

CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE REPRODUCCIÓN HUMANA Y EMBRIOLOGÍA


Un giro en el proceso de transferencia en FIV

- Un metaanálisis avala que la transferencia de embriones congelados en un ciclo sin estimulación aumenta la tasa de embarazo en un 31%
- La tasa de abortos involuntarios es similar a la registrada con embriones frescos en un ciclo estimulado, y elimina el riesgo de SHO

GM CECILIA OSSORIO
Barcelona

Los resultados de un metaanálisis presentados en el Congreso Europeo de Reproducción Humana y Embriología (Eshre), celebrado en Estambul, podrían suponer un gran cambio en la política actual de la fecundación in vitro (FIV).

Si hasta ahora los expertos han defendido la transferencia de embriones frescos en un ciclo con estimulación ovárica, se ha observado que la transferencia de embriones congelados en un ciclo sin estimulación no sólo disminuye la tasa de complicaciones, sino

A partir de 15 óvulos producidos, en el Hospital del Mar congelan todos los embriones

que aumenta la tasa de embarazo en un 31 por ciento.

Como presentó Miguel Ángel Checa, jefe de Sección de Reproducción Humana del Hospital del Mar y profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, se trata de un metaanálisis que recoge tres estudios randomizados, con datos de 633 mujeres. De forma aleatorizada, a 316 se les efectuó la transferencia de los mejores embriones frescos en el mismo ciclo, y a 317 se les realizó la estimulación y se congelaron todos los embriones de mayor calidad para transferirlos posteriormente, al cabo de uno o dos meses.



Miguel Ángel Checa, jefe de Sección de Reproducción Humana del Hospital del Mar y profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, presentó en rueda de prensa oficial los resultados del estudio que demuestra la ventaja de la transferencia de embriones congelados.

La tasa de embarazo registrada en la primera rama fue del 38 por ciento, frente al 50 por ciento obtenida en el otro grupo. En lo referente al número de abortos involuntarios, fue similar en ambos casos, del 4 o 5 por ciento.

Además, con la transferencia de embriones congelados, queda abolida la posibilidad de que la mujer desarrolle el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), "la complicación más temida y grave de las técnicas de reproducción asistida", puntualizó Checa.

Puesto que cuanto mayor número de óvulos produce la mujer, más riesgo presenta de padecer el cita-

do síndrome, en el Hospital del Mar han modificado el protocolo de actuación y, a partir de 15 óvulos, congelan todos los embriones para evitar este efecto adverso.

En lo referente al grado de maduración adecuado para proceder a congelar los embriones, Checa afirma que "depende de la tecnología del laboratorio". "La escuela americana aboga por congelar en blastocisto (día +5), y en la escuela europea tienden a congelar en día +2 o día +3 (en estadio de cuatro u ocho células)", concreta, añadiendo que "en blastocisto hay más tasa de embarazo, pero llegan menos embriones, con lo

cual hay menos probabilidades de transferir".

En términos de receptividad endometrial, Checa hizo hincapié en que el endometrio, para estar en unas condiciones óptimas, debe tener unos niveles de estradiol propios de un óvulo (unos 200 picogramas por mililitro), y no el que se alcanza si se logran 10 ovocitos tras la estimulación. "Si extraemos los óvulos, los congelamos todos y los transferimos en otro ciclo en el que hayan descendido los niveles hormonales, el endometrio estará preparado de una manera mucho más natural y será más receptivo", explicó.

Además, el experto remarca que, desde hace unos 5 años, hay nuevas técnicas de congelación que permiten que, al descongelar los embriones, tengan una tasa de supervivencia muy elevada, de más del 90 por ciento.

Básicamente, los expertos que han realizado este estudio opinan que, en el futuro, la fecundación in vitro se realizará en dos tiempos. Primero, se estimulará a la paciente, se congelarán todos los embriones, y más tarde se transferirá. "Aunque son necesarios más estudios, y de hecho de aquí a final de año se conocerán más datos en este sentido, los resultados de este trabajo son muy evidentes", defendió.

El estudio sugiere que en el futuro la fecundación in vitro se efectuará en dos tiempos

En lo concerniente a los tratamientos para la estimulación ovárica, a día de hoy todos son inyecciones, porque son proteínas que tienen que imitar a hormonas, y lo que ocurre cuando se prueban en vía oral es que cambian su configuración y no pueden actuar sobre los receptores.

Se está trabajando en el desarrollo de alguna vía oral, sobre todo con los antagonistas de la GnRH, pero esto es sólo una muy pequeña parte de la medicación. "Las más importantes son las gonadotropinas, y se está probando, pero aún no hay éxitos en este campo", puntualizó Checa.

GM C. O.
Barcelona

La implantación embrionaria continúa siendo la última gran barrera en reproducción, y en este campo existe polémica sobre las causas inmunológicas relacionadas con el aumento de las células *natural killer* (NK) en mujeres con fallo implantacional. Si bien hay estudios que así lo sugieren, se duda de que hayan sido bien planteados ya que se ha tendido a mezclar el concepto de aborto de repetición con el fallo implantacional; se ha considerado fallo cuando sólo ha habido un fracaso de implantación; no se han comparado con mujeres fértiles en el grupo control; no existe un acuerdo sobre los puntos

Las células NK del endometrio determinan el fallo implantacional

- Intentan establecer el punto de corte a partir del cual son patológicas

de corte para la valoración de las NK y se desconoce la relación entre las NK de la sangre y las del endometrio.

Así lo considera Isabel Santillán, ginecóloga de la Clínica Ginefiv e investigadora principal de un estudio presentado durante el congreso, en el que concluyen que las NK del endometrio son más determinantes que las de la sangre porque la asociación con el fallo implantacional es mayor y

además permiten valorar otros parámetros como las hiperplasias endometriales y la relación de las células con el epitelio glandular.

En el trabajo se incluyeron 34 mujeres, 24 con fallo implantacional bien definido (al menos tres transferencias con al menos seis embriones de buena calidad que no han conseguido embarazo); y un grupo control de 10 mujeres sanas, menores de 35 años, sin ningún problema de infertilidad ni esterilidad

y que hayan tenido al menos un hijo sano por parto vaginal. En todas ellas midieron, entre el día 19 y el día 23 del ciclo natural, las NK en sangre (mediante citometría de flujo) y en endometrio (por inmunohistoquímica). "Comprobamos que, efectivamente, en el grupo de fallo implantacional hay más NK en el endometrio, pero en sangre las diferencias no son significativas".

El problema es, no obstante, que sigue sin existir un punto de corte

concreto, que intentan establecer. "Hasta ahora se tiene por referencia un 14 por ciento, pero no está claro, no se puede aplicar de forma generalizada, y el punto de corte puede variar dependiendo de la tecnología empleada por cada centro", apuntó la ginecóloga.

En la actualidad, no se ha confirmado científicamente la eficacia de la inmunoterapia. "Para realizar un estudio bien diseñado haría falta poder seleccionar a las pacientes que son susceptibles. Necesitamos definir a partir de qué nivel son patológicas las NK, y después llevar a cabo un estudio randomizado doble ciego para ver si alguna de las inmunoterapias que existen son realmente eficaces", concluyó Santillán.

