

EDITORIAL**FIV versus ICSI: la controversia continúa**

A mediados de la década de los noventa del pasado siglo, la incorporación masiva del ICSI, permitió un tratamiento eficaz en casos de factor masculino severo, azoospermias obstructivas y muchas secretoras, así como ofrecer una alternativa válida a los tan frustrantes fallos de fertilización tras FIV convencional y en casos de esterilidad de causa inmunológica. Parecía por tanto, que la aparente seguridad que otorgaba esta nueva opción herramienta terapéutica, sería el canto del cisne del FIV clásico.

Sin embargo, entrada esta primera década del nuevo siglo, la controversia continúa, los límites respecto a las indicaciones de una u otra alternativa terapéutica están lejos de definirse y en muchos equipos se guían más bien por la “intuición” y la experiencia de cada grupo que por unas razonadas indicaciones.

Respecto al ICSI hay indicaciones incuestionables y sin él muchos casos que no tendrían solución alguna, pero cierto es que los trabajos que comparan resultados en aquéllas tradicionalmente reservadas al FIV clásico distan de mostrar mayor eficiencia.

Estas aparentes paradojas se justificarían al menos parcialmente por varios hechos propios del ICSI y que interferirían en un proceso de fertilización y desarrollo embrionario correcto desde el punto de vista fisiológico.

En primer lugar la manipulación del ovocito, desprendiéndole de las células del cúmulo, por un proceso de digestión enzimática, podría llevar consigo la interrupción intempestiva del diálogo entre gameto y células foliculares, perturbando la maduración final del ovocito.

En segundo lugar, la necesidad de que se encuentre el ovocito en MII para lograr su fertilización estrecha los márgenes horarios en los que se puede microinyectar. A pesar de ser posible la maduración in vitro de ovocitos los resultados empeoran conforme se prolonga el período de incubación en el laboratorio preciso para alcanzarla.

En tercer lugar, la propia micromanipulación conlleva varias consideraciones: la rotura de la zona pelúcida, la membrana ovocitaria y la que más probable lesión de estructuras citoplasmáticas, el depósito intraovocitario de material extraño al proceso fisiológico de fertilización, y ya no solo de estructuras procedentes del espermatozoide sino de material extracorpóreo como medios de cultivo, PVP, etc., que nos hacen albergar incertidumbres sobre las posibles implicaciones epigenéticas en el desarrollo fetal futuro.

Además, microinyectar espermatozoides inmaduros o madurados in vitro, podría acarrear alteraciones en el imprinting genómico y el desarrollo de enfermedades tumorales (nefroblastomas) o de síndromes polimalformativos (Síndromes de Angelman, Prader Willis por citar algunos ejemplos.), lo que en nuestro equipo nos ha llevado a dejar de utilizar espermátides.

Por último, si en los albores del FIV clásico se le tildaba de proceso “antinatural”, en el ICSI donde la selección del espermatozoide queda en manos del azar, aún sería de esperar mayor incertidumbre.

Por si fuera poco, no debemos olvidar que el ICSI a diferencia de otros

procederes terapéuticos aplicados en humanos no ha venido precedido de una amplia experimentación animal.

No significa que rechacemos el ICSI, ni mucho menos, sino que en nuestra opinión se debería ser cauteloso en sus indicaciones y desde luego rechazamos su universalización como única manera de lograr la fertilización el laboratorio. Indicar FIV mixto esto es, parte de los ovocitos obtenidos inseminarlos por FIV clásico y parte mediante ICSI, nos parece una indicación acertada en casos de esterilidad de etiología desconocida y en fallos anteriores de IAC.

Esperar un consenso firme entre defensores y detractores de cada opción, en otras indicaciones no sólo es una quimera sino una propuesta poco realista.

Las indicaciones de una u otra técnica de inseminación no sólo deben establecerse "a priori" sino que casos inicialmente susceptibles de ICSI ó FIV deben ser reconsiderados según las características del semen el día de la punción.

La historia de la Medicina nos muestra cuán nocivas han sido las actitudes dogmáticas, por ello sólo un seguimiento constante y desapasionado de los datos que vayamos acumulando fruto de la experiencia debe ser de donde surjan las más precisas indicaciones. La medicina basada en la evidencia, en esta cuestión se erige como el patrón oro, con el que medir las indicaciones.

¿No les parece que algo más que la consecución a toda costa del embarazo debe presidir el buen quehacer médico?.

Dr. D. Rafael Bernabeu
Instituto Bernabeu, Alicante.