

¿Deben conservarse los ovarios sanos durante las histerectomías por procesos benignos del útero después de la menopausia?

Dr. Otto Rodríguez Armas

Miembro del Consejo Consultivo de la SOGV

Este es un tema que se ha debatido mucho a través del tiempo sin haberse llegado todavía a una conclusión. La ooforectomía bilateral profiláctica (OBP) se ha recomendado con frecuencia durante las histerectomías por procesos benignos del útero. La edad óptima para hacerlo y prevenir cánceres del ovario y de la mama no ha sido determinada aún. Hay ginecólogos, cirujanos y oncólogos que en forma sistemática los extraen después de la menopausia. Su argumento es doble: la posible, aunque remota, transformación maligna de los ovarios (0,3 %), en la cual no existe la prevención y la de la mama así como el hecho de haber llegado al final de la producción hormonal con la menopausia haciendo inútiles a estas gónadas.

En EE.UU se presentan alrededor de 25 mil casos nuevos de cáncer de ovario cada año, la mayor parte en estadios II y III, ocasionando 12 500 muertes femeninas por esta causa.

Aquellos cirujanos que conservan los ovarios aducen todo lo contrario: la baja incidencia del cáncer de dicha gonada, la posible producción hormonal por varios años más (sobre todo andrógenos) y el aumento de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y enfermedades mentales incluyendo la enfermedad de Alzheimer.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta también los deseos de la paciente de conservar o no sus ovarios ya que asocian su pérdida al temor de alterar su feminidad y a disminuir o afectar severamente la libido.

Parker y col. (1) usando el análisis de Markov emplearon cuatro estrategias para lograr encontrar la edad adecuada para remover los ovarios, la cual según ellos, debe ser alrededor de los 65 años. De acuerdo con ese estudio en las OBP practicadas antes de los 55 años habría un 8,58 % de mortalidad más

temprana para los 80 años; hasta los 59 habría un 3,92 % de aumento de mortalidad pero después de allí va decreciendo hasta llegar a los 75 años.

Vitonis y col. (2) del Hospital *Brigham and Women's* de Boston desarrollaron un puntaje o *score* que pudiera servir de guía a un cirujano a efectuar una OBP. Los factores de riesgo encontrados por estos autores fueron: ser o tener ascendencia judía, uso menor de un año de anticonceptivos orales, nuliparidad, no haber lactado, no haber sido esterilizada, no haber padecido de endometriosis, ni de ovarios poliquísticos, ni ser o haber sido obesas, ni de haber usado talco en la zona vulvoperineal.

En las mujeres con 40 años o más que tenían 0 a 1 punto en el puntaje el riesgo de tener cáncer de ovario fue de 1,29 % mientras que las que tenían 5 puntos o más el riesgo era 6,6 %. Las conclusiones del trabajo sobre 25 448 mujeres postmenopáusicas en edades comprendidas entre 50 y 79 años en el estudio *Women's Health Initiative Observational Group* (3) fueron que la OBP disminuyó el cáncer de ovario, aunque este fuera infrecuente, pero que no había efecto adverso sobre la salud cardiovascular, fractura de cadera y mortalidad en general, haya habido o no remoción de los ovarios.

Estos trabajos no mencionan ni contemplan algunos factores muy importantes en la prevención de los cánceres del ovario y mama, lesiones muy relacionadas entre sí. La presencia de los genes mutantes BRACA 1 y 2 y el P53, así como una historia familiar que presente elevada incidencia de esas lesiones malignas (algunos añaden el cáncer de colon en el síndrome de Lynch) pueden influir en el cirujano para realizar una OBP en la postmenopausia y algunas veces después de los 45 años. Determinarlos contribuiría mucho a dilucidar esta interrogante: ante

cualquier paciente con esos genes mutantes o una historia familiar importante de esas lesiones malignas se debe practicar una OBP en todas las histerectomías por procesos benignos del útero aun con ovarios aparentemente sanos. Afortunadamente en Venezuela hoy contamos con la posibilidad de determinar esos genes mutantes en un laboratorio privado en Caracas.

Un segundo aspecto, altamente interesante en relación al mismo tema, es el papel que puedan tener las fimbrias y el endosálpinx en la génesis de los cánceres serosos epiteliales del ovario y el peritoneo particularmente en las mujeres que alberguen los genes mutantes BRCA 1 y 2. Se piensa que la fimbria es la fuente de la mitad de esos cánceres a partir de lesiones intraepiteliales de la mucosa tubárica (carcinoma intraepitelial tubárico o CIT) ya que se han encontrado entre 48 % y 71 % de esos cánceres con el CIT. De allí que hoy se comienza a recomendar la salpingectomía bilateral profiláctica en las histerectomías por procesos benignos del útero aun a expensas de la disminución del riego sanguíneo del ovario por el arco de Waldeyer (4,5).

De igual forma, en aquellos casos de esterilización se prefiere practicar la salpingectomía o la fimbriectomía en lugar de ligadura y sección de las trompas, por supuesto en mujeres que presenten los genes mutantes BRACA 1 y 2.

REFERENCIAS

1. Parker WH, Broder MS, Liu Z, Shoupe D, Farquhar C, Berek JS. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2005;106(2):219-26.
2. Vitonis AF, Titus-Ernstoff L, Cramer DW. Assessing ovarian cancer risk when considering elective oophorectomy at the time of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1042-50.
3. Jacoby VL, Grady D, Wactawski-Wende J, Manson JE, Allison MA, Kuppermann M, et al. Oophorectomy vs ovarian conservation with hysterectomy: cardiovascular disease, hip fracture and cancer in the Women's Health Initiative Observational study. *Arch Intern Med* 2011;171 (8):760-68.
4. Novetsky AP, Boyd LR, Curtin JP. Trends in bilateral oophorectomy at the time of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2011;118(6):1250-56.
5. Dietl J, Wischhusen J, Häusler SF. The post-reproductive Fallopian tube: better removed ? *Hum Reprod.* 2011;26(11):2918-24.

Vacunación durante el embarazo y el puerperio*

Drs. Judith Toro Merlo, Rogelio Pérez D'Gregorio, Freddy González Arias

La administración de cualquier agente químico, físico o biológico durante la gestación puede tener efectos no deseados sobre la evolución normal del embarazo y sobre el producto de la concepción. A esto no escapan las vacunas por lo que es necesario aclarar las falsas concepciones que generan angustia tanto en los médicos como en la población.

Partimos de la premisa de que todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas contra aquellas enfermedades que pueden suponer un riesgo en el embarazo así como también otras enfermedades que pueden poner en peligro su vida y que pueden ser prevenidas mediante una inmunización. La decisión de vacunar a una embarazada se debe considerar con base en:

- El riesgo para la madre de la infección que se quiere prevenir.
- El riesgo para el feto y posteriormente en su vida extrauterina, de la infección que contrae la madre

durante el embarazo.

- Los posibles riesgos y efectos secundarios de la vacuna tanto para la madre como para el feto.

Por tanto, siempre debe tenerse presente que el beneficio de la vacunación durante la gestación, debe ser superior a los posibles efectos secundarios maternos o perinatales.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) señala que "el riesgo que representa para un feto en desarrollo y crecimiento la vacunación de la madre durante el embarazo es básicamente teórico" y esto se fundamenta en la limitación que existe para realizar estudios en humanos en cuanto a este tema.

Continúa en página 176

Toro Merlo J, Fernández Bravo M, editoras. Consenso Venezolano de Vacunación en la Mujer. 2012. Caracas: Editorial Ateproca; 2012.p.57-68.