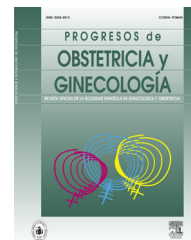




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



DOCUMENTO DE CONSENSO

Recomendaciones para el uso clínico del microarray genómico en diagnóstico prenatal



Recommendations for the clinical use of genomic microarray in prenatal diagnosis

Miguel del Campo, Alberto Plaja, Elena Casals, Francesc Figueras, Rosana de la Chica, Lluís Armengol, Vincenzo Cirigliano y Antoni Borrell*, en nombre del Comité Conjunto de la Sección de Ecografía y Medicina Fetal de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología y Sección de Medicina Materno-Fetal de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología y Comisión de Genética y Reproducción Humana del Colegio de Biólogos de Cataluña y Grupo de Genética Clínica y Dismorfología de la Sociedad Catalana de Pediatría y Grupo de Bioquímica del Programa de Diagnóstico Prenatal de Cataluña ◊

Introducción

El «microarray genómico», también llamado «microarray cromosómico», «cariotipo molecular» o simplemente «array», es un método de análisis genético basado en una hibridación sobre una matriz de sondas de ADN que interrogan varios *loci* distribuidos a lo largo del genoma. Tiene una resolución de entre 10 y 1.000 veces superior a la del cariotipo convencional y un tiempo de respuesta más corto, ya que habitualmente no requiere cultivo celular. Detecta pérdidas y ganancias de material genético, llamadas «variantes del número de copias» (CNV [*copy number variations*]), pero no detecta ni las reorganizaciones equilibradas (a diferencia del cariotipo), ni las alteraciones de secuencia o mutaciones (al igual que el cariotipo).

En función de su relevancia clínica, las CNV se clasifican en 3 tipos: benignas, patogénicas o inciertas (VOUS o VUS

[*variantes of unknown significance*]). Se considera que una variante del número de copia es una VOUS cuando no hay suficiente evidencia en la literatura (o en las bases de datos) ni de su presencia en población general sana, ni de su asociación con fenotipos anómalos. El hecho de que algunas variantes tengan una penetrancia incompleta hace más difícil demostrar su patogenicidad.

En diagnóstico prenatal, el microarray ha demostrado una capacidad de detección de anomalías superior a la del cariotipo convencional, en cualquiera de las indicaciones de prueba invasiva. En caso de malformaciones fetales, detecta un 6-9% de anomalías adicionales al cariotipo y en otras indicaciones, o en ausencia de indicación, entre 1-1,5% adicional¹⁻⁵. Estos hallazgos adicionales del microarray son causantes de síndromes de microdelección o microduplicación y no son detectables con el cariotipo. Hay síndromes clásicos, como la microdelección 22q11 o síndrome de DiGeorge/velocardiofacial, la microdelección 7q11.23 o síndrome de Williams, y las hay descritas más recientemente como son las microdelecciones y microduplicaciones 1q21.1, 16p11.2, etc... En Pediatría, el microarray se ha convertido desde 2010 en la técnica de análisis genético de primera línea en el estudio de la discapacidad intelectual, de las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aborrell@clinic.cat (A. Borrell).

◊ Más información sobre los miembros del Comité Conjunto está disponible en el anexo.

malformaciones mayores o menores y del trastorno del espectro autista⁶. En diagnóstico prenatal hay quien también sugiere la sustitución del cariotipo por microarray y quien no descarta su oferta universal a las gestantes².

Metodología

Tipos de microarray y sondas

Hay dos tecnologías de microarrays:

- *Array-CGH*: se realiza una hibridación genómica competitiva (CGH) entre un ADN fetal y un ADN control, en una matriz de sondas de ADN. Las sondas pueden ser de gran tamaño BAC (*bacterial artificial chromosomes*) o de menor tamaño (oligonucleótidos).
- *SNP-array*: compara la intensidad de hibridación del ADN fetal con una señal control previamente determinado, en una matriz de SNP (*single nucleotide polymorphisms*).

Tipos de diseño de array

Hay 3 diseños diferenciados de microarray en función de la disposición de las sondas de ADN:

- *Microarrays dirigidos (targeted)*: todas las sondas están dirigidas a regiones causantes de trastornos conocidos.
- *Microarrays de genoma completo (WGA [Whole Genome Array])*: tienen una distribución uniforme de las sondas de ADN en todas las regiones.
- *Microarrays mixtos*: combinan sondas distribuidas a lo largo de todo el genoma con una separación uniforme (*backbone coverage*), con una mayor densidad de sondas en las regiones causantes de trastornos conocidos. Son los microarrays más utilizados en diagnóstico prenatal.

Resolución y filtrado

La resolución de los microarrays depende del número de sondas, su tamaño y sobre todo de su separación. En diagnóstico prenatal se recomienda una resolución media no inferior a 0,5Mb-1Mb^{7,8}. Los arrays-CGH de oligonucleótidos ofrecen una resolución más alta que los de BAC, pero son más exigentes en cuanto a calidad y cantidad de ADN de la muestra. La dificultad de la extracción de ADN a partir de líquido amniótico no cultivado ha propiciado la difusión de los microarrays de BAC, con una resolución media mínima 1 Mb. De todos modos, este tipo de microarrays están siendo progresivamente sustituidos por los microarrays de oligonucleótidos, con una resolución media mínima 0,5 Mb⁷.

En diagnóstico prenatal se prefiere que los microarrays no sean de muy alta resolución para minimizar la detección de VOUS. Otra vía de obviar este problema es utilizar un microarray de alta resolución y filtrar posteriormente los resultados, seleccionando solo las CNV patogénicas y las de mayor tamaño.

Muestras

Cualquier muestra fetal con suficiente contenido de ADN es válida para realizar un microarray, como las vellosidades

coriales, el líquido amniótico, la sangre u otro fluido o tejido fetal. En paralelo a la extracción del ADN, es recomendable establecer un cultivo celular de rescate, que puede ser útil para extraer más ADN, realizar un cariotipo o para otras técnicas de confirmación diagnóstica posteriores. Por este motivo se aconseja la extracción de 15-20 cc de líquido amniótico o 20-40 mg. de vellosidad corial.

Si no se emplean SNP-arrays, es conveniente realizar una QF-PCR (*Quantitative Fluorescence Polymerase Chain Reaction*) previa para descartar la contaminación materna de las muestras, determinar el sexo fetal (para seleccionar el sexo del ADN control) y diagnosticar las aneuploidías más frecuentes y las triploidías.

En caso de una interrupción legal de la gestación (ILE), hay que asegurar la toma de una muestra fetal (líquido amniótico, tejido o sangre) para futuros estudios en ADN fetal y poder disponer de células fijadas o extensiones aptas para FISH (*fluorescent in situ hybridization*). En caso de que la decisión de ILE no dependa del resultado del microarray, es factible diferir la prueba hasta después del estudio de la necropsia, ya que puede aportar datos que indiquen que otra prueba es más adecuada.

En caso de pérdida gestacional, tanto en abortos espontáneos como en muertes anteparto, los microarrays presentan la ventaja de no requerir cultivo celular y de esta manera se minimiza el riesgo de fracaso técnico.

Indicaciones del microarray

Son indicaciones bien establecidas del microarray:

1. Identificación de un defecto congénito mayor o hallazgos ecográficos sugerentes de defectos congénitos menores⁹. En caso de cualquier malformación la probabilidad de un hallazgo relacionado con el fenotipo es de entre un 6 y un 9%¹, superior en el microarray que en el cariotipo. En caso de cardiopatía este porcentaje aumenta hasta el 12%¹⁰.
2. Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU/CIR) precoz (< 24 semanas) y severo (< percentil 3).
3. Translucencia nucal aumentada (> 3,5 mm o percentil 99). Presenta una probabilidad de un 5% de hallazgos adicionales al cariotipo¹¹.
4. Presencia de una delección o duplicación familiar críptica (no detectable por el cariotipo), con riesgo de transmisión y penetrancia significativas, así como de suficiente relevancia clínica para dar opción a ILE.
5. Hallazgo de una translocación o inversión «de novo» aparentemente equilibrada o de un cromosoma marcador (especialmente del tipo anillo y marcador no satelizado) en el cariotipo fetal, ya que no son fácilmente identificables por otras técnicas.
6. Muerte fetal intrauterina y aborto de segundo trimestre, ya que el microarray tiene más éxito que el cultivo y mayor capacidad de detección que el cariotipo.
7. Antecedente familiar de reordenamiento cromosómico (translocación parental recíproca o inversión pericéntrica) en equilibrio, para detectar segregaciones desequilibradas potencialmente no visibles por el cariotipo.

Otros motivos:

8. Delección o duplicación críptica (no detectable por cariotipo y por tanto detectada por FISH/microarray) «de novo»

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968469>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968469>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)