

CASO CLÍNICO: Método ROPA.

Acuden a la consulta de reproducción dos mujeres (A y B) que dicen ser pareja. Interrogadas sobre su situación legal como pareja dicen estar inscritas en registro de parejas de hecho pero no ser matrimonio.

Ambas refieren no tener hijo previo de relaciones anteriores ni en común. Desean gestación.

La paciente A tiene 29 años al inicio del estudio, y presenta reglas de frecuencia y cantidad normales y regulares. No presenta historia de enfermedad, a excepción de las propias de la infancia. Calendario vacunal completo incluida rubeola. Inmune a toxoplasmosis. Menarquia a los 13 años. IMC de 23. Estudio serológico (HepB, C, HIV y Sífilis negativas), hormonas en D+3 (FSH, LH y AMH normales). Estudio tiroideo (TSH) normal. No hay datos (anamnesis ni ecografía) para hacer sospechar obstrucción tubárica. No mantiene relaciones sexuales vaginales sin método anticonceptivo con varones. En la historia familiar no refiere ninguna enfermedad de transmisión genética conocida.

La paciente B, de 34 años, con antecedentes personales de menarquía a los 12 años, normoreglada (5/29). Calendario vacunal completo pero no inmune a rubeola ni toxoplasmosis.

A los 31 años, a raíz de un cuadro consistente en aumento de peso y aparición de bultos en el cuello, se diagnosticó un Ca medular de tiroides que requirió de tiroidectomía radical y quimioterapia. Criopreservó ovocitos tras el tratamiento quirúrgico y previo al ciclo de quimioterapia.

Presenta en la actualidad un IMC de 17 (ligero bajo peso), destacando una TSH indetectable en sus controles analíticos. En el informe que aporta de endocrinología recomiendan dosis de levo-tiroxina inferiores a las que la paciente refiere que toma.

Estudio serológico (HepB, C, HIV y Sífilis negativas), hormonas en D+3 (FSH, LH y AMH ligeramente alteradas en cifras de discreta disminución de la reserva ovárica AMH de 0.8 ng/ml (VRef > 0.8) y FSH de 15mUI/ml (VRef 3 a 12 en D+3), con recuento de folículos antrales de 7. No hay datos (anamnesis ni ecografía) para hacer sospechar obstrucción tubárica. En la historia familiar refiere la existencia de un tío carnal por parte de padre y un hermano con trisomía del cromosoma 21. No mantiene relaciones sexuales vaginales sin método anticonceptivo con varones.

Se les plantea que ambas serían candidatas a técnicas de reproducción asistida.

La paciente A sería subsidiaria de hasta seis ciclos de estimulación ovárica suave con inseminación artificial con semen de donante

La paciente B sería candidata a ciclos de fecundación in vitro con microinyección intracitoplasmática (ICSI) de sus ovocitos criopreservados utilizando como gameto masculino semen de donante.

Se les explica que tienen que decidir cuál de las dos iniciará el tratamiento, pues si se trataran ambas como pareja supondría una discriminación positiva respecto a las parejas heterosexuales, a las que solo se les efectúan ciclos para conseguir un hijo y no dos (o solo 3 ciclos y no seis). Nuestra norma impide cualquier tipo de discriminación por razón de sexo u orientación sexual, ya sea positiva o negativa (artículo 14 de la Constitución).

Se les comenta que para iniciar los ciclos, además de los consentimientos informados de la técnica de reproducción que se lleve a cabo, tienen que firmar ambas un documento de veracidad sobre los datos aportados.

Las pacientes nos comentan que quisieran un hijo común y no un hijo cada una. Han oído hablar de una técnica denominada ROPA que se lleva a cabo en algunos centros de reproducción y en los que usan un semen de donante, los ovocitos de una de ellas y les implantan los embriones a la otra. De este modo ambas se sentirían madres del futuro hijo, pues la carga genética de los ovocitos es de una de ellas (proponen de la paciente B) y la gestación la llevará la otra (paciente A que es más joven). De este modo ambas se podrán inscribir como madres en el registro.

SOLUCIÓN DEL CASO

El método ROPA (acrónimo de recepción de ovocitos de la pareja) implica la obtención de ovocitos (por estimulación ovárica y punción- aspiración folicular, o que ya estuvieran previamente criopreservados) de uno de los miembros femeninos de la pareja, su fecundación in vitro (convencional o mediante ICSI) usando semen de un donante anónimo, generando así embriones que se transferirán al útero del otro miembro femenino de la pareja.

En el momento actual nuestra legislación asume como método permitido (y no podría ser de otro modo) la donación dirigida de "gametos o células reproductoras" entre los miembros de la pareja (Real Decreto-ley 9/2014, Artículo 2), pero en este caso no se trata de donación de gametos sino de embriones. Esta situación se torna un método enmascarado de cuasigestación subrogada (mal llamado útero de alquiler), expresamente prohibido en nuestra legislación (tanto en la Ley de Reproducción Asistida como en el Real Decreto de prestaciones del sistema público de salud). No podríamos realmente decir que lo sea porque no existe una renuncia expresa a la maternidad de la mujer que soporta el embarazo. Esto genera un limbo jurídico pero no autoriza su realización hasta tanto el Gobierno, al amparo del artículo 2.3 de la Ley 14/2006, actualice el anexo de técnicas de reproducción humana asistida, pues la exposición de motivos de la Ley dice que entre las novedades de la misma está que "se habilita a la autoridad sanitaria correspondiente, para autorizar previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, la práctica provisional y tutelada como experimental de una nueva técnica; una vez contrastada su evidencia científica y clínica, el Gobierno mediante real decreto puede actualizar la lista de técnicas autorizadas".

De regularse esta situación, las parejas de varones homosexuales (así como otras heterosexuales) inmediatamente pedirán la legalización y regulación de la gestación subrogada, pues las parejas de mujeres lesbianas tendrían muchas más posibilidades de acceder a tener un hijo que las homosexuales varones.
