



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2956 - Dolor abdominal en gestante: complicaciones de la FIV

H. Corcoba Fernández<sup>a</sup>, S.P. Aldaz Vaca<sup>b</sup>, J.T. Gómez Sáenz<sup>c</sup>, C. Arina Cordeu<sup>b</sup>, M.C. Martínez Zabala<sup>b</sup>, B. Gonzalo García<sup>d</sup>, F. Panadero Riesco<sup>b</sup>, I.D. Morel Lunda<sup>b</sup>, M. Hernández López<sup>b</sup> y Ó.F. Isaula Jiménez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Paterna. La Rioja. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Joaquín Elizalde. La Rioja. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 30 años con test de embarazo positivo y dolor en hipogastrio, oliguria y disnea. Ha estado en tratamiento de fertilidad con estimulación ovárica con hCG, gonadotropina y antagonista de la GnRH. Transferencia embrionaria en días previos. Antecedentes personales: glomerulonefritis IgA en control por nefrología.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física normal. Analítica: creatinina de 1,0 mg/dL, Na: 131 mmol/L, leve leucocitosis, PCR 26 mg/L y proteinuria. En la ecografía se observan ovarios aumentados de tamaño y leve cantidad de líquido libre en pelvis y mínimo derrame pleural, diagnosticándose de hiperestimulación ovárica leve ingresando en ginecología para tratamiento con albúmina intravenosa. Durante su ingreso, evolucionó hacia un grado de hiperestimulación moderada que no precisó paracentesis, encontrándose al alta asintomática y con normalización analítica y ecográfica.

**Juicio clínico:** Hiperestimulación ovárica.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor abdominal, embarazo ectópico, hemorragia quística, torsión ovárica, hemoperitoneo.

**Comentario final:** El síndrome de hiperestimulación ovárica es una complicación iatrogénica de las técnicas de reproducción asistida tras administración exógena de gonadotropinas. Esto acelera la maduración folicular, provocando sobreexpresión del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y la liberación de sustancias vasoactivas. Se produce un aumento de la permeabilidad capilar, que produce traspaso de líquido desde el espacio intravascular al espacio intersticial. La incidencia está en torno al 3-6% en las formas moderadas y 0,1-3% en las graves. La clínica incluye dolor y distensión abdominal, aumento del tamaño ovárico y ascitis. El diagnóstico se basa en la clínica, los antecedentes de técnicas de reproducción asistida, alteraciones ecográficas. Es una enfermedad autolimitada cuyo tratamiento es conservador y sintomático. Las formas graves pueden requerir ingreso hospitalario con control analítico y ecográfico y profilaxis antitrombótica.

### Bibliografía

1. Busso C, Reis Soares S, Pellicer A. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of ovarian hyperstimulation syndrome. UptoDate, 2015.

2. Budev M, Arroliga A, Falcone T. Ovarian hyperstimulation síndrome. Crit Care Med. 2005;33(10).
3. Pacheco J, Mallaverry H, Vargas V. Síndrome de hiperestimulación ovárica. A propósito de un caso. Rev Per Ginecol Obstet. 2005;51:84-93.

*Palabras clave:* SHO .Complicaciones FIV.