaxis. Había himen semilunar en 25 pacientes y 1 septado. Hay que discutir con la paciente y su familia la posible rotura del himen, para diagnóstico correcto y tratamiento. La media de la intervención fue 21 minutos (10-75).

En una virgen de 26 años, encontraron un cáncer cervical y endometrial síncronos (35). Masa exofítica y hemorrágica. En la resonancia magnética masa de 4x3x5 cm en cervix. Se practicó excisión, y dilatación y legrado. El parametrio izquierdo estaba infiltrado. Eran diferentes tumores, y no de misma lesión precancerosa, carcinoma escamoso y adenocarcinoma. Murió durante la quimioterapia, y no se hizo autopsia.

El cáncer de cervix es una ETS viral. En una mujer de 38 años, un cáncer de cervix de células escamosas (36). No había tenido sexo por creencias religiosas y culturales. El Papanicolaou, la citología, también hay que hacerla en la virgen. Nunca se le había hecho citología. Tenía menorragias con dismenorrea (transfusiones). Le dieron píldoras anticonceptivas. El exámen pélvico era violación de la privacidad. Presentó anorexia, estreñimiento, dolor abdominal, edema de las extremidades. En la ecografía abdominal: masa uterina de 90x88x79 mm. Colonoscopia normal. En la laparotomía, implantes en omento y peritoneo, linfadenopatías paraaórticas. Se practicó histerectomía radical, doble anexectomía, linfadenectomía, apendicectomía y omentectomía parcial. El diagnóstico: cáncer cervical escamoso. Tumor de 11x10x8 cm, en cervix, cuerpo, y extensión a vagina y parametrios. El VPH fue negativo. Se dio quimioterapia, pero hizo tos no productiva, neumotórax izquierdo, y masas en tórax, hígado

y cerebro. Murió en 1 semana. La historia sexual es predictiva del riesgo de cáncer de cérvix. El VPH tiene transmisión sexual, y no sexual: contacto genital directo piel a piel, transmisión vertical (sería en este caso), e influye la inhalación del humo del tabaco.

En resumen, siempre hay casos raros. En la virgen, hay que ofrecer la exploración con patología, para llegar al diagnóstico y tratamiento adecuados. Si no acepta, respetar su decisión, y ver qué se puede hacer. Y si acepta, conseguir nuestro propósito, dañando lo menos posible.

BIBLIOGRAFÍA

- MARGULIS, L y SAGAN, D. *Qué es el sexo ¿* Tusquets, Barcelona, 1998
- SANDERS, S.A y REINISCH, J.M. Would you say you "had sex"if... ? JAMA, 1999, 281, 3, 275-277
- BERSAMIN, M.M; FISHER, D.A; WALKER, S; HILL, P.L y GRUBE, J.W. Defining virginity and abstinence: adolescents' interpretations of sexual behaviours. J Adolescenc Health, 2007, 41, 182-188.
- BOGAERT, A. Asexuality: prevalence and associated factors in a National probability sample. J Sex Res, 2004, 3, 279-287.
- PRAUSE, N y GRAHAM, C.A. Asexuality: classification and characterization. Arch Sex Beba, 2007, 36, 341-356.
- LOPEZ – OLMOS, J. Transtorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer, y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e hysterectomizadas, y normales). Clin Invest Ginecol Obstet, 2010, 37, 1, 14-26.
- NICOLETTI, A. The definition of abstinence. J Pediatr Adolescenc Gynecol, 2005, 18, 57-58.
- PERROTTA, T. Lecciones de abstinencia. Salamandra, Barcelona, 2009.
- NORRIS, A.E; CLARK, L.F y MAGNUS, S. Sexual abstinence and the sexual abstinence behaviour scale. J Pediatr Health Care, 2003, 17, 140-144.
- HOLLANDER, D. Long-term benefits of delaying first sex appear to be limited. Perspect Sex Reprod Health, 2008, 40, 2, 121-122.
- HOLLANDER, D. Teenagers who refrain from having sex may experience social, emotional consequences. Perspect Sex Reprod Health, 2008, 40, 2, 118.
- ROSENBERG, D. The battle over abstinence. Newsweek, 2002, 140, 24, 67-68.
- Anónimo. Safe sex vs abstinence: which is most effective ? AIDS alert, 1998, 13, 7, 78-79.
- LAFLIN, M.T; WANG, J y BARRY, M. A longitudinal study of adolescents transition from virgin to nonvirgin status. J Adolescenc Health, 2008, 42, 228-236.
- SANTELLI, J; OTT, M.A; LYON, M; ROGERS, J; SUMMERS, D y SCHLEIFER, R. Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs. J Adolescenc Health, 2006, 38, 72-81.
- SANTELLI, J; OTT, M.A; LYON, M; ROGERS, J; SUMMERS, D y SCHLEIFER, R. Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs. J Adolescenc Health, 2006, 38, 72-81.
- OTT, M.A y SANTELLI, J.S. Abstinence and abstinence –only education. Curr Opin Obstet Gynecol, 2007, 19, 446-452.
- O'DONELL, L; STUEVE, A; AGRONICK, G; WILSON-SIMMONS, R; DURAN, R y JEANBAPTISTE, V. Saving sex for later: an evaluation of a parent education intervention. Perspect Sex Reprod Health, 2005, 37, 4, 166-173.
- BERER, M. Condoms, yes ; " Abstinence", no. Reprod Health Matters, 2006, 14, 28, 6-16.
- Anónimo. Abstinence, monogamy, and sex. Lancet, 2002, 360, 9327, 97.
- LEFKOWITZ, E.S; GILLEN, M.M; SHEARER, C.L y BOONE, T.L. Religiosity, sexual behaviours, and sexual attitudes during emerging adulthood. J Sex Res, 2004, 41, 2, 150-159.
- STIRITZ, S.E y SCHILLER, B-M. Transforming feminine categories: genealogies of virginity and sainthood. J Am Psychoanal Assoc, 2005, 53, 4, 1133-1159.
- BISHOP, C; HOBDEN, J; HUSAIN, S y TRAMITZ, A. Guarding the woman, en Sexualia (from prehistory to cyberspace) de BISHOP, C y OSTHELDER, X. Koenman, Berlin, 2003.
- SMITH, L. Chastity belts and birthing girdles. J Fam Plann Reprod Health Care, 2007, 33, 4, 285-286.
- DUBERSTEIN-LINDBERG, L y SING, S. Sexual behaviour of single adult American women. Perspect Sex Reprod Health, 2008, 40, 1, 27-33.
- TOMIC, D; GALLICCHIO, L; WHITEMAN, M.K; LEWIS, L.M; LANGENBERG, P y FLAWS, J.A. Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women. Maturitas, 2006, 53, 144-157.
- HESS, R; CONROY, M.B; NESS, R; BRYCE, C.L; DILLON, S; HO CHANG, Ch-Ch y MATTHEWS, K.A. Association of lifestyle and relationships factors with sexual functioning of women during midlife. J Sex Med, 2009, 6, 1358-1368.
- SHIFREN, J.L; MONZ, B.U; RUSSO, P.A; SEGRETI, A y JOHANNES, C.B. Sexual problems and distress in United States women (Prevalence and correlates). Obstet Gynecol, 2008, 112, 5, 970-978.
- GOTT, M y HINCHLIFF, S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Fam Pract, 2003, 20, 6, 690-695.
- SIMON, H.B. On call. Wife's disinterest in sex. Harvard Men's Health Watch, 2006, 10, 9, 7-8.
- SADOVSKY, R; ALAM, W; ENECILLA, M; COSIQUIEN, R; TIPU, O y ETHERIDGE-OTEY, J. Sexual problems among a specific population of minority women aged 40-80 years attending a primary care practice. J Sex Med, 2006, 3 795-803.

31. LOPEZ – OLMOS, J. Matrimonio no consumado durante 10 años y vaginismo crónico. *Clin Invest Ginecol Obstet*, 2006, 33, 4, 160-162.
32. ÖZDEMİR, O; SIMSEK, F; ÖZKARDES, S; INCESU, C y KARAKOC, B. The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. *J Sex Marital Therapy*, 2008, 34, 268-279.
33. LEWIS, C. Treating incarcerated women: gender matters. *Psychiatric clinics of North America*, 2006, 29, 773-789.
34. KÜCÜK, T. When virginity does matter: rigid hysteroscopy for diagnostic and operative vaginoscopy.- a series of 26 cases. *J.Min Invasiv Gynecol*, 2007, 14, 651-653.
35. HASCALIK, S; CELIK, O; ERDEM, G; USTA, U; ALKAN, A; KARAKAS, H.M y MIRZAK, B. Synchronous endometrial and cervical tumors in a 26-year-old nullipara: diagnostic modalities updated. *Gynecol Obstet Invest*, 2005, 60, 171-176.
36. WANG, I.T; CHANG, C.W; TANG, W.L; CHEN, W.Y y LIU, W-M. Keratinizing squamous cell carcinoma of the cervix in a sexually inexperienced woman. A case report. *J Reprod Med*, 2006, 51, 745-746.

Revisión

Carcinomas primarios sincrónicos de ovario y endometrio. Revisión de la literatura

Synchronous primary ovarian and endometrial carcinomas. Literature review

Escribano J. J., Cambra M., Martín B., Díaz V., Gago I., Zancajo A.

Unidad de Oncología Ginecológica Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital del Henares. Coslada. Madrid

RESUMEN

Los tumores sincrónicos primarios del aparato genital aparecen son muy poco frecuentes. Cuando se diagnostican simultáneamente o con un intervalo inferior a 6 meses, entre otros criterios, se definen como neoplasias sincrónicas. La aparición sincrónica de carcinomas de endometrio y de ovario se evidencia en el 10% de los casos de cáncer de ovario y en el 5% de casos de cáncer de endometrio. La exactitud en su diagnóstico y clasificación tiene importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de ovario, cáncer de endometrio, tumores sincrónicos.

ABSTRACT

Synchronous primary tumors of the genital tract occur rarely. When two or more primary tumors occur simultaneously in a patient or closely in time, less than 6 months, among other criteria, are defined as synchronous cancers. The synchronous primary cancers of the endometrium and ovary are found in 10% of women with ovarian cancer and in 5% of women with endometrial cancer. The accurate diagnosis is essential for effective treatment and better prognosis.

KEYWORDS

Ovarian cancer, endometrial cancer, synchronous tumors.

INTRODUCCIÓN

La aparición conjunta de carcinomas primarios del aparato genital femenino de forma independiente ocurre con muy poca frecuencia, entre un 1-6% de las mujeres, según las series. Entre todos ellos, destacan los tumores sincrónicos de ovario y endometrio, que coexisten en un 50-70% de los casos (1-4). En la mayoría de las ocasiones surgen en dos localizaciones independientes pero relacionadas con la afectación del sistema mülleriano. Dicha asociación tumoral de forma sincrónica se da en el 10-30% de las neoplasias de ovario y en el 5% de las de endometrio y la incidencia de este tipo de tumores sincrónicos primarios es de 2 a 10 veces superior a la esperada, basándonos en la incidencia de cada tipo de carcinoma considerado aisladamente (5-7).

DEFINICIÓN

Resulta prioritario establecer una clasificación y estadificación detallada de estos tumores, que puede ser especialmente difícil sobre todo en aquellos casos de histologías similares. El objetivo es intentar diferenciarlos, bien sea como metástasis endometriales u ováricas, o por el contrario como tumores primarios, ya que las consecuencias de su diagnóstico correcto conllevan importantes implicaciones en la actitud terapéutica a seguir y en su pronóstico (5-8).

Podemos diferenciar por tanto, de forma general:

Los denominados **tumores primarios sincrónicos**, como aquellas neoplasias que se presentan en una mismo paciente simultáneamente, o bien en un plazo inferior a 6 meses tras la cirugía del primer tumor, ya que esta segunda neoplasia podría ya existir inicialmente pero sin posibilidad de detección precoz por encontrarse en fase subclínica (9).

Los **tumores primarios metacrónicos**, como aquellos que aparecen en un mismo paciente pero de forma sucesiva, es decir, separados por un intervalo de tiempo superior a 6 meses (9,10).

Basándonos en la clasificación general expuesta y con la intencionalidad de definir con exactitud esta patología tumoral, se debe exigir el cumplimiento estricto de los siguientes **criterios diferenciadores**, que permiten clasificar dos o más tumores como sincrónicos para diferenciarlos de los metacrónicos (6,10):

- Cada tumor debe tener un patrón definido de malignidad.
- Debe excluir cuidadosamente que uno no constituya metástasis de otro.

CORRESPONDENCIA:

Juan José Escribano Tórtola;

Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario del Henares

Avda. Marie Curie s/n.28822- Coslada. Madrid

jjose.escribano@salud.madrid.org

- Cada tumor debe presentar una histología diferente y en el caso de que sean similares dentro del mismo órgano, que no se pueda demostrar ninguna conexión (invasión tumoral) entre ellos.
- Presencia de aneuploidías o cariotipos con anomalías genéticas diferentes.
- Cada tumor debe seguir su historia natural y puede presentar una evolución independiente.
- El diagnóstico de los tumores puede ser sucesivo (metacrónicos) o simultáneo (sincrónicos).

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS. ETIOPATOGENIA

La edad de las mujeres en el momento de presentación de las neoplasias sincrónicas de ovario y endometrio suele ser 10 a 20 años menor que en las pacientes con tumores aislados. La edad media en el momento del diagnóstico es de 50-60 años (5,11), y casi el 50% son mujeres premenopáusicas. El síntoma más común de presentación es el sangrado vaginal anómalo, en un 70% de los casos. Estas mujeres con metrorragia anormal pueden presentar cáncer de ovario en estadio I hasta en un 69% de las ocasiones. Por ello, y gracias a que la metrorragia del adenocarcinoma de endometrio aparece con esa frecuencia como el principal motivo de consulta, se puede llegar al diagnóstico precoz del carcinoma de ovario. La mayoría de las pacientes son obesas (índice de masa corporal de 28) y nulíparas (5-7,11,12).

Se ha descrito una posible relación, bastante controvertida todavía, entre los tratamientos empleados en reproducción y la carcinogénesis, debido a que algunos tipos de carcinoma de ovario aparecen en mujeres tratadas previamente con inductores de la ovulación. Estos tipos de tumores suelen ser de bajo grado y en estadio inicial, asociándose en un 31% de los casos a endometriosis (7).

En relación a la parte más importante del abordaje de esta patología como es determinar si dos tumoraciones sincrónicas de ovario y endometrio son primarias o metastásicas, se puede decir que continúa siendo difícil y controvertido, sin existir consenso en la actualidad. Se ha intentado estimar su concurrencia utilizando diversas definiciones (13). Así, Ulbricht y Roth (14), establecieron por primera vez en el año 1985, los criterios histológicos para diferenciar los tumores sincrónicos de los metastásicos, criterios revisados posteriormente por Scuuly et al. (15), pero que no están validados totalmente en la actualidad de manera independiente.

Sí parece establecido que el carcinoma endometriode de ovario y el adenocarcinoma de endometrio concomitantes, si son moderadamente o bien diferenciados, posiblemente sean de origen independiente, mientras que los tumores escasamente diferenciados sean metastásicos con mayor probabilidad (7,8,14).

Otros investigadores han clasificado las lesiones según sus características (tamaño, tipo histológico y grado) o criterios empíricos (15), pero parece necesaria una evaluación clinicopatológica extensa para la correcta clasificación de estas lesiones. Recientemente se han investigado técnicas moleculares que consideran que las alteraciones genéticas desiguales en los carcinomas endometriales y endometriodes de ovario indican caminos separados en el desarrollo de esta patología.

Respecto a la etiología de esta entidad podemos decir que es incierta. Se ha propuesto que el sistema mülleriano, descrito por Lauchlan en 1968, y que abarca el epitelio de la superficie ovárica, trompas de Falopio y útero, podría responder como una unidad morfológica única para producir distintas neoplasias primarias en múltiples lugares del aparato genital (3,16).

Merece especial atención el hecho de que, algunas pacientes presenten entre sus antecedentes familiares la aparición de ciertos tumores. En estos casos debemos pensar en que el motivo de consulta pueda ser el síntoma inicial de una neoplasia y fundamentalmente, si existe sospecha o evidencia de que la paciente sea portadora de algunos de los síndromes genéticos asociados a los cánceres familiares sincrónicos que detallaremos más adelante (10).

No existen hoy por hoy, marcadores definitivos que permitan discriminar entre tumores sincrónicos y enfermedad metastásica. En la etiopatogenia de los tumores primarios sincrónicos ginecológicos se han implicado diversos factores, fundamentalmente genéticos, pero también algunos ambientales.

Entre los **factores genéticos**, los más importantes entre todos los identificados son (7,10,17,18):

- Mutaciones hereditarias del BRCA1, BRCA2, MSH2, MLH1, PMS1 o de los genes que codifican la p53 o la p16, que se relacionan con la aparición de tumores sincrónicos de mama, ovario, colon y pulmón.
- Mutaciones adquiridas, como las deleciones del gen p53, implicadas fundamentalmente en la aparición de cáncer de mama.

La evidencia de que los factores genéticos son los principales implicados en la aparición de cánceres ginecológicos sincrónicos puede sustentarse en la existencia de determinadas familias con mayor frecuencia de cánceres que en el resto de la población. Mediante el estudio de estas familias se identificaron unos síndromes de cáncer de aparición familiar que se correspondían a alteraciones genéticas halladas en los miembros de las mismas.

Entre los **síndromes de cáncer familiar** que se asocian a la aparición de cánceres ginecológicos sincrónicos figuran: el síndrome de cáncer de colon hereditario no polipósico o síndrome de Lynch tipo II, el síndrome de cáncer de mama y ovario asociados, el síndrome de Li-Fraumeni, el síndrome de Cowden y el síndrome de asociación de cáncer de ovario y endometrio (19-24).

El **síndrome de Lynch** (19), es consecuencia de una alteración de los genes reparadores de ADN (Mismatch Repair genes o MMR), de transmisión autonómica dominante, con una penetrancia del 90%. Existen 3 tipos descritos en la literatura, siendo el tipo II el único que predispone a las mujeres que lo portan a presentar cáncer ginecológico, además de cáncer colorrectal. Las mujeres portadoras de síndrome de Lynch tipo II tienen un 80% de probabilidades de desarrollar un cáncer colorrectal durante su vida, un 30-60% desarrollará un cáncer de endometrio, alrededor del 10% desarrollará un cáncer de ovario y en menor medida presentan cierta tendencia al desarrollo de cáncer de mama en edades jóvenes.

La característica del **síndrome de asociación de cáncer de mama y ovario** es la alteración genética que puede afectar al BRCA1 (en el 50% de los casos), al BRCA2 (40%) y en menor grado al p53 y otros genes. Predispone a las mujeres portadoras a presentar cánceres de mama y de ovario, ya sean sincrónicos o metacrónicos, incluso cánceres bilaterales de mama. Algunos estudios lo implican en el 10% de los cánceres de mama que afectan a mujeres jóvenes (21).

El síndrome de Li-Fraumeni se origina como consecuencia de una mutación del gen p53. Las mujeres portadoras de esta alteración tienen un 90% de probabilidad de presentar algún tipo de cáncer durante su vida y el 50% lo padecerá antes de los 40 años. El cáncer que aparece con más frecuencia es el de mama, pudiendo debutar de forma bilateral en numerosas ocasiones (20,21).

Las alteraciones genéticas que determinan el **síndrome de Cowden** aparecen en el gen pTEN del cromosoma 10. Las mujeres portadoras de esta alteración presentarán un 25-50% de probabilidad de padecer cáncer de mama.

En el caso de **asociación sincrónica de cáncer de endometrio y ovario**, las alteraciones se producen también en el gen pTEN del cromosoma 10 y en el exón 3 del gen de la betacatenina. En general, como ya se ha comentado anteriormente, estos tumores sincrónicos de endometrio y ovario ocurren en mujeres premenopáusicas (5,7,10).

Además, **otras alteraciones genéticas** como las mutaciones del gen de la proteína tirosina fosfatasa (PTEN/MMAC) y la pérdida de la heterocigosidad en el cromosoma 17 (cáncer de ovario) se ha propuesto igualmente como otro marcador de esta entidad. Se precisan más estudios a largo plazo para determinar también la posible implicación de los genes supresores tumorales del cromosoma 22 (tumor endometriode ovárico) en el desarrollo de estos tipos de neoplasias (1,5,7). Por último, **otros estudios** han demostrado las diferentes formas de inactivación del cromosoma X y las mutaciones acontecidas en el gen KRAS y P53 (1,2,18).

Todas estas alteraciones genéticas implicadas en el cancer de ovario y endometrio podrían sugerir que ambos tumores se desarrollan independientemente (7,18).

DETECCIÓN PRECOZ

A pesar de todos los datos epidemiológicos disponibles en la literatura, resulta difícil establecer una estrategia de detección precoz de un cáncer ginecológico endometrial u ovárico en pacientes portadoras de un síndrome genético asociado a la aparición de tumores sincrónicos. Tal vez, en estos casos, y no en pacientes sin antecedentes de riesgo en las que no está demostrada la validez de esta estrategia de detección precoz del cáncer de ovario con ecografía vaginal y marcador tumoral Ca 125 (26), sí que podría estar justificada la realización de estas pruebas a partir de los 35 años, de manera rutinaria (10).

Independientemente de la especial atención que deberían de recibir las mujeres con familiares afectados por estos síndromes, o que se sepan portadoras de ellos, algunos autores recomiendan la realización de un estudio sistemático para descartar otro posible cáncer ginecológico en todas aquellas pacientes en las que se ha detectado o sospechamos un tumor mamario, endometrial u ovárico (10).

DIAGNÓSTICO

Desde un punto de vista diagnóstico y por tanto terapéutico, la aparición poco frecuente del carcinoma de endometrio y de ovario de forma sincrónica hace que se considere una enfermedad ciertamente controvertida.

Dichos casos han sido considerados como adenocarcinomas de endometrio en estadio IIIa (FIGO), carcinomas de ovario en estadio IIa (FIGO) o, simplemente, como neoplasias primarias sincrónicas endometrio-ovario (6). Así, las neoplasias sincrónicas endometrio-ovario, y desde **critérios estrictamente histopatológicos**, se han clasificado en (27):

- Grupo A: neoplasias tipo endometriode idénticas, tanto en el útero como en ovario. Constituyen el grupo histológico más frecuente.
- Grupo B: cáncer endometrial con variantes especiales histológicas (papilar, células claras, mucinoso) y neoplasias idénticas en el ovario.

- Grupo C: constituido por carcinomas de endometrio y ovario de tipos histológicos diferentes.

A pesar de esta clasificación, la presencia simultánea de carcinomas que afectan al útero y el ovario constituye todavía en la actualidad un reto diagnóstico, en particular si los tumores tienen una histología similar. La clasificación adecuada de estas lesiones como dos tumores primarios separados, o como un único tumor primario con metástasis, es esencial por las implicaciones tan significativas que tiene su ajustado diagnóstico con respecto a las recomendaciones terapéuticas y al pronóstico de estas pacientes (1,5,7,8,18,27).

Incluso basándonos en las clasificaciones propuestas para estas lesiones, como la referida anteriormente, algunos casos son difíciles de catalogar. A este respecto, numerosos autores refieren que la aplicación de técnicas de biología molecular a los especímenes patológicos en búsqueda de las posibles alteraciones en los marcadores genéticos descritos anteriormente y que puede proporcionar información genética, puede resultar de gran ayuda para establecer la relación existente entre neoplasias sincrónicas endometrioides de útero y ovario (1,5,7,8,27-31).

Recientemente, se ha publicado el screening de la secuenciación del DNA mitocondrial como una herramienta de diagnóstico útil y eficiente al mismo tiempo, que permite diferenciar la naturaleza sincrónica de los tumores de ovario y endometrio de los tumores metastásicos (1)

PRONÓSTICO

Hay diferencias marcadas en cuanto al pronóstico se refiere en los diferentes grupos. Así, existe un acuerdo uniforme en que el pronóstico, en casos de neoplasias sincrónicas endometrio-ovario tipo endometriode (grupo A), es favorable, con una supervivencia media de aproximadamente 10 años, frente a una supervivencia de 4 años en los otros grupos. Ello es debido, según diversos autores, a que en las pacientes del grupo A sólo el 10% presenta invasión miometrial profunda, frente al 45% de las pacientes del grupo C (27,33-35).

Existe evidencia científica de que los cánceres sincrónicos de ovario y endometrio presentan mejores resultados de supervivencia global comparados con cada tumor de origen primario de forma individual. Todo esto se explica por las favorables características asociadas a este tipo de patología como la edad temprana en el diagnóstico, los estadios precoces de la enfermedad, hasta en un 75% localizado en pelvis, y el grado histológico tipo endometriode, con casi un 70% de supervivencia global a los 5 años, datos que suelen relacionarse con un mejor pronóstico comparado con aquellos casos con patrones histológicos de células claras, papilares, mucinosos o de células mixtas (21). El grado de invasión miometrial es un claro indicador de mal pronóstico, con un índice de recurrencia del 77% si hay invasión profunda y del 17% si es superficial. Casi el 75% de los tumores locales presentan un grado 1 o 2 de diferenciación histológica (5-8,18,21).

Además, se ha demostrado que las pacientes con tumores sincrónicos presentan una mayor supervivencia independientemente del estadio de la enfermedad. Incluso pacientes con enfermedad a distancia presentan mejor supervivencia si son portadoras de un tumor sincrónico que en caso de presentar un tumor de ovario único, incluso ajustando por otros factores pronósticos (8). Un número considerable de estudios retrospectivos evidencia que la supervivencia de las pacientes con tumores sincrónicos de ovario y de endometrio es mucho más favorable que la esperable para tumores metastatizados de endometrio o de ovario (35-40). La supervivencia alcanza el 66-100% a los 3 años (39-41), marcadamente superior al

63% de los pacientes con carcinoma de ovario en estadio II o el 42-63% de los pacientes con carcinoma de endometrio estadio III (42).

Otros hallazgos similares descritos en la literatura sugieren, en base a todo lo expuesto con anterioridad, que los tumores sincrónicos de ovario y endometrio pueden tener perfiles genéticos diferentes en relación a los tumores únicos y que ambas enfermedades pueden constituir dos entidades diferentes.

Podríamos resumir diciendo que la supervivencia general es muy buena, especialmente si la tumoración está confinada a la pelvis, sobre todo en patología limitada a ovario y útero o para casos de grado histológico bajo (5,11,42). Esta evidencia vuelve a servir de apoyo a la mayoría de los autores para considerar que se trata de tumores primarios sincrónicos.

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico es igualmente controvertido. Es importante considerar que en esta rara entidad, con sus dificultades diagnósticas histológicas características especificadas anteriormente, el tratamiento debe ser el apropiado para ambos tumores, y que en ocasiones la terapéutica aplicada sobre una de las neoplasias puede conllevar a un tratamiento incompleto de la otra (43).

Algunos autores consideran que el tratamiento quirúrgico es suficiente en los tumores grado I tipo endometriode, mientras que otros son partidarios de terapias adyuvantes como la quimioterapia y la radioterapia, especialmente para tumores no endometriodes que suelen ser más agresivos (35-38).

En un estudio multicéntrico de carácter poblacional americano de 56.986 casos de cáncer de ovario recogidos entre los años 1973 y 2005, se evidenció que entre todas las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico y radioterápico inicial, destacaron los casos de tumores sincrónicos comparados con los tumores primitivos ováricos, probablemente relacionada esta actitud terapéutica con la presentación de los casos de tumores sincrónicos en estadios más precoces de enfermedad (8).

Por último, reseñar que en el estudio retrospectivo llevado a cabo por Pam et al., en el año 2011, se analizó la coexistencia de cáncer de ovario en 976 casos de cáncer de endometrio en estadio I (18). Su incidencia era menor que la publicado en la literatura, 1.74% como enfermedad metastásica y 0.31% como tumor sincrónico. La disparidad de resultados pudo deberse al dishomogeneo tamaño muestral de las series, los tipos histológicos y los diferentes criterios para distinguir tumor metastásico de sincrónico. A pesar de la clasificación de Ulbricht y Roth (14) propuesta para determinar los criterios de metástasis ovárica en el cáncer de endometrio, a menudo resulta difícil tal distinción y sobre todo en casos con histologías muy parecidas. Por todo ello y con el objetivo de lograr la mejor terapéutica posible en estas pacientes, se han descrito recientemente cambios en la expresión de genes o patrones de mutación que puedan ayudar a la diferenciación, tales como receptores de estrógenos y progesterona, gen WT1 del tumor de Wilms, etc (18,28-31). Sin embargo, el riesgo de afectación ovárica, enfermedad metastásica o primaria, en estadio I del cáncer de endometrio es muy bajo y sugieren que es razonable preservar uno o ambos ovarios en el momento de la cirugía en pacientes jóvenes debido la baja incidencia de coexistencia tumoral (18).

En conclusion, aunque los cánceres sincrónicos de ovario y endometrio son de aparición infrecuente, probablemente incluso menos de lo que se ha publicado en la literatura hasta la fecha, su identificación temprana y el óptimo manejo clínico y terapéutico son el objetivo principal con la intención de reducir cada vez más su mortalidad. La posibilidad de un registro general con criterios de evaluación uniformes junto con nuevos estudios relacionados con la investigación de pruebas genéticas y/o marcadores que nos ayuden a distinguir si realmente constituyen una entidad clínica independiente, nos ayudaran a conseguir este objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Guerra F, Kurelac I, Magini P, Cormio A, Santini D, Ceccarelli C, et al. Mitochondrial DNA genotyping reveals synchronous nature of simultaneously detected endometrial and ovarian cancers. *Gynecol Oncol* 2011, doi:10.1016/j.ygyno.2011.04.036.
- Singh N. Synchronous tumours of the female genital tract. *Histopathology* 2010;56(3):277-85.
- Atasever M, Yilmaz B, Dilek G, Yilmaz E, Keleki S. Synchronous primary carcinoma in 5 differen organs of a female genital tract. *Int J Gynecol Canc* 2009;19(4):802-7.
- Gungor T, Pektas MN, Ustunyurt E, Mollamahmutoglu L. Synchronous primary tumors of the female genital tract: a single center experience. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:667-72.
- Ferrero S, Esteve C, Mora I, Sabriá E, González E, Lailla JM. Carcinoma de endometrio y ovario sincrónicos. *Clin Invest Gin Obst* 2007;34(2):77-9.
- Gallo JL, González-Paredes A, López-Criado S, López-Gallego MF, Quiles C. Neoplasias primarias sincrónicas de endometrio y de ovario. *Clin Invest Gin Obst* 2008;35(1):35-7.
- Grammatoglou X, Skafida E, Glava C, Katsamagkou E, Delliou E, Vasilakaki TH. Synchronous endometrioid carcinoma of the uterine corpus an ovary. A case report and review of the literatura. *Eur J Gynecol Oncol* 2009; 4:437-39.
- Williams MG; Banderas EV, Demissie K, Rodríguez-Rodríguez L. Synchronous primary ovarian and endometrial cancers. *Obst Gynecol* 2009;113(4):783-89.
- Muir Cs, Percy C. Clasificación y codificación de las neoplasias. En: Jense OM, Parkin DM, editores. *Registros del cáncer. Principios y métodos*. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cánver (IARC); 1995. P. 77-98.

10. Aguera J, Mas M; Calvo A. Tumores malignos ginecológicos sincrónicos. Casuística del Hospital de Manacor. *Prog Obst Ginecol* 2008;51(5):311-5.
11. Soliman PT, Slomovitz BM, Broaddus RR, Sun CC, Oh JC, Eifel PJ, et al. Synchronous primary cancers of the endometrium and ovary: a single institution review of 84 cases. *Gynecol Oncol*. 2004;92:456-62.
12. Eisner RF, Nieberg RK, Berej JS. Synchronous primary neoplasm of female reproductive tract. *Gynecol Oncol* 1989;33:335-39.
13. Coli A, Dellísola C, Bigotti G. Synchronou tumors: a proposal of standardization. *Tumori* 2002;88:433-4.
14. Ubright TM, Roth LM. Metastatic and independent cncers of the endometrium and ovary: a clinicopathologic study of 34 cases. *Hum Pathol* 1985;16:28-34.
15. Sheu BC, Lin HH, Chen CK, Chao KH, Shun CT, Huang SC. Synchronous primary carcinomas f the endometrium and ovary. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;16:141-6.
16. Lauchlan SC. Conceptualunity of the müllerian tumor group. A histological study. *Cancer* 1968;22:601-10.
17. British Columbia Cancer Agency, Familial Cancer Syndromes: Autosomal Dominant Disorders. Disponible en: <http://www.bccancer.bc.ca>.
18. Pan Z, Wang X, Zhang X, Chen X, Xie X. Retrospective analisisi on coexisting ovarian cancer in 976 patients with clinical stage I endometrial carcinoma. *J Obst Gynecol Res* 2011;37(4):352-8.
19. Watson P, Lynch HT. Extracolonic cancer in hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Cancer* 1993;71:667-85.
20. Li FP, Faumeni JF Jr. Soft- tissue sarcomas, breast cancer, and other neoplasm. A familial syndrome? *Ann Intern Med*.
21. Li FP, Fraumeni TJ, Mulvinnill JJ, Blattner WA, Dreyfus MG, Tucker MA, et al. A cancer family syndrome in twenty-four kindreds. *Cancer Res*. 1988;48:5358-62.
22. Lustbader DE, Williams WR, Bondy ML, Strom S, Strong LC. Segregation analysis of cancer in families of childhood soft-tissue sarcoma patients. *Am J Hum Genet*. 1992;51:344-56.
23. Fitzgerald MG, Bean JM, Hedge SR, Unsal H, MacDonald D, Markin DP, et al. Heterozygous ATM mutations do not contribute to early onset of breast cancer. *Nat Genet*. 1997;15:307-10.
24. Nelen MR, Padberg GW, Peeters EA, Lin AY, Van den Helm B, Frants RR, et al. Localization of the gene for Cowden disease to chromosome 10q22-23. *Nat Genet*. 1996;13:114-6.
25. Starink TM, Van der Veen JPW, Arwert F, DeWall LP, Delante GG, Gille JJP, et al. The Cowden syndrome: a clinical and geneticstudy in 21 patients. *Clin Genet*. 1986;29:222-33.
26. Buys SS, Partridge E, Black A, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality. The prostate. Lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer. Screening randomized controlled trial. *JAMA* 2011;305:2295-2303.
27. Eifel P, Hendrickson M, Ross J, Ballon S. Simultaneous presentation of carcinoma involving involving the ovary ant the uterine corpus. *Cancer*. 1982;50:163-70.
28. Emmert-Buck MR, Chuaqui R, Zhuang Z, Nogales F, Liotta LA, Merino MJ. Molecular analysis of synchronous uterine and ovarian endometrioid tumors. *Int J Gynecol Pathol*. 1997;16,2:143-8.
29. Robby SJ, Datto MB. Synchronous endometrial and ovarian tumors: Metastatic disease or independent primaries? *Hum Pathl* 2005; 36: 597-599.
30. Baak JP, Mutter GL, Robboy S et al. The molecular-genetics and morphometry-based endometrial intraepithelial neoplasia classification system predicts disease-progression in endometrial hyperplasia more accurately than the 1994 World Health Organization classification system. *Cancer* 2005; 103: 2304-2312.
31. Egan JA, Ionescu MC, Eapen E, Jones JG, Marshall DS. Differential expression of WT1 and p53 in serous and endometrioid carcinomas of the endometrium. *Int J Gynecol Pathol* 2004; 23: 119-122.
32. Irving JA, Catusus L, Gallardo A, Bussaglia E, Romero M, Prat.J. Synchronous endometrioid carcinomas of the uterine corpus and ovary: alterations in the beta-catenin (CTNNB1) pathway are associated with independent primary tumors and favorable prognosis. *Hum Pathol* 2005; 36: 605-619.
33. Zaino RJ, Unger ER, Whitney C. Synchronous carcinomas of the uterine corpus and ovary. *Gynecol Oncol* 1984;19:329-35.
34. Pearl ML, Johnston CM, Frank TS, Roberts JA. Synchronous dual primary ovarian and endometrial carcinomas. *Int J Gynecol Obstet* 1993;43:305-12.
35. Jonguitud A, Montesinos M, Martínez Castro P, et al. Carcinomas sincrónicos endometrio-ovario: estudio retrospectivo de 15 casos. *Prog Obst Gin*. 1997;40:631-6.
36. Eifel P, Hendrickson M, Ross J, Ballon S, Martínez A, Kempson R. Simoultaneous presentation of carcinoma involving the ovary and the uterine corpus. *Cancer* 1982;50:163-70.
37. Falkenberg SS, Steinhoff MM, Gordinier M, Rappoport S, Gajewsky W, Granai CO. Synchronous endometrioid tumours of the ovary and endometrium. A clinicopathologic study of 22 cases. *J Reprod Med* 1996;41:713-8.
38. Zaino RJ, Unger ER, Whitney C. Synchronous carcinomas of the uterine corpus and ovary. *Gynecol Oncol* 1984;19: 329-35.
39. Castro IM, Connell PP, Waggoner S, Rotmensch J, Mundt AJ. Synchronous ovarian and endometrial malignancies. *Am J Clin Oncol* 2000;23:521-5.
40. Pearl ML, Johnston CM, Frank TS, Roberts JA. Synchronous dual primary ovarian and endometrial carcinomas. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;43:305-12.
41. Tidy J, Mason WP. Endometrioid carcinoma of the ovary: a retrospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:1165-9.
41. Ayhan A, Yalcin OT, Tuncer ZS, Gurgan T, Kucukali T. Synchronous primary malignancies of the female genital tract. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992;16: 63-6.
42. Zaino R, Whitney C, Brady MF, De Geest K, Burger RA, Buller RE. Simultaneously detected endometrial and ovarian carcinomas – a prospective clinicopathologic study of 74 cases: a gynaecologic oncology group study. *Gynecol Oncol* 2001;83:355-362.
43. Dragoumis K, Zafrakas M, Venizelos I, et al. Synchronous primary neoplasm of the uterine corpus and the ovary: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol* 2004;25:752-4.

Caso Clínico

Gestación abdominal temprana; presentación de un caso y opciones de tratamiento

Early abdominal pregnancy: a case report and treatment options

Díaz-Miguel V., Martín Salamanca B., Elices Apellaniz M., Escribano Tórtola J.J.

Unidad de Ginecología. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital del Henares, Madrid.

RESUMEN

La gestación abdominal es una situación extremadamente rara con una tasa de mortalidad alta. Se presenta el caso de una mujer de 36 años de edad, sin antecedentes ginecoobstétricos de interés que acudió a nuestro servicio de urgencias por metrorragia. En la ecografía se objetivó una imagen heterogénea en anejo izquierdo, de 80 x 40 mm, compatible con hematosálpinx, por lo que ante la sospecha de gestación ectópica se decidió realizar una laparoscopia. Durante la misma, se confirmó la existencia de una gestación ectópica izquierda, y el estudio anatomopatológico posterior reveló la existencia de una gestación abdominal primaria paratubárica.

PALABRAS CLAVE

Gestación ectópica. Gestación abdominal. Gestación paratubárica.

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is a very rare condition with a high mortality rate. We report a case of a 36 year-old woman, without important past gynecological and obstetrical history, that came to the emergency zone presenting bloody vaginal discharge. Transvaginal ultrasonography revealed an 80 x 40 mm heterogeneous mass in left ovary, and a laparoscopy was performed. We confirmed a left ectopic pregnancy, and the anatomopathological study showed a primary abdominal paratubaric pregnancy.

KEYWORDS

Ectopic pregnancy. Abdominal pregnancy. Paratubaric pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Las gestaciones abdominales son extremadamente raras y suponen el 1 % de todas las gestaciones ectópicas (1). Históricamente ha sido definida como una implantación del saco gestacional en cavidad, excluyendo las gestaciones tubáricas, ováricas o intraligamentarias (2).

El saco gestacional de un embarazo abdominal, se implanta en la pelvis, o en aquellas zonas con una rica vascularización como el hígado, el bazo, el mesenterio, la cicatriz de cesárea previa (3), incluso se han descrito gestaciones abdominales después de una histerectomía (4,5) y algunas originadas de forma yatrógena tras una fecundación in vitro (6), consecuencia generalmente en estos últimos casos de la perforación uterina con la cánula de transferencia. Dichas gestaciones pueden ser primarias o secundarias. La implantación primaria peritoneal es una entidad muy rara. Según Studdiford (2), los criterios para definir una gestación abdominal primaria serían: 1. Normalidad de ovarios y trompas, 2. Ausencia de fístula uteroperitoneal, 3. Gestación en la cara peritoneal. Las gestaciones secundarias serían aquellas en las que el embrión o feto seguiría creciendo en la cavidad tras su expulsión de la trompa y se suelen acompañar de ruptura de la misma y expulsión a la cavidad. Las gestaciones que llegan a tercer trimestre son excepcionales, suponiendo 1 de cada 25.000 embarazos (7).

El riesgo de morbimortalidad materna es 7-8 veces mayor que en un embarazo ectópico en otra localización y 90 veces mayor que en un embarazo normal intrauterino (8). Debido a la rareza y la posible mortalidad asociada a esta gestaciones, el diagnóstico y el tratamiento clínico eficaz es esencial.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años, sin antecedentes de interés, no alergias conocidas a medicamentos y grupo sanguíneo 0 negativo. Como antecedentes gineco-obstétricos destacan, menarquia a los 13 años, fórmula menstrual normal (4/28) y ocho semanas de amenorrea, con G3A1 (que precisó legrado) y P1 (eutócico). Acudió al servicio de urgencias por metrorragia oscura y escasa de comienzo ese mismo día, sin otra clínica acompañante. A la exploración, la paciente presentaba unos genitales externos normales, cérvix sin alteraciones, útero en anteversión, de consistencia y forma normal, los anejos sin masas palpables y movilización cervical indolora. La exploración abdominal no reveló signos de interés. En la ecografía transvaginal se objetivó un útero en anteversión, con histerometría de 74 mm, con vesícula gestacional alargada en su interior de 14 x 10 mm, sin visualizarse vesícula vitelina secundaria. El miometrio presentaba un

CORRESPONDENCIA:

Virginia Díaz Miguel

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Henares
Avd. Marie Curie S/N, c.p. 28822 Coslada. Madrid
(antigua Crtra. M-216 de San Fernando a Mejorada Km. 4,5)
e-mail: virdimi@yahoo.es

mioma intramural subseroso de 36 x 34 mm. El ovario izquierdo medía 36 x 24 mm, y adyacente a él, se evidenció una imagen heterogénea de 40 x 26 mm, que pudiera corresponderse con un coágulo organizado. El ovario derecho era de características normales. No se objetivó la presencia de líquido libre. Se solicitó la determinación de BHCG, cuyo resultado de 319 U/L, junto con el buen estado general de la paciente y el diagnóstico de metrorragia del primer trimestre se recomendó nuevo control clínico, analítico y ecográfico en 48 y 72 horas. Los resultados analíticos obtenidos, sin modificaciones significativas respecto a los previos, (2ª BHCG de 383 U/L y 3ª de 393 U/L), y el hallazgo encontrado en la ecografía practicada a las 72 horas, de una imagen heterogénea en anejo izquierdo de 80 x 40 mm, que había experimentado crecimiento desde la prueba anterior, compatible con hematosalpinx, sin presencia de líquido libre, permitieron establecer la indicación de una laparoscopia diagnóstica-quirúrgica, como opción terapéutica más correcta.

Los hallazgos laparoscópicos fueron una gestación ectópica que comprometía la región ampular de la trompa izquierda, de 8 x 3 cm, objetivándose numerosas adherencias de intestino a cara posterior de útero y con la trompa derecha adherida a fondo de saco de Douglas. La hoja posterior del ligamento ancho, presentaba una superficie amplia deslustrada muy sangrante al contacto, como si hubiera existido en esa zona algún proceso inflamatorio o infiltrativo. Se realizó salpinguectomía total izquierda según técnica habitual, sin incidencias. El postoperatorio cursó sin alteraciones. El estudio anatomopatológico de la pieza desveló la identificación clara de dos estructuras. Por un lado, el segmento tubárico de 4.5 cm de longitud y 1.5 cm de diámetro máximo, marcadamente dilatado, con áreas de hemorragia en la porción próxima a las fimbrias. Y por otro, un fragmento suelto con aspecto de coágulo. En el material remitido por separado de la trompa, se observan restos deciduocoriales con vellosidades y abundante hemorragia y en algunos cortes de la misma se reconocen zonas de decidualización paratubáricas (Figura 2). La luz tubárica no mostró cambios de tipo decidual (Figura 1), informándose como diagnóstico definitivo: Salpinguectomía izquierda. Gestación ectópica paratubárica.

La revisión postquirúrgica en consulta, puso de manifiesto niveles de BHCG dentro de la normalidad (< 10 U/L).

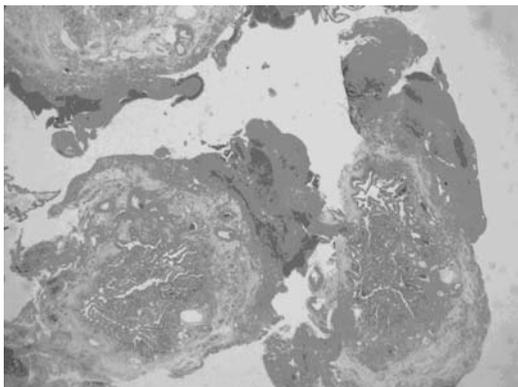


Figura 1. HE (macro- microfotografía) segmentos transversales tubáricos en los que se identifica la luz libre de hemorragia, decidualización o implantación, que se localiza en la serosa (peritoneo visceral).

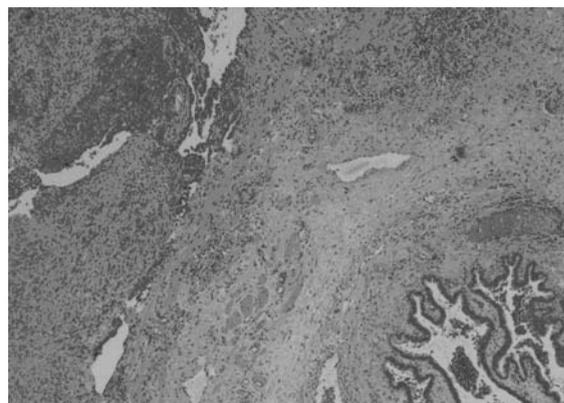


Figura 2. HE 2,5x: segmento tubárico en cuya serosa se observa hemorragia y decidualización del peritoneo. En el margen inferior dcho se aprecia la luz tubárica, que se continúa con la capa muscular y en el extremo superior izdo se observa el área hemorrágica donde se localizan las vellosidades coriales.

DISCUSION

Aunque las gestaciones abdominales se encuentran en muy raras ocasiones (1), la posibilidad de una localización atípica de un embarazo ectópico debe ser tenida en cuenta. Los factores de riesgo para gestación ectópica deben de valorarse, y entre ellos destacan la lesión tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, técnicas de reproducción asistida y la multiparidad (9,10).

Cuando la sospecha clínica de embarazo ectópico no es confirmada mediante la laparoscopia, se deben solicitar pruebas radiológicas que completen el estudio y ayuden a descartar otras localizaciones del embarazo, tales como el TAC o RMN, ya que se han llegado a diagnosticar gestaciones en porción inferior hepática (11).

En el caso que se presenta, queda totalmente demostrado la gestación abdominal primaria, puesto que siguiendo los criterios de Studifford previamente descritos, no existe una nidación tubárica inicial, ya que no existe decidualización en toda la trompa extirpada (1). Durante la laparoscopia ambos ovarios y la trompa derecha estaban intactos, aunque se objetivó un conglomerado que ocupaba todo el anejo izquierdo, la anatomía patológica final reveló la integridad de la luz tubárica. En nuestro caso, la paciente no presentaba ni había tenido factores de riesgo, tales como la utilización de dispositivo intrauterino, haber padecido una ETS o enfermedad inflamatoria pélvica.

La manifestación clínica de una gestación abdominal puede ser difícil de diferenciar de una gestación ectópica tubárica, siendo el dolor en hipogastrio uno de los síntomas más frecuentes (10). En un estudio realizado por Hallat y Grove, sólo seis pacientes de doce casos de embarazo abdominal consultaron por metrorragia (12). En cuanto al diagnóstico, la ecografía transvaginal es de primera elección, para aquellas pacientes que requieran un diagnóstico preciso de la localización placentaria, la resonancia magnética ayuda a planificar la actitud quirúrgica y valora la afectación mesentérica (13).

Desde el punto de vista terapéutico, muchos y variados medicamentos han sido utilizados para el tratamiento de las gestaciones ectópicas, methotrexato local y sistémico, glucosa hiperosmolar, cloruro potásico, prostaglandinas, etopósido, mifepristona, etc (14).

La inyección local de dichos fármacos tiene ventajas sobre la administración sistémica: se consiguen niveles terapéuticos muy superiores en la zona a tratar, disminuye la toxicidad sistémica y el número de tratamientos.

La laparoscopia quirúrgica es el tratamiento de elección en gestaciones abdominales tempranas (15). En este caso, la extirpación del tejido placentario es mucho más fácil, ya que es mucho menor y con poca vascularización. En el caso que se presenta y dada la gestación tan temprana se pudo realizar una extirpación completa mediante laparoscopia.

En aquellos casos en los que las gestaciones sean mayores, la extirpación completa de la placenta sólo se realizaría cuando, se pueda identificar de dónde proviene el flujo sanguíneo que recibe, y que sea factible su ligadura (12). La laparoscopia no está indicada cuando la placenta está implantada en superficies muy vascularizadas, debido al riesgo de sangrado incontrolable durante el procedimiento, siendo la

laparotomía la técnica de elección. En gestaciones más avanzadas, con fetos a término, la extracción fetal se realizará por laparotomía, se ligará el cordón y se dejará la placenta in situ. Posteriormente la paciente puede ser seguida sin ningún otro tipo de actuación, o proceder a embolización arterial. (16,17).

Entre las complicaciones a largo plazo que se pueden presentar debido a los cambios inflamatorios por la necrosis placentaria, tenemos: formación de abscesos, sepsis, hemorragia tardía, obstrucción intestinal, ureteral, fistulas, y dehiscencias (18). La utilización de methotrexato favorece y acelera la destrucción placentaria, de modo que puede ser utilizado en aquellas pacientes con niveles persistentes de BHCG, con un seguimiento exhaustivo y vigilando los posibles signos de infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2007;25(2):123-130.
2. Studdiford WE: Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet-Gynecol* 1942, 4:487- 491.
3. Bouyer, J, Coste, J, Fernandez, H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17:3224.
4. Binder, DS. Thirteen-week abdominal pregnancy after hysterectomy. *J Emerg Med* 2003; 25:159.
5. Fader, AN, Mansuria, S, Guido, RS, Wiesenfeld, HC. A 14-week abdominal pregnancy after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2007; 109:519.
6. Fisch, B, Peled, Y, Kaplan, B, et al. Abdominal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy. *Obstet Gynecol* 1996; 88:642.
7. Lastra A, Ruiz Bedoya JA, Jiménez Balderas EA: Abdominal pregnancy with fetal survival. A report of 2 cases. *Ginecol Obstet Mex* 1993, 61:348-350.
8. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstetrics and Gynecology*. 1987;69(3):333-337.
9. Ludwig, M, Kaisi, M, Bauer, O, Diedrich, K. The forgotten child--a case of heterotopic, intra-abdominal and intrauterine pregnancy carried to term. *Hum Reprod* 1999; 14:1372.
10. Onan, MA, Turp, AB, Saltik, A, et al. Primary omental pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2005; 20:807.
11. Paynesha M, Erin G, Bush J, Maganne E: An early abdominal wall ectopic pregnancy successfully treated with ultrasound guided intralesional methotrexate: a case report, *Obs Gynec* 2009; 1155-1158.
12. Hallat JG, Grove JA: Abdominal pregnancy, a study of 21 consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:444-449.
13. Malian V., Lee JH: MR imaging MR angiography of an abdominal pregnancy with placental infarctin. *AJR AM J Roentgenol* 2001, 177:1305-1306.
14. M.J.Raughley and G.N.Frushman, "Local treatment of ectopic pregnancy", *Seminars in Reproductive Medicine*, vol 25, no.2, pp.99-115, 2007.
15. Pisarska MD, Casson PR, Moise KJ, Di Maio DJ, Buster JE, Carson SA: Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril* 1998, 70:159-160.
16. Varma, R, Mascarenhas, L, James, D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omentum insertion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:192.
17. Gerli, S, Rossetti, D, Baiocchi, G, et al. Early ultrasonographic diagnosis and laparoscopic treatment of abdominal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 113:103.
18. Rahaman, J, Berkowitz, R, Mitty, H, et al. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 103:1064.

Tribuna humanística**Modernismo e ideal femenino en la narrativa literaria de Froilán Turcios***Modernism and ideal feminine in Froilán Turcios's literary narrative***Lavín Bedia R.**

Miembro de la Asociación Española de Médicos Escritores y artistas

Una de las frases que más me ha intrigado, desde siempre, es el primer versículo del capítulo primero del evangelio de San Juan: “En el principio ya era el Verbo, y en el Verbo era con Dios, y el Verbo era Dios”. Con el paso del tiempo y después de haber leído obras de antropólogos como M.A. Barandiarán, Marius Schneider o Julio Caro Baroja me encontré con una variante, en tono menor, de la idea que parece desprenderse de la citada frase del evangelista; idea que nutre, como dogma asequible, a las más distantes y antiguas comunidades humanas del paganismo. Y es también el caso de los primitivos actuales y de la tradición rural que habita hoy en los países civilizados; gentes que de alguna manera se aferran al animismo y al amor por la naturaleza.

Justo es destacar que la fórmula usada por las culturas tradicionales es diferente y de categoría inferior a la citada frase bíblica, pues lo que recogen hoy los antropólogos en esas sociedades elementales es esto: “Todo lo que tiene nombre existe”, e inversamente aquello que no tiene nombre no existe; abarcando la expresión tanto el mundo físico como el espiritual. Es decir, de alguna manera está presente la fe en el poder creador de la palabra.

Debo aclarar que antes de haber leído el magnífico ensayo sobre modalidades de cuentos que el paraguayo Enrique Marini Palmieri (Figura 1) elaboró como “Introducción” a su antología de Cuentos Modernistas Hispanoamericanos, yo entendía por Modernismo algo así como un movimiento marginal desde el punto de vista de la cultura que, de manera efímera, se situó a caballo sobre el límite de los siglos XIX y XX. Así pues, lo creía un brote pseudofilosófico que en la literatura habría sido un florero abigarrado de palabrería estéril, y en arquitectura un estilo curvilíneo e inestable, lleno de torretas inservibles. Se trataría, en mi opinión de entonces, de una corriente cultural pasajera y de escaso interés para el simple aficionado a la literatura, tal como parecía desprenderse de la crítica mayoritaria al asunto.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Roberto Lavín Bedia;
C/ Calvo Sotelo nº3, 5ºD
39002 - Santander (Cantabria)



Figura 1. Escritor Enrique Marini Palmieri

Tras la lectura de la citada antología de Marini-Palmieri no sólo cambió radicalmente mi criterio respecto al Modernismo, sino que pude atisbar la magnífica literatura de Leopoldo Lugones, Horacio Quiroga, Clemente Palma, José Asunción Silva ... así como la faceta narrativa de Amado Nervo y Rubén Darío; o conocer la existencia de dos escritores de calidad como el torrelaveguense Rafael Barrett y Álvarez de Toledo y el hondureño Froilán (o Froylán, como él firmaba) Turcios. De éste último publicaba Marini-Palmieri dos relatos de notable interés; uno de ellos titulado Pareja exótica es, en verdad, esclarecedor en cuanto a las profundidades del alma humana en las que podía penetrar el Modernismo. Sobre este breve cuento volvería en más de una ocasión el citado especialista paraguayo, el cual ya destacaba, en aquella antología, que Moisés Vincenzi calificó Pareja exótica como “la página de más sabor galicano, de más intensidad psíquica que posiblemente se haya escrito en Centro América”. Indudablemente, en mi opinión, ese relato contiene las mayores posibilidades de sugerencias que caben -ver “Pareja exótica” (Figura 2)- en el poder evocador de la palabra o en su poder creador de mundos psíquicos.

Pareja Exótica:

“En las Islas Madera, en una tarde amarilla de septiembre, y en el corredor sonoro del hotel, observo esa extraña pareja, mientras saboreo, con lentitud, una copa de añejo porto sangriento.

Visten con elegancia. Ella posee una hermosura alucinadora, mórbida e imperativa. Él tiene un aspecto extravagante e insolente de lacayo o de príncipe sin fortuna.

Hablan, a media voz, en una lengua áspera y gutural, y las frases suenan como silbidos de víboras en celo. Sus ojos lanzan rayos de odio y a cada minuto sus semblantes se ponen cadavéricos.

De pronto, con un movimiento lánguido, él fija la roja brasa de su cigarro sobre la mano derecha de la mujer, que se apoya en un extremo de la tabla de mármol. Ella no retira la mano ni exhala una queja. La llama devora la piel fina del guante y luego la satinada blancura de la carne. Pero continúa impávida. Sólo sus pardos ojos metálicos, clavados sobre los ojos crueles del hombre, semejan dos flamígeras flores.

Llévase a los labios, con la mano izquierda, el vaso ligero de Chianti, y rompe con los dientes el cristal. Luego asoma a su boca bermeja una sonrisa irónica. La brasa extingüese, al fin, sobre la carne inmóvil.

La mujer, con felino ademán, arranca de su sombrero un largo punzón de oro, y con la mano herida empieza a clavarlo profundamente sobre las piernas del hombre. Mirale un segundo y con rapidez increíble le da un violento puntazo en una mejilla, y después otro y otro, en la frente, en la barba, en la boca, en la nariz, a una línea de los ojos. Menudas gotas de púrpura aparecen en todo el rostro. Y él, sin alterarse la mira en silencio, fríamente.

Ambos se llevan el pañuelo a la cara. Él lo retira tinto en sangre; ella, húmedo de lágrimas. Y ante la máscara trágica del hombre, la mujer vibra con mortal escalofrío, y luego estalla en una ruidosa risa que agita locamente su collar de diamantes y los pájaros azules de su sombrero.”

Autor, Froilán Turcios (1930)



Figura 2. Pareja Exótica. Una interpretación de los personajes del relato de Froilán Turcios (Dibujo a lápiz del Dr. Lavín Bedía)

No ha tenido mayoritariamente buena prensa el Modernismo, al que la E.U.I. ESPASA define como afición excesiva a las cosas modernas con menosprecio de las antiguas especialmente en artes y literatura. Y aunque la citada enciclopedia deja un resquicio más amable en otra aceptación (“Escuela que profesa renovar los motivos antiguos, tratándolos de modo nuevo, dándoles un aspecto moderno”), se decanta por la postura crítica generalizada, no regateándole al modernismo “piropos” como el considerar en general a sus escuelas como caricaturas del verdadero arte, o llamar extravagantes a los pintores y confusos, e indecisos y afectados de vaguedad a los literatos modernistas.

Ahora se está empezando a pensar que en el Modernismo existen datos válidos para considerarlo como una corriente de pensamiento útil para la posteridad; a pesar de los excesos de algunos individuos vacíos que se encaramaron en marcha a su llamativo tren, el cual iba conducido por reconocidos pilotos (recordemos a Rubén Darío y la participación inicial de muchos miembros de la “generación del 98”, o a Gaudí). Y debemos tener presente, como también nos recoge Marini-Palmieri, que Amado Nervo decía de los escritores modernistas que se asoman al alma íntima, arcana, misteriosa de las cosas mismas. Se deja ver pues una línea de pensamiento mucho menos simplista que la encontrada e interpretada por la mayoría de los críticos, artísticos y religiosos, contemporáneos al citado movimiento cultural y de numerosos críticos literarios del momento presente. Además merece la pena traer a la memoria el hecho de que el modernismo fue anatematizado por la Santa Sede (Decreto *Lamentabili sane*, y Encíclica *Pascendi* – Pío X, 1907), y dice el ESPASA: “condenación autoritativa que fue tal vez la más eficaz que se ha lanzado nunca contra una herejía”. Algo parece quedar de todo aquello, a pesar de que hoy estemos viendo cómo va por buen camino el asunto de la beatificación de Gaudí (Figura 3).



Figura 3. Antonio Gaudí, gran exponente del Modernismo

Quedémonos con dos opciones de relieve; una de ellas, bien próxima en el tiempo y en el espacio, es la de Ricardo Gullón, el cual escribió que los modernistas buscaron “la clave perdida de los enigmas radicales de la existencia: de la vida y de la muerte y del más allá” (líneas que destaca José Olivio Jiménez en un documentado “Prólogo” a una selección de cuentos fantásticos de Rubén Darío). Por otra parte, recordando los trabajos de Diane W. Cornwell, Enrique Marini-Palmieri coincide en que el modernismo literario intentó llegar a la esencia secreta del significado de la palabra.

Si nos ceñimos un poco a la literatura de Froilán Turcios y a las mujeres de sus cuentos, nos encontramos inevitablemente con la anónima y complicada heroína de Pareja Exótica y su sádico compañero. Ella reúne la mayor parte de las cualidades atribuidas al misterio femenino por la corriente modernista.

Quizá antes de seguir adelante convenga hacer un breve recordatorio del trayecto vital de Froilán Turcios (Figura 4), que según Marini-Palmieri comprende desde 1875 hasta 1943. El ESPASA le hace nacido en Juticalpa (Honduras), y recuerda que desempeñó cargos diplomáticos en Costa Rica y Río de Janeiro; además fue subsecretario de Relaciones Exteriores (en una tarjeta de visita que dirigía a un amigo pidiéndole opinión sobre su libro de Cuentos del Amor y de la Muerte, se puede ver su timbre como Encargado de Negocios de la república de Honduras en Francia) y ministro de Gobernación en su país. Y es autor de numerosas obras en verso y prosa. Pero lo que en definitiva interesa destacar es su inmersión fantástica en los misterios de la –para el varón– arcana alma femenina, en los de la vida y en los de la muerte. De todo ello vamos a encontrar sobradas muestras en el recién citado extenso volumen que precisamente tituló “Cuentos del Amor y de la Muerte”.



Figura 4. Escritor Froilán Turcios

La “mujer misterio” y la “vida misterio” se entrelazan en esos cuentos para dar híbridos de misterios del “más allá”... o del “más acá”. En ocasiones lo inabarcable e incomprensible femenino va precozmente anunciado en los relatos; para ello, con frecuencia, el autor se vale de una breve alusión a los ojos de las protagonistas.

En nuestras latitudes, y en la época en que vivimos, causa una extraña impresión la exagerada juventud de muchas de la heroínas turcianas. Por otra parte, los no expertos en valoraciones literarias podemos encontrar excesivo el número de epítetos que a veces utiliza Turcios; fenómeno más bien propio del movimiento en el que los críticos literarios encuadran al autor. Pero no es mi pretensión entrar en un campo analítico para el que no estoy capacitado, sino destacar lo que considero más bello y asequible para cualquier lector que tenga en sus manos un relato de este modernista hondureño.

Creo que muchos de los cuentos de Froilán Turcios merecen, cada uno por su parte un estudio literario por lo abundante de sus sugerencias; aunque tengan en común una forma de decir y un ambiente triste, romántico, que sólo pocas veces conduce a un final feliz. Lo variado y muy atractivo de sus historias reside en el misterio del significado de las palabras las cuales, aun siendo las mismas, pueden expresar cosas muy diferentes; es decir, tienen el poder creador de distintos universos según la maestría del escritor. En este sentido, y hablando de expresión literaria, Camón Aznar decía que “las palabras son bienes mostrencos, precisando de la limitación y fricción con otras para que puedan expresar algo singular” Y creo que Froilán Turcios logra muchas veces esta singularidad.

Una vez saboreada y padecida la impactante experiencia que produce la lectura de Pareja Exótica –narración de una escena muy compleja desde del punto de vista psicológico, a la cual Marini-Palmieri califica de “relato de perenne modernidad, provocadora y significativa”- siento uno la necesidad de bucear en la narrativa de su autor, y después lo que procede es invitar a la lectura de Froilán Turcios, cuya obra no parece muy divulgada.

De un modo superficial se puede anticipar que este escritor hondureño, como es muy común entre los modernistas, deja ver en sus relatos un fondo melancólico y desgraciado, y además no desprecia el terror ni el tema sobrenatural. Muchas veces nos refleja el carácter de sus heroínas con breves e intensas alusiones a cualidades (color, brillo, expresión) de los idolatrados ojos de las protagonistas. Ellas se debaten con frecuencia en ambientes crepusculares, en los que pueden aparecer referencias a la luna, o a los crisantemos y flores de jaramago para completar la atmósfera de los relatos. Rara vez Turcios alivia al lector con un final venturoso.

Detengámonos unos momentos en el detalle ambientador de los ojos de las protagonistas turcianas. Dulcísimos ojos quiméricos son los de Clemencia, la angélica aparición de “El fantasma Blanco”, cuento que de alguna manera recuerda el caso de la señorita Amelia de Rubén Darío (Figura 5); ojos de azul metálico son los de la bella suicida Elysbeth; ojos gris de acero tiene la cruel Salomé del hondureño; ojos azules pone a la hermosa monja anónima de la terrible narración “Amor sacrílego”; ojos de esmeralda exhibe Ofelia, que dice de sí misma “la castidad del Mal esta en mis ojos lípidos”, con lo que da una clave inquietante del concepto modernista de la mujer. Magníficos ojos dorados son los de Carlota, difunta dolorosamente recordada en el cuento “Flores de

jaramago”. Pardos ojos metálicos semejantes a dos flamígeras flores son los de la torturada desconocida de Pareja Exótica. Ojos muy negros son los de Soledad, en el recuerdo de un erotismo apasionado, casi infantil y fugaz que tiene, además, una extraña coincidencia en la frase: “En qué rincón de los fértiles llanos de El Suyate vegeta aún mi primer amor? ¿O reposa quizás en el cercano cementerio de Catacamas?”, etc, etc.



Figura 5. Escritor Rubén Darío

Tal vez en la sociedad actual –bombardeada de forma inmisericorde por la propaganda de la inmediatez de todo tipo de logros, enajenada con olimpos virtuales y promesas de próxima inmortalidad terrena- no tenga demasiado significado perder el tiempo leyendo tristezas que hurgan en lo más íntimo del alma- pero es posible que haya espíritus románticos a quienes todavía resulte incómoda la críptica frase de San Juan recordada al comienzo del artículo, o les despierte interés la opinión que emitiera Diane R. Cornwell, en orden a la pretensión del modernismo de capturar la esencia secreta del significado de la palabra. Y en fin, del resto de las manifestaciones del arte modernista creo que también se podría decir algo parecido. De Antonio Gaudí, por ejemplo, ha escrito George R. Collins que el genial arquitecto era un racionalista que buscaba la realidad perfecta, y que trataba de unir la “forma y la estructura de los espacios, para que estos a su vez –en forma, color y textura- se aproximaran a la misma naturaleza”.

Todo apunta a que el Modernismo aspiraba a un mundo de demiurgos, de dioses transformadores de la idea de lo que llamamos realidad; lo cual es el sueño dominador de los artistas superiores. Pienso que los modernistas formaron un movimiento poco comprendido y que aún está a la espera de reconocimiento. Y Froilán Turcios, con su palabra tan sugerente, tuvo un lugar entre los mejores narradores modernistas; porque fue un creador de universos mentales, para lo cual tomaba elementos de lo más profundo, y a veces sombrío del alma humana.

Tribuna humanística

Un Momento Clave en la Historia de España: La Enfermedad Final de Fernando VII

A Key Moment in the History of Spain: The Final Disease of Fernando VII

Castillo Ojugas A.

Ex-presidente de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas

Nació Fernando VII en El Escorial el 14 de Octubre de 1784, noveno hijo de los entonces Príncipes de Asturias Don Carlos y Doña María Lusía de Parma de manera que sus esperanzas de reinar eran más bien escasas pues aparte las niñas, entonces excluidas del Trono por la Ley Sálica, existían dos varones antes que él, los gemelos Don Carlos y Don Felipe, hecho único en la Monarquía española, nacidos un año antes pero el destino hizo que uno muriese cuatro días antes y el otro un mes después de nacer Fernando, con lo que la herencia se despejó. Posteriormente la sucesión se reforzó con dos Príncipes más, Don Carlos María Isidro y Don Francisco de Paula.



Figura 1. Príncipes de Asturias D. Carlos y D. María Lusía de Parma

Como era costumbre, a Don Fernando le criaron a pecho de nodrizas hasta casi tener dos años, padeciendo una grave enfermedad, que no se especifica pero que alarmó tanto a la Corte que la Reina María Luisa hizo un solemne voto a San Fernando para visitar su tumba en Sevilla si el niño se salvaba. Conocemos también que el 12 de noviembre de 1788 fue vacunado contra la viruela y un mes después falleció su abuelo, el rey Carlos III por lo que sus padres fueron proclamados Reyes y Fernando, dos meses después jurado Príncipe de Asturias en la madrileña iglesia de San Jerónimo el Real.

CORRESPONDENCIA:

Prof. Antonio Castilla Ojugas;
C/ López de Hoyos nº72
28002 - Madrid



Figura 2. Rey Carlos III, abuelo de Felipe VII

Poco estudioso, pues su capacidad mental no daba para más, tampoco sus padres favorecían su trabajo intelectual preocupados por la mala salud del niño de manera que suprimieron algunas horas de clase por ejercicios de montar a caballo sin que tomara afición a la equitación, ni a la caza ni a ningún otro ejercicio si no fuera de mayor, jugar al billar.



Figura 3. "La Familia de Carlos IV" de Francisco de Goya

Pasada la adolescencia, se hacen diversos intentos para encontrar un Princesa digna de él y todavía en mayo de 1800 no se conocía puesto que en el fabuloso cuadro de Goya "la Familia de Carlos IV" aparece relativamente esbelto Fernando y a su lado, una enigmática figura con la cara vuelta hacia atrás, enigma que se resolvería pocos meses después con el anuncio del doble compromiso nupcial del Príncipe con su prima napolitana Doña María Antonia de Borbón y de su hermana Doña María Isabel de Borbón y Parma, la chiquilla que está en el cuadro de Goya junto a Doña María Luisa con el Don Francisco, Príncipe



Figura 4. Reina María Antonia de Borbón (1º Esposa de Fernando VII)

Herederos de Nápoles. De este matrimonio nacería Doña María Cristina, la cuarta esposa de Fernando VII. La doble boda tuvo lugar en Barcelona de 4 de Octubre de 1804.

Si bien durante toda su vida Don Fernando fue un retardado mental, fue al principio igualmente un retardado sexual a pesar de su macrogenitosomia y de ello da fe la carta que escribió la madre de la novia, la Reina María Carolina de Nápoles a su confidente Gallo, un mes después de la ceremonia: “ Mi hija está desesperada. Su marido es totalmente memo, ni siquiera un marido físico y por añadidura un latoso que no hace nada”. Baste decir que tardó casi un año en consumar el matrimonio y que solo ocho meses después de la boda tuvo necesidad de afeitarse según se sabe por la minuta pagada al barbero. La pobre Reina, Doña María Antonia tras dos abortos, murió a causa de una tuberculosis galopante y generalizada el 21 de mayo de 1805. Realizaron la autopsia los Drs. Sánchez Robato y Pedro Castelló.



Figura 5. Primer Ministro Manuel Godoy

Pero la ruin ambición del Príncipe de Asturias, que desde luego no aceptaba las relaciones del favorito Godoy con sus padres, instigado por una serie de nobles arrivistas y el consejo de una de las figuras más nefastas de la Historia de España como fue su Preceptor el Canónigo Escoiquiz, llenaron su desatada cabeza con la idea de un movimiento para derrocar la Monarquía de sus progenitores, descubriéndose la trama en El Escorial, con tal nombre conocido el Proceso, el 30 de octubre de 1807. Conservo una copia de la carta que escribió Don Fernando a su madre el 9 de noviembre que dice: “Señora. Mamá mía; estoy muy arrepentido del grandísimo delito que he cometido contra mis Padres y Reyes y así con la mayor humildad le pido a V.M. perdón de él, como también la terquedad mía en negar la verdad la otra noche y así de lo íntimo de mi corazón suplico a V. M. Se digna interceder con

Papá para que permita ir a besar sus R.P. a su reconocido hijo Fernando”.

Arrepentimiento falso pues siguió trabajando para derribar al odiado Godoy, al bobalicón de su padre y a la arpía de su madre y seis meses después, tuvo lugar el 17 de marzo de 1808 el Motín de Aranjuez, abdicando Carlos IV y proclamándose Rey por la brava Fernando VII aunque poco le iba a durar tras su marcha a Bayona, tras el señuelo del Emperador Bonaparte que designó a su hermano José Rey de España y de la Indias quedando Fernando preso en Valencay junto con su tío Don Antonio Pascual, Don Carlos y Doña María Luisa exiliados primero en Marsella y finalmente en Roma donde fallecieron.

Como Fernando en los casi seis años de Francia apenas hizo ejercicio pues no “consiguieron aficionarse a la caza ni que disparase ni un solo tiro de fusil ni de pistola” y por otra parte, se acostumbró a la exquisita y grasienta comida francesa que en la época imperial alcanzó una gloriosa plenitud, al regresar a España por Figueras el 22 de marzo de 1814 “le encontraron muy gordo y saludable” mas pocos días después, el 16 de abril en Valencia tiene su primer ataque de gota en el pie y tras haber derogado la Constitución de 1812 que tantas vidas había costado y proclamarse Rey Absoluto, hizo su entrada triunfal en Madrid ante entusiasmo cerril del pueblo. Pocos monarcas llegaron a tal grado de entusiasmo pero también pocos consiguieron tan rápido deterioro de modo que su título de “El Deseado” pronto se cambió por el de “Odiado”.

Y de nuevo el problema sucesorio. Hay que casar al Rey. Tras varias fallidas negociaciones se combina otro doble enlace: Fernando y su hermano Carlos María Isidro, casarán con las princesas portuguesas Doña Isabel y Doña María Francisca de Braganza y Borbón, hijas de Don Juan IV y de Doña Carlota Joaquina, hermana mayor de Fernando VII.



Figura 6. Reina Isabel de Braganza y de Borbón (2º Esposa de Fernando VII)

La familia Real de Portugal estaba viviendo entonces en Brasil. Casadas por poderes en Cádiz en el mismo navío que les había traído y ratificada la boda en Madrid el 28 de septiembre de 1816 queda embarazada Doña Isabel a los dos meses. Dio a luz una niña el 21 de agosto de 1817 que murió a los cuatro meses. Y el 26 de diciembre del año siguiente, ya a punto de dar a luz otra criatura, sufrió la Reina un ataque de eclampsia del que murió y lo mismo la niña. Tenía 21 años Doña Isabel de Braganza, inspiradora de la fundación del Museo del Prado.

Fernando después de su regreso de Francia, dió rienda suelta a su retardada sexualidad y sus proezas genésicas fueron tan comentadas como su exagerada virilidad, que probaron una serie de agraciadas súbditas de baja alcurnia que recibían valiosos favores de su Real Pareja.

En estos años don Fernando cuidó bastante su salud, excepto fumar, y siguió ciegamente las prescripciones de su médico Don Pedro Catelló que le indicó un cierto régimen de alimentación, paseos por la Casa de Campo y le alentó a frecuentar los baños medicinales de Sacedón, ensalzados por su tío Don Antonio, al que llamaban "El Doctor" que lo era "Honoris Causa" en derecho por la Universidad de Alcalá de Henares y había hecho analizar dichas aguas.



Figura 7. Rey Fernando VII de España

El establecimiento fue llamado Baños de la Isabel en honor a la Reina. Ha funcionado hasta poco antes de nuestra Guerra Civil y ahora se encuentra bajo las aguas del embalse de Buendía. Se conservan unas preciosas vistas de aquel Real Sitio pintadas por Brambilla. A Castelló se debe la creación del Cuerpo Médico de Baños por Real Decreto del 16 de junio de 1816.

Viudo el Rey, ahora sí que existe un peligro si no logra descendencia. Su hermano Carlos María Isidro había tenido un hijo, Carlos Luís, futuro Conde de Montemolín que podría llegar a ser Rey de España. La diplomacia actúa con rapidez y se elige a Doña María Amalia de Sajonia, jovencita de diez y seis años con la que se casa el 20 de octubre de 1819. La pobre muchachita, huérfana desde los tres meses y educada en un convento, era totalmente inexperta en cuestiones amorosas y quedó tan aterrada al contemplar los señalados atributos de su marido que solo las convicciones de su confesor lograron aceptara aquella prueba convenciéndola de que el acto conyugal no era pecado sino un deber.

Los diez años que duro su matrimonio fueron muy turbulentos en la Historia de España. La Jura de la Constitución tras el levantamiento del General Riego, la emancipación de las Colonias americanas, la llegada de los "Cien mil hijos de San Luís" que instaura otro periodo absolutista aun más cruel que el anterior y las primeras luchas carlistas. Tampoco logran el heredero a pesar de intentarlo. Prosiguen las curas termales de Fernando en Sacedón y luego otra en Solán de Cabras con la esperanza de combatir la esterilidad de la Reina que regresan de Sigüenza para implorar el milagro de Santa Librada, que según cuenta la leyenda era una de las nueve hijas que tuvo la Reina Celsia en un parto múltiple.



Figura 9. Los Reyes recibiendo a las "Cien mil Hijos de San Luís"

María Amalia murió de neumonía, tan discretamente como había vivido, el 18 de mayo de 1829 en Aranjuez, a los veinticinco años de edad. Por cuarta vez el Rey ha de tomar esposa pero ahora la elige él.

Su cuñada Luisa Carlota, esposa de su hermano Francisco de Paula le enseña una miniatura con el retrato de su hermana menor María Cristina y se vuelve loco de amor. "Mi pichona" la escribe arduosamente y espera ansioso su llegada a Madrid, celebrándose la boda el 9 de diciembre de 1829.



Figura 8. Reina María Amalia de Sajonia (3ª Esposa de Fernando VII)

En esos casi siete meses ocurrieron dos episodios patológicos a Don Fernando, además de los ataques de gota que eran cada vez más frecuentes y persistentes y su considerable aumento de peso durante los años anteriores porque a su falta de ejercicio, el menú de Palacio para el día 1 de diciembre de 1822. De todos estos platos, elegía al menos dos de cada serie. Ahí van:

- Dos sopas: Albondiguillas liadas, de fideos, de fraile, de cocido
- Seis entradas: Fritos de calamares, sesos en buñuelo, fritelas a la napolitana y salchichas, patos con champiñones, pollos a la española, corcillas con arroz, escalopes de filete de lenguado, empanadas de piñón.
- Dos asados: Pavos con castañas y salchichas. Dentón
- Cuatro entremeses: espinacas a la crema, tortilla de jamón, pepitos de marrasquino. Casitas de almendra.
- Extraordinario: Espárragos de S. M.

El 4 de Septiembre se traslada a la corte desde la Granja para pasar el otoño a El Escorial y en la bajada del Puerto de Navacerrada se rompe el juego delantero del carruaje del Rey el cual es despedido hacia delante rompiendo el cristal y golpeándose al frente con el marco que le produjo una aparatosa herida en la frente. Cuando con bálsamo católico por el siempre leal Don Pedro Castelló, le sometió a una fuerte dieta y ya se encontraba bien cuando en la mañana del 12 de septiembre, estando en el coro de la Basílica, de repente, cae al suelo “revolcándose violentamente entre el reclinatorio y la silla” con pérdida de conocimiento y teniendo el “pulso fuerte y dilatada” por lo que Castelló ordenó de inmediato una abundante y rápida sangría. El Rey se recuperó a los veinte minutos sin ninguna secuela. Evidentemente tuvo Don Fernando un espasmo vascular cerebral por hipertensión y ateromatosis.



Figura 10. Palacio de la Granja de San Ildefonso (Segovia)

Casado con su sobrina y cuñada Doña María Cristina, esperan enseguida descendencia y temeroso de que fuera una niña, el 29 de marzo de 1830, mandó publicar la Pragmática Sanción por la que anulaba la Ley Sálica de Felipe V. Transcurre la historia clínica de Fernando VII con sus habituales ataques de gota, sus copiosas comidas y abusivo consumo de tabaco y fue en la temporada de la Granja donde después de un ataque de gota en la rodilla y otro en la mano, el 13 de septiembre de 1832 firman los Médicos de Cámara un parte señalando que “con motivo de haberse acatarrado el Rey Nuestro Señor ha tenido su Majestad la noche algo inquieta...”, agravándose en días sucesivos hasta quedar en estado de sopor y referencias médicas imprecisas como “dolor en el pecho”, “síntomas alarmantes de cabeza” prácticamente en como hasta su espectacular mejoría el 8 de octubre. En esos días sin embargo, había ocurrido un hecho gravísimo. Un grupo de cortesanos partidarios de Carlos María Isidro, logran que Fernando VII en estado precomatoso firme un decreto anulando su Pragmática Sanción. La firma, como ha comprobado el Dr. Izquierdo en una copia, es imprecisa, muy diferente a la suya habitual, indicando el estado mental en que fue escrita, en plena fase de privación de voluntad y de mente. Se trataba de otro cuadro vascular cerebral del que sale gracias a la intervención de la Virgen del Carmen según su esposa María Cristina cuyo hábito llevó una larga temporada.



Figura 11. Reina María Cristina (4ª Esposa de Fernando VII)

Por segunda vez interviene de modo providencial Doña Luisa Carlota que se encontraba en Andalucía. Llegó a la Granja un día después de la derogación y tras de discutir con su hermana a la que llama indignada “Regina di Opereta”, hace venir al Ministro Calomarde, le pide la copia del Decreto, lo rompe, echa sus fragmentos a la chimenea y le abofetea. Calomarde pronuncia aquella memorable frase: “Señora, manos blancas no ofenden”.



Figura 12. Reina Isabel II de España

Don Fernando regresa muy restablecido a Madrid el 19 de Octubre y el último día del año publica un Decreto confirmando la sucesión de su hija Isabel, señalando que en el momento de la derogación no estaba en posesión de sus facultades y que habían abusado de su confianza y de la de su esposa. Decía textualmente; “Declaro solemnemente, de plena voluntad y propio movimiento, que el Decreto firmado en las angustias de mi enfermedad fue arrancado de mí por sorpresa”. El 20 de Junio de 1833, con sus tres añitos de edad, Isabel es jurada heredera en San Jerónimo, ante la Nobleza, el Clero y la Familia Real excepto el Infante Don Carlos que se negó a admitirla como heredera.



Figura 13. Iglesia de San Jerónimo (Madrid)

De todas formas la salud del Rey iba empeorando. La esclerosis cerebral se manifiesta especialmente por fases de abulia y torpeza mental; los ataques de gota se sucedían y su hipertensión por las frecuentes “congojas de pecho”, tal vez insuficiencias coronarias. En el verano del 1833 apenas puede moverse y le pasean en carroza sujetándole con cinchas, a manera de cinturones de seguridad de nuestros automóviles pues los médicos consideraban que era bueno el vaivén del camino para estimular su estado.

A finales de septiembre la situación es cada vez peor. Le aplican el 29 por la mañana “un parche de cantáridas al pecho y dos a las extremidades inferiores” y cuando después de comer dejan los facultativos al Rey solo en compañía de su esposa que se está portando abnegadamente y el mayordomo, le “sobrevino un ataque de apoplejía tan violento y fulminante que a los pocos minutos termina con su preciosa existencia”. Una sangría de urgencia no dio resultado. Firmaban el parte los Drs. Pedro Castelló, Manuel Damián Pérez y Sebastián Aso Travieso. Para perpetuar esos momentos, se encargó al pintor Don Federico Madrazo un cuadro. La pintura es magnífica y los retratos de los médicos son de gran perspicacia psicológica.



Figura 14. Muerte del rey Fernando VII

La Reina María Cristina casi tres meses después, marchó a descansar a la Granja y en la finca “Quitapesares”, de nombre providencial, se declara vehemente a un arrogante Guardia de Corps, Don Fernando Muñoz con el que se casa hecho que constituye el mas romántico episodio de la Historia de España.



Figura 15. Don Fernando Muñoz, esposo de la Reina María Cristina



Vesicare[®] 5mg/10mg

solifenacina

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Vesicare[®] 5 mg comprimidos. Vesicare[®] 10 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Vesicare[®] 5 mg comprimidos recubiertos con película. Cada comprimido contiene 5 mg de succinato de solifenacina, equivalente a 3,8 mg de solifenacina. Vesicare[®] 10 mg comprimidos recubiertos con película. Cada comprimido contiene 10 mg de succinato de solifenacina, equivalente a 7,5 mg de solifenacina. Lista de excipientes, ver apartado 4.1. **3. DATOS CLÍNICOS: 3.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la incontinencia de urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y la urgencia que puede producirse en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. **3.2. Posología y forma de administración. Posología. Adultos, incluidos ancianos.** La dosis recomendada es de 5 mg de succinato de solifenacina una vez al día. En caso necesario, se puede aumentar la dosis a 10 mg de succinato de solifenacina una vez al día. *Niños y adolescentes.* No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. Por tanto, Vesicare no debe ser usado en niños. **Poblaciones especiales. Pacientes con insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con *insuficiencia renal* leve a moderada (aclaramiento de creatinina > 30 ml/min). Los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min) deben tratarse con precaución y no deben recibir más de 5 mg una vez al día. *Pacientes con insuficiencia hepática.* No es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve. Los pacientes con insuficiencia hepática moderada (Puntuación de Child-Pugh de 7 a 9) deben ser tratados con precaución y no deben recibir más de 5 mg una vez al día. *Pacientes en tratamiento con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4.* La dosis máxima de Vesicare deberá limitarse a 5 mg cuando se administre simultáneamente con ketoconazol o con dosis terapéuticas de otros potentes inhibidores del CYP3A4 por ejemplo ritonavir, nelfinavir, itraconazol (ver apartado 3.5). **Forma de administración.** Vesicare se debe tomar por vía oral y debe tragarse entero con líquidos. Puede tomarse con o sin alimentos. **3.3. Contraindicaciones.** Solifenacina está contraindicada en pacientes con retención urinaria, trastornos gastrointestinales graves (incluyendo megacolon tóxico), miastenia gravis o glaucoma de ángulo estrecho y en pacientes que presentan riesgo de estas patologías; Pacientes hipersensibles al principio activo o a cualquiera de los excipientes; Pacientes sometidos a hemodiálisis; Pacientes con insuficiencia hepática grave; Pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática moderada en tratamiento simultáneo con un inhibidor potente de CYP3A4, por ejemplo, ketoconazol (ver apartado 3.5). **3.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Antes de iniciar el tratamiento con Vesicare deben ser valoradas otras causas de micción frecuente (insuficiencia cardíaca o enfermedad renal). Si se presenta una infección del tracto urinario, se debe iniciar el tratamiento antibacteriano apropiado. Vesicare debe usarse con precaución en pacientes con: Obstrucción clínicamente significativa de la salida vesical con riesgo de retención urinaria; Trastornos obstructivos gastrointestinales; Riesgo de motilidad gastrointestinal disminuida; Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min; ver el apartado 3.2); las dosis no deben exceder de 5 mg en estos pacientes; Insuficiencia hepática moderada (puntuación de Child-Pugh de 7 a 9; ver el apartado 3.2); las dosis no deben exceder de 5 mg en estos pacientes; Uso concomitante de un inhibidor potente de la CYP3A4, por ejemplo ketoconazol (ver los apartados 3.2 y 3.5); Hernia de hiato/reflujo gastro-esofágico y/o que estén en tratamiento con fármacos (como bifosfonatos) que puedan causar o empeorar la esofagitis; Neuropatía autonómica. Todavía no se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes con hiperactividad del detrusor por causa neurológica. No se deberá administrar este medicamento a pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa. El máximo efecto de Vesicare puede alcanzarse a partir de las 4 semanas de tratamiento. **3.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Interacciones farmacológicas.** La medicación concomitante con otros medicamentos con propiedades anticolinérgicas puede dar lugar a efectos terapéuticos y efectos adversos más pronunciados. Debe dejarse un intervalo de aproximadamente una semana después de interrumpir el tratamiento con Vesicare antes de comenzar con otro tratamiento anticolinérgico. El efecto terapéutico de solifenacina puede verse reducido por la administración concomitante de agonistas de los receptores colinérgicos. La solifenacina puede reducir el efecto de los medicamentos que estimulan la motilidad del tubo digestivo, como metoclopramida y cisaprida. **Interacciones farmacocinéticas.** Estudios *in vitro* han demostrado que a concentraciones terapéuticas, solifenacina no inhibe las enzimas CYP1A1/2, 2C9, 2C19, 2D6 ó 3A4 derivadas de microsomas hepáticos humanos. Por tanto, es improbable que solifenacina altere el aclaramiento de los medicamentos metabolizados por dichas enzimas CYP. **Efecto de otros medicamentos sobre la farmacocinética de solifenacina.** Solifenacina es metabolizada por el CYP3A4. La administración simultánea de ketoconazol (200 mg/día), un potente inhibidor del CYP3A4, duplicó el AUC de solifenacina mientras que la administración de ketoconazol a dosis de 400 mg/día triplicó el AUC de solifenacina. Por tanto, la dosis máxima de Vesicare deberá limitarse a 5 mg, cuando se administre simultáneamente con ketoconazol o con dosis terapéuticas de otros potentes inhibidores del CYP3A4 (como ritonavir, nelfinavir, itraconazol) (ver apartado 3.2). El tratamiento simultáneo de solifenacina y un inhibidor potente de CYP3A4 está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática moderada. No se han estudiado los efectos de la inducción enzimática sobre la farmacocinética de la solifenacina y sus metabolitos ni el efecto de los sustratos con elevada afinidad por el CYP3A4 sobre la exposición de solifenacina. Dado que la solifenacina es metabolizada por el CYP3A4, son posibles las interacciones con otros sustratos con elevada afinidad por el CYP3A4 (Ej: verapamilo, diltiazem) e inductores del CYP3A4 (Ej: rifampicina, fenitoina, carbamazepina). **Efecto de solifenacina sobre la farmacocinética de otros medicamentos. Anticonceptivos orales.** La administración de Vesicare no mostró interacción farmacocinética de solifenacina con los anticonceptivos orales de combinación (etinilestradio/levonorgestrel). *Warfarina.* La administración de Vesicare no alteró la farmacocinética de *R-warfarina* ni de *S-warfarina* ni su efecto sobre el tiempo de protrombina. *Digoxina.* La administración de Vesicare no mostró efectos sobre la farmacocinética de digoxina. **3.6. Embarazo y lactancia. Embarazo.** No se dispone de datos clínicos sobre mujeres que se hayan quedado embarazadas en tratamiento con solifenacina. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos sobre la fertilidad, el desarrollo embrional/fetal ó el parto. Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Por tanto, debería prestarse atención en la prescripción a mujeres embarazadas. **Lactancia.** No se dispone de datos sobre la excreción de solifenacina en la leche materna. En ratones, la solifenacina y/o sus metabolitos se excretaron en la leche y dieron lugar a un insuficiente desarrollo dosis dependiente de los ratones neonatos. Por consiguiente, debe evitarse el uso de Vesicare durante la lactancia. **3.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Dado que solifenacina, al igual de otros anticolinérgicos puede provocar visión borrosa, y de forma poco frecuente, somnolencia y fatiga (ver apartado 3.8 Reacciones adversas), la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede verse afectada negativamente. **3.8. Reacciones adversas.** Debido al efecto farmacológico de solifenacina, Vesicare puede provocar efectos adversos anticolinérgicos (en general) de intensidad leve o moderada. La frecuencia de los efectos adversos anticolinérgicos está relacionada con la dosis. La reacción adversa comunicada con mayor frecuencia con Vesicare fue sequedad de boca. Se produjo en un 11% de los pacientes tratados con 5 mg una vez al día, en un 22% de los pacientes tratados con 10 mg una vez al día y en un 4% de los pacientes tratados con placebo. La intensidad de sequedad de boca fue generalmente leve y sólo ocasionalmente dio lugar a la interrupción del tratamiento. En general, el cumplimiento terapéutico fue muy elevado (aproximadamente el 99%) y aproximadamente un 90% de los pacientes tratados con Vesicare completaron todo el periodo de estudio de 12 semanas de tratamiento. A continuación se reflejan las reacciones adversas obtenidas en los ensayos clínicos con Vesicare: (Frecuentes (>1/100, <1/10), poco frecuentes (>1/1000, <1/100), raras (>1/10000, <1/1000)). Trastornos gastrointestinales frecuentes: estreñimiento, náuseas, dispepsia y dolor abdominal; poco frecuentes: enfermedades de reflujo gastroesofágico y garganta seca; raros: obstrucción colónica e impactación fecal. Infecciones e infestaciones poco frecuentes: infección de las vías urinarias y cistitis. Trastornos del sistema nervioso poco frecuentes: somnolencia y disgeusia. Trastornos oculares frecuentes: visión borrosa; poco frecuentes: ojos secos. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración poco frecuentes: cansancio y edema de las extremidades inferiores. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos poco frecuentes: sequedad nasal. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo poco frecuentes: piel seca. Trastornos renales y urinarios poco frecuentes: dificultad de micción; raros: retención urinaria. Durante el desarrollo clínico no se observaron reacciones alérgicas. Sin embargo, nunca puede excluirse la posible aparición de reacciones alérgicas. **3.9. Sobredosis.** La dosis más alta de succinato de solifenacina administrada a voluntarios fue de 100 mg en una dosis única. A esta dosis, las reacciones adversas más frecuentes fueron cefalea (leve), sequedad de boca (moderada), mareo (moderado), somnolencia (leve) y visión borrosa (moderada). No se comunicaron casos de sobredosis aguda. En caso de sobredosis con succinato de solifenacina el paciente debe ser tratado con carbón activo. Puede efectuarse lavado gástrico, pero no debe inducirse el vómito. Como ocurre con otros anticolinérgicos, los síntomas pueden tratarse de la siguiente manera: Efectos anticolinérgicos centrales graves como alucinaciones o excitación pronunciada: debe tratarse con fisostigmina o carbacol. Convulsiones o excitación pronunciada: debe tratarse con benzodiazepinas. Insuficiencia respiratoria: debe tratarse con respiración artificial. Taquicardia: debe tratarse con betabloqueantes. Retención urinaria: debe tratarse con sondaje. Midriasis: debe tratarse con un colirio de pilocarpina y/o colocando al paciente en una habitación oscura. Al igual que con otros antimuscarínicos, en caso de sobredosis, se debe prestar atención específica a pacientes con riesgo conocido de prolongación del intervalo QT (es decir, hipokalemia, bradicardia y administración concomitante de fármacos que prolongan el intervalo QT) y enfermedades cardíacas relevantes preexistentes (como, isquemia miocárdica, arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva). **4. DATOS FARMACÉUTICOS. 4.1. Lista de excipientes. Núcleo del comprimido:** Almidón de maíz, Lactosa monohidrato, Hipromelosa, Estearato de magnesio. *Cubierta pelicular:* Macrogol 8000, Talco, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Óxido férrico amarillo (E172) (Vesicare[®] 5mg), Óxido férrico rojo (E172) (Vesicare[®] 10mg). **4.2. Incompatibilidades.** No procede. **4.3. Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna especial. **5. Titular de la autorización de comercialización.** Astellas Pharma, S.A. Paseo del Club Deportivo nº 1, Bloque 14. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). España. **6. Fecha de revisión del texto.** 19 de Febrero de 2005. **7. Presentaciones y precio de venta al público:** Vesicare[®] 5 mg 30 comprimidos PVP: 48,11 Euros; PVP IVA (4%): 50,03 Euros. Vesicare[®] 10 mg 30 comprimidos PVP: 76,97 Euros; PVP IVA (4%): 80,05 Euros. Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa. Fecha de elaboración: 06/08. **VES-08ANUNCIO**

Bibliografía. 1. Chapple CR, Cardozo L, Steers WD, Govier FE. Solifenacin significantly improves all symptom of overactive bladder syndrome. Int J Clin Pract 2006;60(6):959-966.

Relájate, la urgencia está controlada ⁽¹⁾



 **astellas**
Leading Light for Life



Vesicare® 5mg / 10mg
solifenacina