

## CASO CLÍNICO: MUJER CON ENDOMETRIOSIS GRADO IV Y ESTERILIDAD DE DOS AÑOS DE DURACIÓN.

Mujer de 33 años, diagnosticada de endometriosis ovárica grado IV, que consulta por esterilidad de 2 años. Presenta niveles hormonales basales FSH 8.04 mUI/mL, LH 2.04 mUI/mL, E2 20.1 pg/mL y PRL 11 ng/mL. El recuento de folículos antrales (RFA) fue normal en el ovario derecho y escaso en el izquierdo, debido a la presencia de varios endometriomas.

Debido a la endometriosis grado IV se indica tratamiento mediante fecundación in vitro.

La EOC se inicia con 225 UI de FSHu y 225 UI de LHR, con controles ecográficos y de niveles de E2 a partir del 5º día de estimulación; cuando un folículo alcanza los 14 mm (día 7º) se programa en antagonista de la GnRH (cetorelix 0.25 mg/24h); entre el 9º y el 10º día de tratamiento el E2 se eleva de 1583 a 3206 pg/mL y el día 10º en la ecografía se encuentran 6 folículos >15mm y 10 folículos <11 mm.

Se indica la descarga ovulatoria con un bolo de hCG (250µg.) para ese mismo día 10º y 36h después se realiza la punción folicular obteniéndose 15 ovocitos maduros, de los que fecundan 7; se realiza la transferencia embrionaria (TE) de 2 embriones en día +3 y se vitrifican 4 embriones sobrantes.

Diez días después de la transferencia acude a Urgencias y refiere hinchazón y molestias abdominales desde el día de la transferencia.

En el hemograma presenta hemoconcentración y en la bioquímica sanguínea hiponatremia. Además se diagnostica que está gestante ( $\beta$ -hCG 141 mUI/mL).

En la ecografía se observan ambos ovarios aumentados de tamaño y abundante cantidad de líquido libre tanto en Douglas como en cavidad abdominal.

Ingresa por SHO. Se instaura fluidoterapia, profilaxis antitrombótica y control de líquidos. Permanece ingresada por SHO moderado durante 17 días, acudiendo a Urgencias en varias ocasiones con molestias y sangrados durante el resto del embarazo, requiriendo nueva hospitalización durante 3 días para vigilancia de uno de los episodios de sangrado.

En la semana 35 de gestación se realiza cesárea electiva por placenta previa oclusiva total. RN vivo 2350g.

El SHO, que puede llegar a ser muy grave, ocurre durante la fase lútea del ciclo ovárico en la que después de una alta respuesta a la estimulación hormonal, se presenta crecimiento ovárico persistente y prolongado, asociado a la acumulación de líquido en las cavidades recubiertas por mesotelio (peritoneo, pleura, etc.), en particular la pelvis y el abdomen. Se presenta casi de manera exclusiva como una complicación yatrogénica producida por el uso de hormonas para la estimulación de la ovulación y desencadenada tras la administración de la gonadotropina coriónica (hCG).

---

Los factores de riesgo son: el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la edad (<30 años), el bajo índice de masa corporal (IMC <20), un RFA alto (>14 folículos antrales) y unos niveles de hormona antimulleriana elevados (AMH).

Durante la EOC podemos sospechar un alto riesgo de SHO en una paciente que presenta los siguientes signos:

- Rápido ascenso en los niveles séricos de E2
- E2 sérico mayor de 2.500 pg/mL
- Presencia de más de 15 folículos >14 mm o cuando hay más de 14 folículos mayores o iguales a 11 mm el día de la hCG.

Este caso de SHO, que fue de presentación precoz pero luego se prolongó y agravó con el embarazo, podría haberse evitado, por una parte, induciendo la maduración final ovocitaria con un bolo de agonista de la GnRH( en lugar de hCG) y por otra con la criopreservación mediante vitrificación de todos embriones generados; este es un método de prevención del SHO basado en evitar un embarazo que produciría hCG endógena, sin disminuir la tasa de gestación posterior. Estos embriones se transfieren en un ciclo posterior con buenos resultados, incluso en muchos casos mejores que la transferencia en fresco, al conseguirse en el nuevo ciclo un endometrio de mejor calidad.

---