

EDITORIAL

¿Debemos incorporar la preservación de la fertilidad en el protocolo diagnóstico-terapéutico del cáncer?



Should we incorporate fertility preservation into the diagnostic-therapeutic protocol for cancer?

La fertilidad es una función limitada en el tiempo. En la mujer el máximo se alcanza entre los 25 y 30 años. A partir de ahí va decayendo paulatinamente hasta producirse un descenso importante a partir de los 35 años, y muy importante después de los 40.

Debido a los cambios socioculturales, económicos y de desarrollo personal o profesional la maternidad se viene postergando en los países occidentales, y en concreto en España, que ocupa el segundo lugar entre los más añosos del mundo después de Japón. Este hecho ha invertido la pirámide poblacional con importantes repercusiones demográficas y presupuestarias en relación con el mantenimiento del estado de bienestar social.

Un porcentaje importante (el 15%) de las mujeres son diagnosticadas de cáncer por debajo de los 40 años¹, muchas veces antes de que ni siquiera hubiesen pensado en su fertilidad, asumiendo que esa sería una cuestión a abordar en algún punto del futuro.

Como señalan Baulies et al. en su acertado artículo de este mismo número de la REVISTA DE SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA², gracias a los actuales tratamientos la curación de algunos tumores se ha incrementado de forma espectacular, lo que conlleva un aumento de la esperanza de vida y el planteamiento de situaciones nuevas, nunca antes imaginadas. La realidad de muchos de los tratamientos oncológicos es que producen efectos secundarios permanentes, entre los que se encuentra el fallo ovárico precoz y con ello el cese de la función reproductiva, que influyen negativamente en la calidad de vida y autoestima de las supervivientes.

La preocupación de los equipos oncológicos ante un diagnóstico de cáncer se centra en el tratamiento del proceso y menos en los efectos secundarios. Una encuesta realizada entre oncólogos señala cómo hasta un 45% de los facultativos nunca piensan en la preservación de la fertilidad ante un diagnóstico de cáncer³.

Podemos entender como preservación de la fertilidad todos aquellos gestos y acciones encaminadas a proteger esta función de los efectos de la terapia antineoplásica en cualquiera de sus modalidades. Se incluyen aquí la preservación de tejido ovárico y testicular en caso de niñas y niños que vayan a someterse a tratamientos intensos de quimioterapia y/o radioterapia, la congelación de semen en jóvenes varones, los tratamientos quirúrgicos conservadores de algunos procesos ginecológicos incipientes como el cáncer de cérvix en estadio IA sin invasión linfovascular, de los tumores borderline de ovario o de los invasivos en estadio IA; también el tratamiento con gestágenos en tumores endometriales focales y bien diferenciados y por supuesto la preservación mediante criopreservación de ovocitos en mujeres con procesos oncológicos diversos.

La criopreservación de tejido ovárico, hasta no hace mucho tiempo un procedimiento de investigación exclusiva, está ya autorizada como método de preservación de fertilidad en niñas, o cuando no es posible esperar a realizar un ciclo de estimulación ovárica para recuperación de ovocitos⁴. Se debe congelar corteza ovárica que contiene folículos primordiales más resistentes a los procedimientos de congelación y descongelación. La corteza ovárica se obtiene por laparoscopia y los resultados mejoran cuando los fragmentos son mayores, habida cuenta de que hasta 2/3 de la dotación folicular del tejido trasplantado puede perderse. Después de la congelación, llegado el momento, se procede a la descongelación y al trasplante ortotópico o heterotópico, para una vez implantado proceder a su estimulación.

La estimulación ovárica necesaria para la obtención de ovocitos ha suscitado dudas, especialmente en casos de cáncer de mama por el temor de que elevados niveles séricos de estradiol pudiesen impactar negativamente, sobre todo en tumores con positividad para receptores hormonales. También ha habido resistencia por el hecho de que el tiempo

necesario para la estimulación ovárica pudiese retrasar el inicio de la quimioterapia. Desde los trabajos del grupo de Oktay^{5,6}, la estimulación ovárica con letrozol, gonadotropinas y antagonistas de la GnRH puede iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual y obtener un número adecuado de ovocitos con niveles de estradiol, incluso inferiores a los del ciclo natural.

En el momento actual, debemos entender la preservación de la fertilidad como un ítem de obligado cumplimiento, que debe incluirse en el protocolo de estudio de una paciente joven que es diagnosticada de cáncer. Esta circunstancia permitirá acelerar los procedimientos encaminados a la conservación de la fertilidad sin retrasar el tratamiento efectivo del proceso oncológico.

Bibliografía

1. Hayat MJ, Howlader N, Reichman ME, Edwards BK. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. *Oncologist*. 2007;12:20–37.
2. Baulies S, Devesa M, García M, Fargas F, Ara C, Fábregas R. Preservación de la fertilidad: revisión y análisis de los tiempos oncológicos. *Rev Senol Patol Mamar*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2017.01.003>.
3. Forman EJ, Anders CK, Behera MA. Pilot survey of oncologists regarding treatment-related infertility and fertility preservation in female cancer patients. *J Reprod Med*. 2009;54:203–7.
4. Sánchez-Serrano M, Novella-Maestre E, Rosello-Sastre E, Camarasa N, Teruel J, Pellicer A. Malignant cells are not found in ovarian cortex from breast cancer patients undergoing ovarian cortex cryopreservation. *Hum Reprod*. 2009;24:2238–43.
5. Oktay K, Buyuk E, Libertella N, Akar M, Rosenwaks Z. Fertility preservation in breast cancer patients: A prospective controlled comparison of ovarian stimulation with tamoxifen and letrozole for embryo cryopreservation. *J Clin Oncol*. 2005;23:4347–53.
6. Reddy J, Oktay K. Ovarian stimulation and fertility preservation with the use of aromatase inhibitors in women with breast cancer. *Fertil Steril*. 2012;98:1363–9.

Salomón Menjón Beltrán
Unidades Funcionales de Cáncer de Mama y de Ginecología
Oncológica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves,
Granada, España
Correo electrónico: smenjonb@gmail.com