

CAPÍTULO 17

Preservación de la fertilidad

En mujeres en edad fértil, circunstancia a la que lamentablemente esta enfermedad nos obliga a enfrentarnos con frecuencia, es necesario considerar estrategias de preservación de la fertilidad. A diferencia de otros tumores, en que se administran drogas tóxicas para las células germinales ováricas, en el cáncer de recto esto no sucede, por lo que la transposición ovárica aparece como una opción o un complemento a la criopreservación, ya que si se pudieran quitar los ovarios de la pelvis a través de la cirugía, se podría preservar la fertilidad. De esta forma, mediante una técnica quirúrgica simple y factible por vía laparoscópica antes del inicio de la RT neoadyuvante, es posible protegerlos de la radioterapia. Es sabido que la criopreservación es un método no siempre disponible, ni accesible. Pero aún en los casos en que sí lo sea, la complementación de ambos métodos abre el abanico para la gran cantidad de pacientes jóvenes que sufren de este tipo de tumores a una edad en la que la fertilidad es una preocupación.¹⁴⁴ Mucho más, con la mejora en el pronóstico que se ha conseguido en años recientes.

La preservación de la función ovárica por transposición laparoscópica antes de la irradiación pélvica, ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz para los pacientes con enfermedad de Hodgkin, así como en el tratamiento de una variedad de tumores malignos ginecológicos.¹⁵⁴ Históricamente, la exploración quirúrgica del abdomen o la pelvis como parte de los procedimientos de resección ha permitido el acceso a los ovarios para la transposición. Como las técnicas laparoscópicas han mejorado, la consideración de transposición ovárica en otros entornos clínicos se hizo más atractiva. En muchos tumores de recto con lesiones fijas, el tratamiento puede requerir una resección abdominoperineal y por otro lado, el tratamiento neoadyuvante combinado daría como resultado la ablación ovárica. La transposición ovárica bilateral laparoscópica antes de la radioterapia en estas pacientes permite la preservación de la función ovárica. El abordaje laparoscópico facilita el inicio de la RT a los pocos días del procedimiento.

Se han descrito diferentes técnicas de transposición ovárica mediante un abordaje laparoscópico y estas varían según la forma del campo de radiación, su tamaño y ubicación. Tinga et al. han descrito la transposición de los ovarios en una posición fija detrás del útero en la línea media, así como una transposición superior al nivel de

la cresta ilíaca. Estos autores sostienen que la desventaja de la pexia de la línea media es un mayor nivel de dispersión de radiación interna, ya que la zona está rodeada del campo radiación.²²³ Morice et al. publicaron una serie de 24 pacientes que se sometieron a una transposición ovárica en las goteras paracólicas, antes de radiación para tumores malignos ginecológicos y concluyeron que este procedimiento es un método seguro y eficaz de preservar la función ovárica.¹⁵⁴ La marcación de los ovarios mediante la colocación de clips quirúrgicos es un complemento útil para facilitar la planificación del tratamiento y así ayudar a asegurar que la dosis de radiación se mantiene a un nivel mínimo.

En la era de la tecnología reproductiva, se pueden también estimular los ovarios para producir numerosos huevos, que más tarde se pueden recuperar bajo guía ecográfica desde el sitio de reubicación en las goteras de paracólicas. Estos huevos pueden ser fertilizados con el espermatozoides y el embrión, reimplantado en el útero. Debe advertirse a la paciente, sin embargo, que su útero podría no quedar apto para la gestación por el mismo efecto de la RT. En este caso, la única opción sería la de tener que recurrir a un útero subrogante.

La medida de resultado usada luego de la transposición ovárica tras radioterapia es la función ovárica. A menudo se mide por análisis cuantitativo de las hormonas estimulantes de los ovarios (FSH), así como los resultados de la fertilidad.⁴³ Se ha reportado una tasa de éxito cercana al 90 % en preservar la función hormonal.²

Incluso son posibles embarazos espontáneos si se conserva la función tubárica como parte de la ooforopexia. Morice et al. reportaron 37 casos consecutivos de transposición ovárica. En estos casos, ocurrieron espontáneamente 16 embarazos, 12 de los cuales no tenían los ovarios reposicionados.¹⁵⁴

Treissman et al. informaron sobre una paciente en quien la transposición ovárica laparoscópica se realizó antes del tratamiento definitivo para un carcinoma anal.²²⁴ Tulandi et al. informaron que la menstruación normal regresó después de la irradiación en una mujer de 34 años de edad, que se sometió a una transposición ovárica laparoscópica antes de RT para el tratamiento de un carcinoma rectal.²²⁶ Aunque inicialmente habían indicado fallo ovárico, síntomas posmenopáusicas y elevación de las gonadotropinas séricas, la menstruación normal reanudó y se

correlacionó con niveles normales de FSH ocho meses después del tratamiento. Un informe posterior por Tulandi había documentado un embarazo exitoso espontáneo en esta mujer. El beneficio de la transposición ovárica es también la prevención o retraso de la menopausia prematura, no solo la preservación de la fertilidad.⁵³

De hecho, con dosis en el rango de 8500 cGy el daño resultante de endometrio esencialmente impide el embarazo exitoso, espontáneamente o con la técnica in vitro. Sin embargo, estas no son dosis habituales en el tratamiento del cáncer de recto.

En nuestra experiencia recurrimos a esta técnica en 4 pacientes, habiendo logrado que continuaran con su función hormonal y recuperaran su ciclo menstrual con normalidad.

La transposición ovárica debe ser siempre considerada en el EID ante la decisión de tratar con RT a una mujer en edad fértil con deseos de maternidad.