

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICAS

SEF Campus. Valencia 13 de Febrero del 2009

La incidencia de cáncer se ha incrementado en los últimos años (incremento anual del 1,5%).

La supervivencia post tratamiento quirúrgico/oncológico es aproximadamente del 80%.

Se estima que hay al año unos 7300 individuos supervivientes de cáncer de menos de 40 años. Como consecuencia del tratamiento oncológico recibido, la mujer puede presentar alteraciones menstruales en mayor o menor grado y el varón alteraciones en la cantidad y/o calidad de los espermatozoides. Estas alteraciones pueden ser transitorias o permanentes, pudiendo dar lugar a un fallo ovárico prematuro (FOP) en la mujer o a una oligoasteno/azoospermia en el varón.

Hay que informar a los pacientes o a los padres (en caso de los niños) de los efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos oncológicos y de las posibles opciones de preservación de la fertilidad.

Hay que intentar objetivar los posibles riesgos de desarrollar FOP/azoospermia con los tratamientos oncológicos, éstos dependerán de:

- edad
- quimioterapia: tipo, dosis y duración del tratamiento
- radioterapia: campo, dosis y duración de irradiación.

Se deberían intentar tratamientos que a igual eficacia fueran lo menos gonadotóxicos posibles.

Es importante la concienciación de los oncólogos, así como la coordinación entre oncólogos/pediatras y especialistas en reproducción, estableciendo unos circuitos muy bien definidos que minimicen al máximo la fertilidad futura de estos pacientes.

Deben ser remitidos a un centro especialista para recibir la información adecuada de las posibles opciones de preservación de la fertilidad así como de las posibilidades de éxito en el futuro.

La estrategia debe individualizarse en cada caso en función de:

- Edad del paciente
- Tipo y estadio del cáncer

- Plan terapéutico a seguir (tipo, dosis, duración etc.)
- Efectos previsibles a largo plazo
- Posibilidad o no de retrasar el inicio del tratamiento
- Si tiene o no pareja
- Potencial de metástasis en ovario (Biología del tumor)

Opciones de preservación de la fertilidad

Existen diversos algoritmos de actuación para la preservación de la fertilidad, pero la estrategia debe ser individualizada según las características de cada caso. Puesto que algunas de ellas son experimentales, se podría considerar realizar diversas opciones al mismo tiempo.

En la mujer

- Si es posible la estimulación ovárica:
 - La criopreservación de embriones es el método con más posibilidades de éxito (sólo posible si hay pareja o aceptan semen de banco).
 - La criopreservación de ovocitos parece que tenga futuro alentador gracias a la vitrificación.
- Si no es posible la estimulación ovárica, existen diferentes técnicas, hoy en día en fase de experimentación:
 - La criopreservación de tejido ovárico y posterior autotransplante heterotópico /ortotópico/isotópico (pocos embarazos) o posibilidad de maduración in vitro de.
Atención en el riesgo de reinserción de células neoplásicas.
 - La punción de folículos antrales y vitrificación de ovocitos madurados in vitro.
- Análogos de la GnRH parece que puedan proteger del FOP, sin embargo los resultados publicados hasta el momento no son concluyentes.
- En casos de radioterapia abdominal: Transposición ovárica.
- Cirugía ginecológica conservadora siempre que sea posible.

En el varón

- En adultos: La criopreservación espermatozoides/tejido testicular para posterior utilización en FIV/ICSI son los métodos con mayores garantías de éxito.
- En niños: La criopreservación tejido testicular y posterior autotransplante y/o MIV, son hoy en día técnicas experimentales.
- La protección gonadal con análogos de la GnRH, no ha demostrado ser efectiva.

Estimulación ovárica para congelación embriones/ovocitos:

- Los datos actuales no parece que en determinados cánceres, los tratamientos de estimulación ovárica aumenten el riesgo de recurrencia.
- Siempre que el oncólogo lo considere posible y que se pueda retrasar el inicio del tratamiento oncológico entre 15-20 días.
- El tratamiento debe iniciarse lo más precoz posible. En el caso de no estar en fase folicular, se puede administrar antagonistas e iniciar la estimulación una vez conseguido unos niveles de estradiol inferiores a 50pg/ml (sin necesidad de que haya menstruado).
- Utilizar protocolo con estimulación suave que comporten unos niveles de estradiol lo más bajos posibles:
 - Administración de Letrozole, 5mg. durante 5 días. Se puede alargar su administración hasta conseguir unos niveles bajos de estradiol. Se puede administrar durante toda la fase de estimulación.
 - Gonadotropinas (dosis de 150 UI FSH). Se inicia al día siguiente de Letrozole
 - Antagonistas cuando el folículo ≥ 14 mm. de diámetro
 - Descarga ovulatoria con agonistas de la GnRH
 - Post punción: administrar letrozole o antagonistas.

Reflexión final y acciones por parte de la SEF

El éxito de participación y el contenido de este Campus de formación continuada de la SEF nos lleva a una reflexión clara: La importancia de ofrecer medidas de preservación de la fertilidad en pacientes con patologías que puedan afectar la función gonadal. Los cambios y avances en la medicina reproductiva por un lado, y la expectativa de curación de los pacientes oncológicos, nos obligan a potenciar el enfoque multidisciplinar del problema. Por ello la Sociedad Española de Fertilidad, propone la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de preservación de la fertilidad. Este grupo estaría formado por diferentes miembros de los grupos de Interés de la SEF, expertos independientes y miembros de diferentes sociedades científicas relacionadas con la reproducción y la oncología.