

Preservación de la fertilidad en niñas prepúberes con cáncer: papel de la criopreservación de tejido ovárico W. Hamish B. Wallace, M.D.,^a Thomas W. Kelsey, Ph.D.,^b y Richard A. Anderson, M.D.^c

Fertility and Sterility Latinoamericana Edición latinoamericana, Vol. 8, N.º 1, Julio 2016

El número de pacientes que sobreviven a un cáncer pediátrico ha aumentado a lo largo de las últimas cuatro décadas. En los Estados Unidos, la tasa de supervivencia actual a cinco años en el grupo de edad de 0-14 años en el periodo de 1950–1954 fue de tan solo un 20% mientras que en el periodo 2008–2012, la tasa de supervivencia bruta (que se calcula como la incidencia menos la mortalidad por 100.000 niños) fue del 87% (2). En el conjunto de la UE (unión Europea), la tasa de mortalidad bruta por cáncer en el grupo de edad de 0-14 años ha disminuido de 3,9 por 100.000 en 1997 a 2,1 por 100.000 en 2012 (3). El corolario de estas mejoras es que la población general incluye una proporción progresivamente mayor de personas que han sobrevivido a un cáncer en la infancia (4), muchas de las cuales tienen un riesgo de morbilidad crónica de diversos tipos como consecuencia del tratamiento eficaz recibido. Aunque muchas de las sobrevivientes a un cáncer pediátrico pueden tener luego hijos, la posible pérdida de la fertilidad constituye una preocupación frecuente tanto para las pacientes como para sus padres y los médicos que les atienden.

En el momento del diagnóstico, es frecuente que el paciente joven no esté bien, y la familia afronta un periodo extraordinariamente difícil. Al paciente se le practican múltiples exploraciones e intervenciones complejas, y el equipo pediátrico encargado del tratamiento puede ofrecerle la inclusión en estudios de investigación complejos que requieren un consentimiento informado por parte de la paciente y de la familia. Estas exploraciones complementarias, intervenciones y comentarios requieren tiempo y son un verdadero reto tanto para la paciente como para la familia. Sin embargo, creemos que un comentario informado acerca del pronóstico de fertilidad, aunque posiblemente constituya una carga adicional, puede ser una experiencia positiva, aun en el caso de que no esté indicada una intervención de preservación de la fertilidad (porque el riesgo estimado para la futura fertilidad sea bajo) o de hecho no sea posible.

La criopreservación de tejido ovárico es un método relevante para la preservación de la fertilidad en niñas prepuberales que afrontan una pérdida de la fertilidad inducida por el tratamiento, si bien la protección ovárica frente a la radioterapia y posiblemente la ooforopexia pueden ser también técnicas que sea apropiado considerar.

La criopreservación de tejido ovárico es una técnica invasiva y todavía experimental en las pacientes jóvenes, y requiere cirugía laparoscópica.

Se selecciona a las pacientes tomando estos criterios

Criterios de selección de Edimburgo para la PTO. (Preservación de Tejido Ovárico)

Criterios

Edad inferior a 35 años

Ausencia de antecedentes previos de quimioterapia o radioterapia

si la edad al diagnóstico es de 15 años o superior, pero se

considera aceptable una quimioterapia no gonadotóxica leve si

la edad es inferior a 15 años.

Una probabilidad realista de supervivencia a 5 años.

Un riesgo elevado de insuficiencia ovárica prematura (>50%)

Consentimiento informado (de los padres y, si es posible, de la paciente)

Resultados de serología negativos para VIH, sífilis y hepatitis B

No gestante y sin hijos

Cuestiones éticas:

La criopreservación de tejido ovárico en una paciente joven con cáncer comporta retos éticos para la paciente, la familia y el equipo de tratamiento. Las pacientes jóvenes no suelen ser capaces de dar por sí mismas un consentimiento informado para una técnica experimental. En consecuencia, en el caso de la

PTO en pacientes jóvenes, se obtiene el consentimiento informado de los padres o del tutor. Para que una intervención experimental sea ética en un paciente pediátrico, es necesario que se considere que va en el mejor interés del paciente. En el momento de la presentación clínica inicial, es frecuente que el estado de la paciente no sea bueno y que haya un mayor riesgo de sangrado y/o infección con una intervención laparoscópica. Sin embargo, si las posibilidades de curación son buenas y si es probable que la futura fertilidad se vea comprometida, puede considerarse que va en el mejor interés de la paciente disponer de tejido ovárico criopreservado para un uso futuro. Si no se toma el tejido ovárico antes de iniciar el tratamiento, es posible que se pierda la oportunidad de preservar la fertilidad y ciertamente se verá comprometida. Si la PTO se reclasificara como una técnica establecida en lugar de ser experimental, podría considerarse que la intervención va en el mejor interés de la paciente, y por tanto el empleo del consentimiento de los padres o del tutor sería éticamente justificable. En algunos países europeos, aunque no en el Reino Unido ni en los Estados Unidos, la PTO se considera ya una intervención establecida. La reutilización del tejido se produce en una fecha posterior, en la que la niña ha madurado ya y tiene la capacidad de dar un consentimiento informado válido.

Resumen Dra Olivia Paola Castro

Medica ginecóloga asociada Servicio Ginecología Hospital Italiano Buenos Aires