

CARTAS AL EDITOR 21(1)

Montevideo, 16 de febrero de 2005

Sr. Director de la Revista Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

Por la presente solicitamos a usted se tenga en cuenta para su publicación en la sección Cartas al editor de la Revista Médica del Uruguay la siguiente comunicación. La misma se trata de una comunicación preliminar sobre los avances en la preservación ovárica de las paciente oncológicas jóvenes. A continuación transcribimos el texto de la misma.

Comunicación referente a recientes avances en nuestro país para preservar la función ovárica de pacientes jóvenes después del cáncer

Las pacientes jóvenes con cáncer, gracias a los avances terapéuticos, están alcanzando elevadas tasas de curación. Esto es más marcado en los cánceres de tipo hematooncológico, pero también en otros, como los estadios iniciales del cáncer de cuello uterino. Esto ha llevado a centrar más la atención en reducir las consecuencias del tratamiento. Dentro de ellas se destaca la supresión definitiva de la función ovárica, tanto desde el punto de vista endocrino como reproductivo. El ovario es particularmente sensible a la radioterapia y a la quimioterapia. La afectación de su función en las pacientes tratadas a veces supera 50% y depende de las dosis, el tipo de tratamiento y la edad de la paciente. En razón de esta problemática se conformó en la Clínica Ginecotocológica "C" de la Facultad de Medicina un grupo de trabajo para desarrollar diversas estrategias tendentes a preservar la función ovárica en las pacientes oncológicas jóvenes.

El primer grupo objetivo son las pacientes jóvenes portadoras de estadios iniciales de cáncer de cuello uterino, lamentablemente muy frecuentes en nuestro servicio. En ellas se realiza, siguiendo el protocolo de la clínica, una cirugía radical (histerectomía radical más linfa-adenectomía abdómino pélvica). Para preservar la función ovárica habitualmente se deja un ovario, ya que las metástasis ováricas de este tipo de tumor (epidermoide) son extremadamente raras. Sin embargo, si del estudio anatopatológico surgen metástasis en las cadenas linfáticas, está indicada la radioterapia complementaria pélvica, lo que deja dentro del campo de irradiación al ovario. Para evitarlo se realizaba hasta ahora una técnica de translocación del ovario al espacio subfrénico. Lamentablemente esta técnica, según informes recientes, es difícil (pediculización hasta el espacio subfrénico), generalmente infructuosa (trombosis e irradiación del pedículo) y agrega complicaciones (quistes difíciles de resolver). La solución planteada es la transposición de la corteza ovárica (que alberga el capital folicular capaz de mantener la secreción endocrina) a un sitio alejado del abdomen y la pelvis.

El autotrasplante heterotópico ya se ha realizado en nuestro país para la glándula paratiroides. Si comparamos estas glándulas, ambas tienen capacidad de neovascularizarse, pero la secreción de PTH puede ser mantenida con un escaso capital celular, teniendo el tejido paratiroides una gran capacidad de hiperplasiarse. En el caso del ovario se trata de un órgano complejo, con un estroma encargado de la secreción androgénica y folículos encargados de la secreción estrogénica y progestacional. Se requiere una masa crítica de conservación folicular para su funcionamiento, ya que esta no es capaz de hiperplasiarse. Como contrapartida, el ovario tiene un importante poder neoangiogénico, sólo comparable a algunos tumores.

Luego de analizar las contadas experiencias en el mundo al respecto, el equipo decidió, frente a una paciente de 30 años con un cáncer de cuello estadio 1, proponerle realizar un autotrasplante heterotópico de corteza ovárica a un bolsillo subcutáneo bicipital del brazo, procedimiento que finalmente se realizó en el mes de noviembre de 2004. La corteza autotrasplantada ha mostrado rápidos signos de recuperación endocrina y neovascularización, estando este caso a punto de ser entregado para su publicación en vuestra revista. Los folículos primordiales son muy resistentes a la isquemia, pero el período de latencia entre el implante y la neovascularización es crítico y allí se pierde un capital de 50% de ellos. Sin duda, un seguimiento a más largo plazo será necesario para evaluar los resultados. En una segunda paciente de 36 años con idéntica patología y evolución se realizó un mes después.

El segundo grupo de pacientes, y seguramente más importante desde un punto de vista de salud pública dada su mayor frecuencia, son las pacientes portadoras de un cáncer hemato-oncológico u otro tipo de tumores, como algunos sarcomas. Afortunadamente, en estos casos las tasas de curación son muy altas, pero frecuentemente queda una falla ovárica secundaria a la quimioterapia, con la consiguiente afectación endocrina y reproductiva. Una posibilidad para preservar la función ovárica es extraer la corteza ovárica, criopreservarla y esperar la curación de la paciente para reimplantarla. Este procedimiento se está haciendo en algunos centros del mundo y en algunos casos se han logrado embarazos espontáneos. En nuestro país, nuestro grupo optimizó, en conjunto con el Banco de Órganos y Tejidos, esta técnica y acaba de realizarse el procedimiento en una paciente de 33 años portadora de un linfoma no hodkiniano. En la misma se extrajo la corteza ovárica de uno de los ovarios criopreservándola en el Banco de Órganos y Tejidos. El procedimiento se realizó con éxito y la paciente está actualmente en tratamiento oncológico.

Ambos procedimientos frecuentemente aseguran el mantenimiento de la función endocrina del ovario para pacientes jóvenes que se han curado de una enfermedad oncológica. Algo más difícil es preservar la función reproductiva, en el caso del cáncer de cuello uterino podemos conservar el capital folicular pero la paciente no tiene útero, necesitaría un útero subrogante. Por otra parte, las condiciones subcutáneas del implante, diferentes a las intrapélvicas, hacen más difícil aunque no imposible la maduración folicular. En el caso de los criopreservados, este tejido se mantiene en estas condiciones con muy buena tasa de preservación folicular, se reimplantan en la cavidad pélvica cerca de las trompas (ya que se ha preservado el útero), por lo que las chances de preservar la fertilidad, además de la función endocrina, son mayores. Uno de los peligros al momento del implante es reintroducir tejido tumoral, por lo que muestras de este tejido han sido estudiadas mediante histoquímica con resultados negativos. Actualmente se está discutiendo la posibilidad de instrumentar estos procedimientos a forma de programa a fin de que esté disponible para ser considerado por las pacientes y sus familias.

Agradecemos poner en conocimiento del cuerpo médico estos avances y prometemos una comunicación detallada de estos casos a vuestra revista.

Prof. Adj. Dr. Francisco Cóppola