

Preservación de la fertilidad en cáncer de mama: caso clínico

Preservation of fertility in breast cancer: a clinical case

Cristina Félix Santamaría¹, María de la Cruz Díaz Coca¹, Bárbara Romero Guadix²

Luis Martínez Navarro³

¹Residente, ²Médico adjunto, ³Médico adjunto, responsable de la Unidad de Reproducción.

Unidad de Reproducción, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. España

RESUMEN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. Actualmente estas pacientes tienen altas tasas de supervivencia, aunque derivado del tratamiento quimioterápico sufren riesgo de fallo ovárico prematuro y/o pérdida de reserva folicular. La preservación de la fertilidad debe ser ofertada a las pacientes oncológicas jóvenes con deseos genésicos. La técnica de elección es la vitrificación de ovocitos, ya que se trata de una técnica consolidada y se evita la generación de embriones con un futuro incierto.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2017; **34**; 3-5 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Palabras claves: *cáncer de mama, preservación fertilidad*

Aceptado: 5/10/2017

Correspondencia: Cristina Félix Santamaría

email: cristinafs@gmail.com

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: editorialmedica@editorialmedica.com

SUMMARY

Breast cancer is the most frequent tumor in women; nowadays these patients have high survival rates, although due to chemotherapy they are at risk of premature ovary failure. Preservation of fertility should be offered to young oncological patients who desire to have children. The elective technique is the oocyte vitrification, since it is considered an established technique and it avoids the creation of embryos with unknown future.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2017; 34; 3-5 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Key words: *breast cancer, fertility preservation*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. En los últimos años su incidencia en el grupo de pacientes jóvenes ha aumentado y junto al retraso en la maternidad de las sociedades actuales, resulta cada vez más frecuente el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres que no tienen sus deseos genésicos cumplidos (1).

Actualmente las pacientes afectadas por cáncer de mama presentan una tasa de supervivencia elevada que les permite plantearse un futuro reproductivo tras su curación. Sin embargo, debido a los tratamientos quimioterápicos sufren un alto riesgo de fallo ovárico prematuro o de disminución de su reserva folicular (2, 3). Por ello, se debe informar de la posibilidad de preservación de la fertilidad en aquellas pacientes jóvenes que precisen de tratamiento quimioterápico y no tengan sus deseos genésicos cumplidos (1, 3, 4).

CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años en seguimiento en nuestra Unidad de Reproducción desde 2008 por deseos de gestación con pareja serodiscordante. La paciente era nuligesta, con menstruaciones regulares, fumadora, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés.

Su marido de 36 años era hemofílico, además presentaba infección por VIH con carga viral negativa e infección por VHC en espera de trasplante hepático por cirrosis hepática. No tenía hábitos tóxicos y realizaba un buen cumplimiento de su tratamiento.

Se les realizó un estudio básico de esterilidad que resultó normal. El perfil hormonal femenino fue FSH 6,7 mUI/ml, LH 6,8 mUI/ml y Estradiol 195 pg/ml; la ecografía transvaginal también fue normal. El seminograma del varón era correcto con un REM de 6,4 millones/ml, por lo que se recogió una muestra de semen para lavado y congelación.

Se incluyó a la pareja en lista de espera para comenzar tratamientos de fecundación in vitro. Durante este tiempo, la paciente fue diagnosticada de carcinoma mucinoso infil-

trante de mama izquierda con receptores de estrógenos y progesterona positivos. En la Unidad de Oncología se decidió tratar su cáncer mediante mastectomía radical y linfadenectomía axilar con reconstrucción inmediata; seguido de quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia adyuvante.

La paciente comunicó la noticia al servicio de Reproducción. Por lo que tras la cirugía y antes de empezar el tratamiento sistémico, la paciente comenzó el proceso de preservación de la fertilidad.

Siguiendo las recomendaciones de las guías de la época, en la consulta de reproducción se le ofreció la posibilidad de preservación de fertilidad con embriones o bien con ovocitos; eligiendo la primera opción.

La estimulación ovárica se realizó mediante un protocolo de antagonista junto con Letrozol, a dosis de 5 mg al día desde el 2º día del ciclo menstrual. Se administró FSHr subcutánea a dosis de 150 UI cada 24 horas desde el 4º al 6º día de ciclo, precisando aumentar a 225 UI desde el 7º al 12º. En el día 9º de estimulación existían 10 folículos >14 mm, añadiéndose antagonistas de la GnRH. En el 11º día, se detectaron 9 folículos de 16-17 mm y cifras de estradiol sérico en 480pg/ml. En el 13º día, con folículos de 19 mm se indujo la ovulación con hCGr, realizando la punción folicular 36 horas después.

En el día de la punción, se descongelaron 2 pajuelas de semen conyugal. Se obtuvo un total de 11 ovocitos maduros, de los cuales 6 se fecundaron y finalmente se consiguieron 5 embriones (tipo A, A, C, D y D) que fueron vitrificados. El Letrozol se mantuvo hasta alcanzar niveles de estradiol por debajo de 50pg/ml.

A los 5 años, tras ser dada de alta por el servicio de Oncología, la paciente envía un correo electrónico a la Unidad de Reproducción expresando deseo de gestación. Además informa del fallecimiento de su marido 2 años atrás.

Desde la Unidad de Reproducción, se explica a la paciente la ley 14/2006 de Reproducción Humana Asistida en España sobre "Premoriencia del marido", donde se acepta el uso de los embriones hasta 12 meses tras el fallecimiento de la pa-

reja. Por lo que se le indica la posibilidad de recurrir a la vía judicial para que valorase su caso.

Tras 2 años, la paciente consigue un acto judicial que le autoriza a la transferencia embrionaria de los embriones criopreservados en el plazo de 12 meses desde el dictado de la resolución. Además, reconoce a los futuros hijos como provenientes de la filiación matrimonial.

A los 40 años de la paciente, se le realiza una transferencia de 2 embriones desvitrificados. Se consigue una gestación única de curso normal, con parto mediante cesárea de un recién nacido femenino sano.

CONCLUSIÓN

La preservación de la fertilidad debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil diagnosticadas con cáncer (1, 3, 4). Aunque la congelación de embriones es una técnica con un alto grado de gestación su realización precisa de semen, circunstancia que en mujeres sin pareja no se puede realizar; además tiene el inconveniente de acumular embriones sin saber si se van a utilizar en un futuro, dado que puede haber circunstancias que impidan su uso (separaciones o fallecimiento de la paciente con cáncer o como en este caso fallecimiento del marido), provocando problemas legales como en el caso que exponemos (5, 6).

Actualmente y siempre que exista tiempo suficiente para realizar una estimulación ovárica, el método de elección en preservación es la vitrificación de ovocitos; dado los buenos resultados gestacionales que se han demostrado tras su uso, lo que ha provocado su generalización en los laboratorios de reproducción (5, 6).

El protocolo de estimulación de estas pacientes se basa en el uso de Inhibidores de la Aromatasa junto al uso de Antagonistas, lo que produce una estimulación ovárica adecuada con niveles bajos de estradiol (protocolo de Oktay) (6). Para desencadenar la ovulación es preferible utilizar un bolo de Análogo de la GnRH con la intención de disminuir el riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica. Siempre que de tiempo es posible realizar más de una estimulación en estas pacientes. Hoy en día, con los protocolos de estimulación en fase lútea es posible realizar dos estimulaciones en el mismo ciclo o empezar la primera estimulación sin tener que esperar una regla (1, 5).

La exposición de este caso pretende reflexionar sobre el manejo correcto de la preservación de la fertilidad, con el fin de evitar complicaciones futuras. Afortunadamente, en esta situación sin precedentes, la justicia española aceptó que la paciente no pudiera haber usado sus embriones criopreservados por motivos médicos en el primer año tras el fallecimiento de su marido (3); permitiendo su uso una vez que la

paciente tuvo el alta médica por parte de su oncólogo y dentro de los 12 meses siguientes a la resolución del acto judicial. Por suerte tras esta lucha, la paciente quedó gestante y dio a luz una niña sana, reconociendo la paternidad del varón fallecido.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Preservación de la fertilidad en la paciente con cáncer de mama.** Documentos de consenso de la SEGO. Madrid: 2014.
2. **Técnicas de preservación de la fertilidad.** Guías de Práctica Clínica SEF-SEGO. 2015.
3. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Pregnancy and Breast Cancer. RCOG Green-top Guideline No.12. 2011:6-11.
4. **Fábregas Xaudaró R.** Preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama. Programa Oficial de Actualización Profesional para Ginecólogos y Obstetras. PROAGO. 2013.
5. **Alonso Zafra J, Aurell Ballesteros R, Callejo Olmos J, Fábregas Xaudaró R, Llunch Hernández A, Marqués Soler L, et al.** Documento de recomendaciones para la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama. Sociedad Española de Fertilidad. Barcelona: 2014.
6. **Sociedad Española de Fertilidad.** Preservación de la fertilidad. En: Manual de Buena Práctica Clínica en Reproducción Asistida. 2016: 117-131.