

## Hiperreacción luteínica en el curso de una gestación normal

M. García-Sánchez, I. González-Blanco y J.T. de Gonzalo

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

### SUMMARY

A 29-year old primigravida with massive bilateral theca-lutein cysts and high serum levels of HCG unassociated with trophoblastic disease or use of ovulation-inducing drugs is reported. The pregnancy resulted in a cesarean section of a normal baby man, with no placental pathology. The cysts completely resolved spontaneously.

### INTRODUCCIÓN

La hiperreacción luteínica (quistes tecaluteínicos) es un discreto o importante aumento del tamaño de ambos ovarios (rara vez unilateral) debido a la formación de múltiples quistes luteínicos tecaes de naturaleza benigna, que habitualmente se asocian con mola hidatidiforme o coriocarcinoma<sup>1</sup>. Aunque la etiología es desconocida, se cree que se debe a unos valores elevados de gonadotropina coriónica humana (BHCG) o a una respuesta ovárica anormal a esta hormona<sup>2,3</sup>. Habitualmente es asintomática y se descubre de manera incidental, pero se han descrito complicaciones como la torsión ovárica o la rotura del ovario. Su naturaleza benigna y su natural progresión a la involución durante el puerperio indican una actitud expectante bajo control ecográfico limitando el tratamiento quirúrgico a las complicaciones o a la reducción del tamaño y disminución de la producción de andrógenos en pacientes con clínica de virilización<sup>4</sup>.

Presentamos un caso de hiperreacción luteínica sintomática en el curso de una gestación normal (con valores anormalmente elevados de BHCG). La rareza de esta entidad en gestaciones normales y su carácter benigno obligan a su conocimiento e inclusión en el diagnóstico diferencial de masas ováricas en la gestación para evitar los tratamientos agresivos que no son necesarios.



Fig. 1. Imagen ecográfica del ovario derecho en la semana 14 de gestación.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, que ingresó en la semana 14 de gestación por presentar dolor abdominal intenso, continuo, localizado en el hipogastrio. Antecedentes personales y familiares sin interés clínico. Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 13 años, con tipo menstrual 4/28, no tomó anticonceptivos orales y se trataba de su primera gestación, producida de forma espontánea y sin problemas de incompatibilidad Rh. En la ecografía realizada presentaba gestación de 14 semanas con feto acorde con la edad de gestación y de morfología normal; la placenta era de aspecto ecográfico normal, inserta en fondo y cara anterior uterinos; el líquido amniótico era normal; se apreciaban dos tumoraciones pélvicas que correspondían a ambos ovarios de tamaño mayor a 10 cm, con múltiples formaciones quísticas (fig. 1). En la exploración refería discreto dolor a la palpación abdominal en hipogastrio. En las exploraciones complementarias destacó una gonadotropina coriónica humana en sangre de 351.380 mU/ml; el resto de valores sanguíneos y bioquímicos fueron normales. Se diagnosticó de

hiperreacción luteínica y se decidió una actitud expectante. Realizamos amniocentesis genética, siendo el resultado 46, XY normal.

Ante la evolución clínica favorable fue dada de alta a los 20 días, con cifras de BHCG de 376.630 mU/ml, ovarios igual que al ingreso y sin dolor, continuando los controles de forma ambulatoria. Las cifras de BHCG se mantuvieron elevadas con cifras en la semana 36 de 190.533 mU/ml.

En las ecografías realizadas posteriormente el crecimiento fetal fue adecuado, el líquido amniótico y la placenta fueron normales. El tamaño ovárico descendió progresivamente, observándose a las 20 semanas unos ovarios de tamaño y estructura prácticamente normales.

En la semana 38 de gestación realizamos cesárea electiva. Nació un feto varón vivo de 2.970 g de peso, con un test de Apgar de 9/10. La placenta era macro y microscópicamente normal y no se detectaban signos de degeneración molar o coriocarcinoma.

## DISCUSIÓN

Es bien conocida la asociación entre la enfermedad trofoblástica gestacional y el aumento del tamaño de ambos ovarios debido a la formación de múltiples quistes de naturaleza benigna y que regresan espontáneamente tras el parto. El cuadro es denominado hiperreacción luteínica por patólogos y quistes tecaluteínicos por los clínicos<sup>5</sup>. Sólo se han descrito 51 casos en gestaciones sin enfermedad trofoblástica, asociándose a gestaciones normales en un 60% de los casos, *hydrops fetalis* inmunológico y no inmunológico y gestaciones gemelares<sup>5,6</sup>. Aproximadamente en un 15% de las pacientes existe virilización<sup>6</sup>.

Con frecuencia es clínicamente asintomático aunque puede provocar dolor por rotura, torsión ovárica o hemorragia. Lo más frecuente es que sea descubierto de forma incidental en una exploración ecográfica o en una cesárea.

No se conoce su etiología aunque por su frecuente asociación con la enfermedad trofoblástica se cree que se debe a los valores elevados de hormona gonadotropina coriónica humana circulantes. No obstante, su aparición en gestaciones normales con valores adecuados de esta hormona sugiere que pueda existir un aumento de la sensibilidad ovárica a la misma<sup>3,7</sup>.

El síndrome de hiperestimulación ovárica es una forma de hiperreacción luteínica provocada iatrogénicamente por la administración de fármacos inductores de la ovulación (como el citrato de clomifeno y la hormona foliculostimulante B [FSH] seguidos de administración de HCG). Este cuadro se caracteriza por

el aumento del tamaño ovárico y la acumulación de líquidos que ocasiona ascitis, hidrotórax y en algunos casos anasarca con graves alteraciones hemodinámicas y de la coagulación.

El tratamiento en ambos cuadros es conservador ya que los quistes regresan de forma espontánea después de retirar los fármacos en el caso del síndrome de hiperestimulación ovárica y tras el parto en la hiperreacción luteínica<sup>2,6</sup>.

Los hallazgos patológicos en los ovarios son los mismos en la hiperreacción luteínica, esté o no asociada a la enfermedad trofoblástica. Los ovarios están aumentados de tamaño, de forma bilateral con mayor frecuencia, debido a quistes que pueden alcanzar tamaños considerables. En algunos casos los ovarios apenas aumentan de tamaño, pero en el examen microscópico ponen de manifiesto una importante luteinización. Las paredes de los quistes son lisas y teñidas de color amarillento; en su interior contienen líquido seroso o serohemático y en ocasiones francamente hemorrágico<sup>8</sup>.

Histológicamente los quistes están tapizados por una capa de células de la granulosa, que pueden estar luteinizadas, y una capa más externa formada por células tecales hiperplásicas y luteinizadas. La estroma es edematosa y contiene un número variable de células luteinizadas tecales<sup>9</sup>.

Se pueden encontrar varios tipos de lesiones benignas durante la gestación, que no precisarán en muchos casos de tratamiento quirúrgico: folículo luteinizado quístico, luteoma de la gestación, ovarios poliquísticos, decidua ectópica, cistadenoma, tumores de células de la granulosa e hiperreacción luteínica. Esta última se diferencia claramente de las anteriores al no ser nunca un quiste único como los cistadenomas y luteomas; no se distingue estructura ovárica normal como en luteomas y decidua ectópica. Se observa un contorno abollonado del ovario deformado por los múltiples quistes a diferencia del contorno del ovario poliquístico y no hay elementos sólidos como suele haber en los tumores de la granulosa<sup>6</sup>.

La evolución natural de la hiperreacción luteínica es a la regresión posparto, por lo que el tratamiento debe ser conservador y debe evitarse la cirugía salvo en casos justificados<sup>2,3</sup>. En los casos asociados a enfermedad trofoblástica, la regresión se produce entre 2 y 12 meses tras el parto<sup>2</sup> e incluso se han observado regresiones espontáneas durante la gestación<sup>10</sup>. Por tanto, es fundamental realizar un diagnóstico correcto de esta entidad evitando la cirugía o haciendo una biopsia en cuña para determinar las características patológicas conservando el tejido ovárico.

**RESUMEN**

Presentamos el caso de una paciente de 29 años de edad, primigrávida con quistes teca-luteínicos bilaterales y una elevación importante de la gonadotropina coriónica humana, sin evidencias de enfermedad trofoblástica ni de uso de fármacos inductores de la ovulación. El parto se resolvió mediante cesárea, nació un varón sano y no se encontró patología en la placenta. Los quistes regresaron de forma espontánea.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Wajda KJ, Lucas JG, Marsh WL. Hyperreaction luteinalis: benign disorder masquerading as an ovarian neoplasm. *Arch Pathol Lab Med* 1988; 113: 921-925.
2. Montz TJ, Schlaerth JB, Morrow CP. The natural history of theca-lutein cysts. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 247-251.
3. Caspi E, Schreyer P, Bukovsky J. Ovarian lutein cysts in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1973; 42: 388-398.
4. Ekkola R, Seppälä P, Klemy PJ. Virilization during pregnancy due to bilateral hyperthecosis. *Hum Res* 1985; 21: 83-87.
5. Younes N, Bakri M. Massive theca-lutein cysts, virilization, and hypothyroidism associated with normal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 153-155.
6. Schnorr JA Jr, Miller H. Hyperreactio luteinalis associated with pregnancy: a case report and review of the literature. *Am J Perinatol* 1996; 13: 95-97.
7. Bradshaw KD, Santos-Ramos R, Rawlins SC, McDonald PC, Parker CR. Endocrine studies in a pregnancy complicated by ovarian theca lutein cysts and hyperreactio luteinalis. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 66-69.
8. González Merlo J, Del Sol JR. *Obstetricia* (3.ª ed.). Barcelona: Salvat, 1991; 307-319.
9. Kurman RJ. *Blawstein's Pathology of the female genital tract* (4.ª ed.). Springer-Verlag, 1994; 610-612.
10. Lenine SC, Huffaker J, Jacobson JB. Second trimester spontaneous regression of theca lutein cysts. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 124-126.