



XXVIX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA



Hospital General Universitario
Santa Lucía

CARTAGENA

Hiperestimulación ovárica severa

Jiménez García, A.*; Bueno González, MM.*; Martínez Martínez, A.*; Rodríguez Martínez, P.*; Batres Martínez, L.*; Talens Orts P.*; García Izquierdo, O.*; Vázquez Campá, R.*

*Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario Santa Lucía

Introducción

El **síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO)** es una complicación casi exclusivamente iatrogénica derivada de la hiperestimulación farmacológica del ovario y desencadenada tras la administración de la hormona gonadotrofina coriónica (hCG) para los tratamientos de reproducción asistida. La incidencia varía, siendo más frecuente en pacientes jóvenes, delgadas y con síndrome de ovarios poliquísticos.

La etiología es desconocida, pero se sabe que la hCG es el factor desencadenante del SHO. La hCG en presencia de ovarios hiperestimulados provoca un incremento de la permeabilidad capilar con lo que se produce una extravasación de líquido al tercer espacio. En este momento aparece la hemoconcentración, que resulta en complicaciones como la hipercoagulabilidad y dificulta la perfusión a los órganos.

Las manifestaciones clínicas y analíticas del SHO aparecen de forma progresiva y suelen desaparecer en ausencia de gestación a partir de las 48-72h en ausencia de gestación, llegando a remisión completa una vez vuelve la menstruación.

Presentamos un caso diagnosticado en nuestro centro.

Caso

Mujer de 35 años, con antecedentes personales de hipoadenoma hipofisario en tratamiento por endocrino y de hiperprolactinemia en tratamiento con parlodel. Se realizó punción ovárica 13 días antes de acudir a Urgencias, con transferencia de un único embrión pasados 5 días de la punción.

Acude a urgencias por dolor y sensación de distensión abdominal desde el día anterior. Refiere un aumento ponderal de 5 Kg en 4 días.

A la **exploración** presenta buen estado general, constantes normales. Abdomen distendido, blando y depresible doloroso a la palpación profunda.

En la **ecografía** se visualiza útero en anteversión con endometrio decidualizado de 12 mm, ovario derecho hiperestimulado de 64 x 46 mm, ovario izquierdo hiperestimulado de 62 x 42 mm. Líquido libre en Douglas con columna máxima de 64 mm. Líquido libre en espacio parietocólico derecho con columna máxima de 38 mm y en parietocólico izquierdo con columna máxima de 70 mm.

Se solicita analítica sanguínea. Destaca B-HCG de 80, hemoglobina de 17.9 gr/dl, hematocrito de 49.2%, leucocitos de 21780, plaquetas de 343000, hiponatremia e hipopotasemia.

Dado los criterios de gravedad (ascitis no a tensión, hemoconcentración, leucocitosis) se decide ingreso. Se pauta sero albúmina al 20 % intravenoso en bolos de 50cc de suero cada 8 horas (permite recuperar el líquido al espacio intravascular para aumentar la diuresis y evitar hemoconcentración); heparina a dosis terapéuticas cada 12 horas (puesto que el hematocrito es superior a 45%); control de peso de la paciente (para control de balance de fluidos); determinaciones seriadas (hematocrito, perfil renal, hepático, concentración de electrolitos); control ecográfico seriado (medición tamaño ovárico y control ascitis); dieta hiposódica y reposo en cama. En este caso no se administró furosemida, debido a la hemoconcentración que presentaba la paciente.

La paciente evoluciona satisfactoriamente, normalizando los valores de hemoglobina, hematocrito y electrolitos en sangre. Actualmente se encuentra en su tercer día de ingreso, controlándose los niveles de B-HCG (siendo la B-HCG inicial de 80, y a las 24 horas de 135.), con pronóstico incierto de la gestación.



Conclusiones

El SHO es una complicación asociada a la estimulación ovárica realizada fundamentalmente en los tratamientos de reproducción asistida. Aparece en un 3-8% de los ciclos de fecundación in vitro, llegando al 20% en los casos de mujeres con riesgo elevado.

Existen estrategias de identificación de pacientes de riesgo y de situaciones de estimulación con potencial desarrollo de un SHO, por lo que los mecanismos de prevención resultan fundamentales para evitar de forma inicial su aparición.

Bibliografía

Prevenición y manejo del síndrome de hiperestimulación ovárica. Guía de asistencia práctica, SEGO 2017.

Aboulghar MA, Mansour RT. Ovarian hyperstimulation syndrome: Classifications and critical analysis of preventive measures. Human Reproduction Update 2003; 9 (3): 275-89.

Fatemi HM, Popovic-Todorovic B, Humaidan P, et al. Severe ovarian hyperstimulation syndrome after gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist trigger and 'freeze-all' approach in GnRH antagonist protocol. Fertility and Sterility 2014;101(4):1008-11.