

EDITORIAL

Inducción de ovulación, inseminación artificial y embarazo múltiple

La inducción de ovulación asociada o no a inseminación intrauterina (IIU) es, sin duda, el tratamiento de la esterilidad más ampliamente utilizado. Las pautas de estimulación ovárica son muy variables en función de los centros y entre los clínicos, pero en esencia, suponen la estimulación del crecimiento y maduración foliculares con el fin de, mediante la administración de gonadotropina coriónica (hCG) o la provocación de una descarga endógena de LH, inducir la maduración final del ovocito, provocar la ruptura del folículo y dar lugar a la formación del cuerpo lúteo. Este tratamiento se utiliza habitualmente para programar un coito fecundante o para realizar una IIU con la cronología más favorable.

Estas técnicas se utilizan como primera elección para tratar un amplio rango de causas de subfertilidad, como anovulación crónica, alteraciones seminales no severas o la esterilidad de origen desconocido, puesto que suponen un tratamiento más sencillo, menos invasivo y más barato que la fecundación in vitro (FIV), con tasas de gestación aceptables.

El reto actual consiste en aumentar la eficiencia y la seguridad de la inducción de ovulación con gonadotropinas, que incluyen la utilización de nuevos preparados, nuevas dosificaciones y modelos predictivos basados en las características de las pacientes. En este sentido, se pueden identificar mujeres que se podrían beneficiar de algoritmos de tratamiento alternativo que incluyen tratamientos con fármacos sensibilizantes a la acción de la insulina, inhibidores de la aromataasa o electrocoagulación ovárica. Aunque los resultados con estas modalidades de tratamiento son prometedores, su evidencia científica todavía es incierta, ya que actualmente no se dispone de estudios prospectivos que incluyan amplias series de pacientes.

La mayor dificultad asociada a la inducción de ovulación con FSH es la variación individual en la respuesta ovárica con una dosificación fija. En protocolos "step-down" en los que se emplean dosis iniciales relativamente elevadas de FSH se han publicado tasas de gestación múltiple de hasta el 36% con una incidencia de síndrome de hiperestimulación ovárica de hasta el 14%. Las pautas de estimulación con dosis bajas progresivamente ascendentes ("low-dose, step-up") pueden reducir considerablemente estas complicaciones, al igual que los protocolos de dosis de FSH progresivamente descendentes ("step-down") que proporcionan la tasa más elevada de ciclos monofoliculares.

El hecho de que no exista un registro de estos tratamientos en nuestro país, hace difícil calcular la magnitud del número de ciclos que se realizan y de la tasa de gestaciones múltiples que de ellos se derivan. No obstante, hasta dos tercios de las gestaciones múltiples iatrogénicas, principalmente las gestaciones de alto orden (triples o mayores) son atribuidas a tratamientos de inducción de ovulación sin realización de FIV.

El origen del problema hay que situarlo en una inevitable encrucijada que está bien documentada: la tasa de gestación aumenta conforme aumenta el número de folículos preovulatorios desarrollados, pero el riesgo de que se produzcan gestaciones múltiples también se incrementa paralelamente. El resultado es que la búsqueda de mayores tasas de gestación por parte de los profesionales sanitarios y el desconocimiento de los riesgos por parte de las parejas que son tratadas lleva ineludiblemente al aumento de la incidencia de gestaciones múltiples y grandes múltiples.

Durante los últimos años, ha saltado la alarma en la comunidad científica dedicada a la medicina reproductiva al constatar que la incidencia de gestaciones triples se ha multiplicado por 5 con respecto a la de 1990 y que casi un 30% de las gestaciones derivadas de los tratamientos de reproducción son múltiples.

De la misma manera que se está haciendo un importante esfuerzo entre los profesionales de la comunidad científica con el fin de reducir las tasas de gestación múltiple y, sobre todo, de gestaciones múltiples de alto orden en FIV, las sociedades científicas deberían manifestarse a favor de la cancelación de ciclos de estimulación ovárica sin control del número de ovocitos fecundables o embriones susceptibles de implantar cuando se desarrollan un número de folículos preovulatorios que supongan un riesgo no deseable de gestaciones múltiples. En estos casos otras alternativas terapéuticas, como una monitorización intensa, la utilización de dosis de gonadotropinas que permitan un desarrollo mono o bifolicular, la aspiración de folículos supernumerarios o la conversión a ciclos de FIV en casos de desarrollo multifolicular deberían ser consideradas.

En definitiva, debemos convencernos que el objetivo del tratamiento de la esterilidad es el nacimiento de un niño vivo y sano y que una gestación múltiple, lejos de ser un éxito terapéutico, es una complicación no deseable.

Fdo. Ana Monzó