



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3153 - SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Sanz Pérez^a, Á. Faure Grima^b, A. Plazas Sánchez^c y M. Guillén Ibáñez^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Cintruénigo. Navarra. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Sur La Milagrosa. Soria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 34 años, sin AP de interés. Acude por vómitos, diarrea, distensión y dolor abdominal en cuadrantes inferiores desde hace 24 horas. Afebril. No sangrado vaginal ni otra clínica acompañante. No ambiente epidémico. Inició ciclo de estimulación ovárica días atrás. Sospechando síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), derivamos a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, hemodinámicamente estable, afebril, NHNC. Eupneica, ACP normal. Abdomen distendido, sin masas ni megalias, doloroso al palpar cuadrantes inferiores, con defensa, sin irritación peritoneal; peristaltismo conservado. Estudios analíticos y radiográficos normales. Ecografía abdomino-vaginal sin ascitis, con engrosamiento ovárico bilateral (8 cm diámetro, 7 folículos).

Orientación diagnóstica: SHO leve (G2 clasificación Golan).

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, ascitis, apendicitis, embarazo ectópico, SHO, torsión anexial, rotura quiste ovárico...

Comentario final: El SHO es una complicación iatrogénica de las técnicas de estimulación ovárica por respuesta exagerada del ovario a inductores de la ovulación (principalmente, gonadotropinas exógenas) que puede provocar hipercrecimiento ovárico y manifestaciones sistémicas. Incidencia en aumento (0,6-14% ciclos FIVTE; formas graves, 0,2-5%). Fisiopatológicamente, los estimuladores ováricos conducen a secreción de mediadores que inducen aumento de la permeabilidad capilar, favoreciendo la aparición de un tercer espacio y consiguientemente hipovolemia y hemoconcentración, responsables del cuadro clínico. La clínica inicial es gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarrea, dolor y distensión abdominal), pudiendo evolucionar hacia cuadros graves (ascitis, hidrotórax, derrame pericárdico, hipovolemia, tromboembolismo, fallo multiorgánico y hasta PCR). Para estadiar su gravedad se emplea la clasificación Golan, que determinará la actitud terapéutica. Entre los factores de riesgo predisponentes destacan: edad joven, delgadez, síndrome ovario poliquístico, alto n° y tamaño folicular... El diagnóstico se basa en una anamnesis detallada (antecedente reciente de técnica de reproducción asistida), exploración física y pruebas complementarias urgentes (hemograma, bioquímica con iones y función hepato-renal, coagulación, ECG, Rx toraco-abdominal y ecografía abdomino-vaginal). El tratamiento de cuadros leves (G1-3) será ambulatorio (con control ponderal); los graves requerirán ingreso hospitalario con trombopprofilaxis, precisando fluidoterapia intensiva inicialmente (evitar Ringer Lactato) y ante mala respuesta, albúmina, diuréticos (sólo si Hto 38%) y

paracentesis. Por posible compromiso vital, deberemos pensar en SHO cuando exista clínica compatible y antecedente de estimulación ovárica reciente (¡indagar!).

Bibliografía

1. MacDougall MJ, Tan SL, Jacobs HS. In-vitro fertilization and ovarian hyperstimulation syndrome. Hum Reprod. 1992;7:597-600.

Palabras clave: Reproducción asistida. Distensión abdominal. Síndrome de hiperestimulación ovárica.