



CARTA AL EDITOR

Trasplante uterino. Usted es mi médico de familia y necesito su opinión

Uterine Transplant. You are my Family Doctor and I Need your Opinion

Sr. Editor,

Hasta hace unos años, el trasplante de órganos sólidos se limitaba a estructuras vitales como el riñón, el hígado, el corazón, el páncreas, los pulmones o el intestino. En las dos últimas décadas se ha añadido el trasplante de otros órganos que pueden considerarse como «no vitales» como es el caso del trasplante de útero con la finalidad exclusiva de conseguir una gestación y un recién nacido sano en madres con malformación congénita a ese nivel, histerectomía o disfunción uterina total, entre otras.

El trasplante uterino, al ser no vital, puede plantear problemas legales y éticos añadidos y el médico de familia no debe ser ajeno a las discusiones que han surgido en el seno de la comunidad científica, ya que nos pueden consultar por este motivo como referentes de la salud integral de nuestros pacientes^{1,2}.

El primer trasplante uterino tuvo lugar en el año 2000, con el trasplante de un útero de cadáver sin éxito, y ya en 2014 se consiguió el nacimiento de un bebé. En España, el Hospital Clínico de Barcelona ha sido el primer centro en llevar a cabo un trasplante de útero en nuestro país, en octubre de 2020, con dos hermanas como donante y receptora, y posteriormente se ha estado realizando en otros hospitales. El primer trasplante se realizó con el aval de la Organización Catalana de Trasplantes (AOT), pero sin el aval del Comité de Ética de la Organización Nacional de Trasplantes, ni de la Comisión de Trasplantes del consejo Interterritorial, que consideraban que los riesgos, sobre todo para la donante, eran superiores a los beneficios de obtener una gestación. Se trataba de un órgano no vital y que era preferible realizarlo con un útero de cadáver. Esta opinión coincidía con la expresada en el Comité de Bioética de la UNESCO en el año 2019. Por el contrario, la opinión de los líderes clínicos del trasplante era que la donación de donante viva era de mejor calidad, se podía programar la intervención y realizar las pruebas de compatibilidad y adecuación en mejores condiciones y disminuir el tiempo de isquemia del útero



extraído. Por tanto, obtener el mejor resultado, afirmaban, podía justificar el procedimiento.

Otras alternativas, como la maternidad subrogada o la adopción, pueden suponer menos riesgos, pero también tienen otros inconvenientes a nivel ético y emocional, lo que aumenta las discusiones éticas en este sentido.

Volviendo al trasplante de útero, si analizamos los riesgos para la receptora, esta debe recibir un tratamiento hormonal, una fertilización *in vitro*, una gestación con tratamiento inmunosupresor³, una cesárea y una histerectomía posterior. Se trata de un trasplante temporal, efímero, para evitar mantener un tratamiento inmunosupresor de por vida; todas estas intervenciones tienen riesgos, aunque se consideren riesgos asumibles. También la donante puede sufrir complicaciones postquirúrgicas tras la extracción. Además, el feto que se engendre, debe recibir durante toda la gestación un tratamiento inmunosupresor, igual que ocurre con las gestaciones de mujeres con inmunosupresión, que actualmente se consideran seguras.

A raíz de las anteriores controversias expuestas, nos podemos plantear: ¿el deseo de maternidad es suficiente para justificar los riesgos de las participantes, incluido el feto?, ¿es suficiente con un consentimiento informado asumiendo los posibles riesgos tanto en la donante como en la receptora?, ¿es aceptable someter a dos mujeres a los riesgos mencionados, a la receptora para mejorar su calidad de vida y la satisfacción de sus deseos de maternidad, y especialmente a la donante, por responder a la voluntad de otra mujer de ser madre?

Como se puede entrever, hay posiciones controvertidas a la hora de responder a esta pregunta^{4,5}: desde los que creen que no está justificado, piensan que la maternidad está sobrevalorada en nuestra sociedad y que no se tienen suficientemente en cuenta los riesgos. En el otro extremo están los que piensan que, si se van reduciendo los riesgos para todos los implicados con los avances de la medicina (cirugía robotizada, nuevos inmunosupresores...), se podría llegar a considerar el trasplante de útero como una alternativa válida para la infertilidad femenina, siempre y cuando estuviese indicado e insistiendo en el consentimiento informado.

A modo de conclusiones, y como médicos de familia, se podría afirmar que el trasplante uterino con fines reproductivos es una opción válida actualmente, ajustada a derecho, y con unos «condicionantes» éticos que deben sopesar de forma personalísima e individualizada donante y receptora,

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102920>

0212-6567/© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

siempre con la máxima información disponible y prestando su consentimiento informado por escrito.

Bibliografía

1. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (BOE núm. 126, de 27 de Mayo de 2006) [consultado 14 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>
2. Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos (BOE núm. 163, de 5 de julio de 2014) [consultado 14 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-7065>
3. Martin F, Tullius SG. Immunosuppression after uterus transplantation. *Curr Opin Organ Transplant.* 2021;26:627–33.
4. Valle Robles M. Surrogacy, uterus transplantation and artificial uterus: approaches from the biolaw. *Cuad Bioet.* 2021;32:213–23.
5. Benallel M, Bianchi-Demicheli F, Dubuisson J. Uterine transplantation, ethical and social aspects. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2023;51:420–4.

Mariano Leal Hernández^{a,*}, Laura Cánovas López^b,
Alberto Rafael Guijarro Campillo^b y Eloy Cánovas Baños^c

^a *Medicina de Familia, Consultorio de Javalí Nuevo, IMIB Pascual Parrilla, Murcia, España*

^b *Servicio de Ginecología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

^c *Derecho Contencioso Administrativo y Social, CESM Región de Murcia, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
(M. Leal Hernández).