

INSUFICIENCIA OVÁRICA PRECOZ POST TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN LA INFANCIA

INTRODUCCIÓN

- ✓ La tasa de curación global del Linfoma de Hodking en la infancia es de aproximadamente 90%, lo que determina que los pacientes llegarán a la pubertad y vida adulta con posibles secuelas endocrino-reproductivas.
- ✓ La gonadotoxicidad por quimio o radioterapia puede acelerar la caída del capital folicular y determinar una insuficiencia ovárica precoz (IOP).
- ✓ En la actualidad contamos con técnicas para mejorar y proteger el pronóstico reproductivo y endocrinológico de sobrevivientes.

CASOS CLÍNICO

- Adolescente femenina de 15 años.
- Diagnóstico de Linfoma de Hodking a los 8 años, tratada con:
 - Radioterapia en campos supradiaphragmático, lumboaórtico y pélvico, llegando a dosis de 2560cGy.
 - Quimioterapia concomitante con protocolo BEACOP modificado, 6 ciclos (Bleomicina, etopósido, adriamicina, ciclofosfamida, mesna, vincristina, izofran)
- DM tipo 1 tratada con insulina, con mal control metabólico.
- AGO: no menarca. No inicio de relaciones sexuales.
- Al examen físico se destaca:
 - Talla: 161 cm / Peso: 65,2 kg / IMC: 24 kg/m²
 - Mamas Tanner II. No adrenergia. (Figura 1).
 - Genitales femeninos Tanner II, labios menores hipoplásicos.
- Perfil hormonal: FSH 55mUI/ml, LH 20,69mUI/ml Estradiol 10pg/ml, AMH <0,02ng/ml.
- Cariotipo: 46 XX
- Ecografía ginecológica: en topografía uterina imagen de 37x4mm que podría corresponder a rudimento uterino. En fosas ováricas imágenes de 18x10mm y 21x12mm que podrían corresponder a ovarios.
- RNM: Útero y vagina hipoplásicos, tamaño uterino: 2,5x1 cm. Relación cuerpo/cervix: 1. No se identifican ovarios, en su topografía se visualizan 2 imágenes bien delimitadas y de morfología alargada, la mayor de 20mmx4 mm, que podrían corresponder a ovarios sin imágenes foliculares en su interior. (Figura 2).

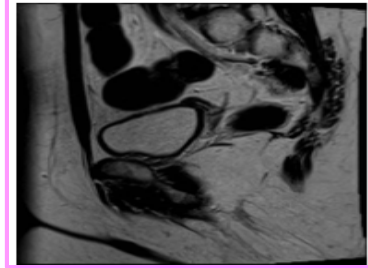


Figura 2. RMN pelvis. Útero y vagina hipoplásicos

DISCUSIÓN

- ✓ La IOP se define como pérdida de la función ovárica antes de los 40 años de edad.
- ✓ Se caracteriza por hipogonadismo hipergonadotrófico y amenorrea u oligomenorrea.
- ✓ Su confirmación es bioquímica con niveles de FSH de 25 mUI/ml en dos ocasiones separadas 4 semanas.
- ✓ La etiología es multifactorial, pudiendo deberse a causas iatrogénicas, genéticas, metabólicas, autoinmunes y ambientales; siendo de origen idiopático en el 80% de los casos.
- ✓ La prevalencia es entre un 1-3%. Cuando el inicio se da a edades tempranas, se puede presentar como pubertad retrasada o pubertad detenida. Pueden ser indicadores, la ausencia de desarrollo mamario o de la menarca. En estos casos se debe hacer diagnóstico diferencial con otras causas de amenorrea primaria o pubertad retrasada.
- ✓ La paciente se presenta con pubertad retrasada y FSH 55mUI/ml por lo que hacemos diagnóstico de IOP, secundario al tratamiento en su niñez. Los agentes alquilantes son gonadotóxicos y su efecto es acumulativo, dentro de los más agresivos se encuentra la ciclofosfamida en dosis de 7,5g/m² administrada a nuestra paciente.
- ✓ Los ovarios son también muy sensibles a la radioterapia, la dosis necesaria para destruir 50% de los ovocitos es menor a 2 Gy y se calcula que una dosis esterilizante para 97,5% de las pacientes es de 20 Gy a los 10 años.
- ✓ *Nuestro planteo terapéutico incluye seguimiento por equipo multidisciplinario, inducción de la pubertad con terapia estrogénica de aumento de dosis progresiva en 1 o 2 años y luego agregar gestágenos por 12 a 14 días mensuales. Mantener un buen control metabólico con plan alimentario, actividad física y ajuste insulínico.*

CONCLUSIONES

El control y seguimiento con equipo multidisciplinario es fundamental. El diagnóstico y tratamiento oportuno de la IOP disminuye el riesgo de baja masa ósea y enfermedades cardiovasculares. La información y asesoramiento en cuanto al impacto gonadotóxico del tratamiento y las posibles estrategias de preservación de fertilidad debe brindarse desde el momento del diagnóstico a los pacientes y/o familiares. La criopreservación de tejido ovárico es el único tratamiento de preservación de fertilidad planteable en niñas prepuberales.

Referencias bibliográficas:

- Pérez H, Cópola F, Martínez J, Afonso Y, Dominguez A, et al. Criopreservación de corteza ovárica en pacientes jóvenes con cáncer e indicación de tratamiento gonadotóxico. Rev Med Urug. 30 de junio de 2007. 23(2):99-108.
- Dolmans M, Donnez J. Fertility preservation in women for medical and social reasons: Oocytes vs ovarian tissue. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Enero 2021[citado 26 de febrero de 2021]; 70:63-80.



Figura 1. Desarrollo Tanner II