

Santiago Díaz A<sup>1</sup>, Morales Hernández FV<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Tercer Año de Ginecología y Obstetricia INPer

<sup>2</sup> Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Biología de la Reproducción Humana INPer

## Introducción

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es una entidad de origen iatrogénico durante el uso de las técnicas de reproducción asistida, el cual puede asociarse a complicaciones severas y potencialmente mortales<sup>1</sup>. Se estima una incidencia del 0.6-10%<sup>2</sup>

El SHO está mediado por una liberación exagerada de factores vasoactivos como el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), angiotensina II, interleucina-6, así como el factor de crecimiento similar a la insulina, esto como consecuencia de la estimulación ovárica realizada con gonadotropinas exógenas<sup>3</sup>.

La clasificación del SHO puede realizarse según el momento de aparición con respecto al disparo para inducir la ovulación, si la sintomatología tiene lugar 10 días posteriores se considerará como un SHO temprano, en aquellos en donde suceda posterior al día 10 se tratará de un SHO tardío<sup>4</sup>.

De acuerdo a la sintomatología, hallazgos de laboratorio e imagen también puede clasificarse en leve, moderado, severo y crítico. Esto cobra importancia al momento de definir si la paciente puede recibir tratamiento ambulatorio y hospitalario e inclusive en la unidad de cuidados intensivos<sup>5</sup>.

## Objetivo

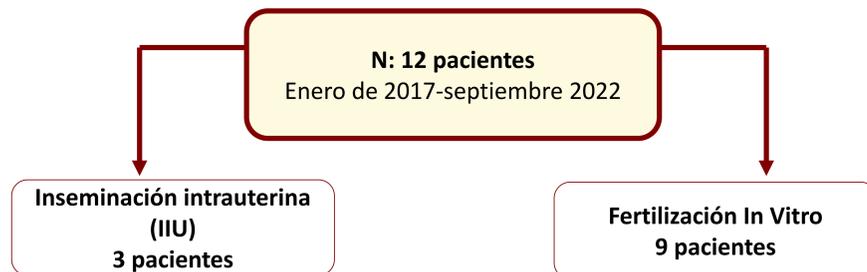
Determinar la prevalencia del síndrome de hiperestimulación ovárica en población sometida a terapias de reproducción asistida durante el periodo enero 2017-septiembre 2022 en un hospital de tercer nivel de atención.

## Material y método

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo en el cual se realizó una búsqueda de datos en el expediente electrónico del Instituto Nacional de Perinatología de las palabras clave: síndrome de hiperestimulación ovárica.

Se incluyeron a todas las pacientes que recibieron protocolo de estimulación ovárica para la realización de FIV/IIU en el Instituto Nacional de Perinatología dentro del periodo enero 2017-septiembre de 2022.

Se obtuvo un total de 13 pacientes de las cuales se excluyó 1 por haber recibido protocolo de estimulación ovárica fuera del Instituto.



## Resultados y discusión

### Prevalencia por año de SHO en el INPer 2017-2022

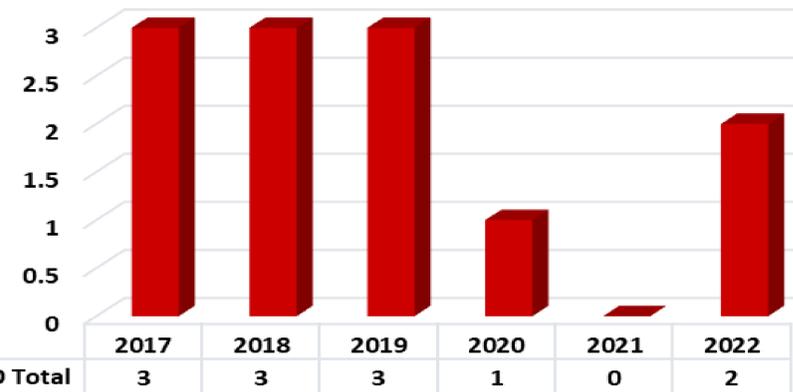


Figura 1. Prevalencia por año de 'síndrome de hiperestimulación ovárica.

El mayor número de casos se presentó entre 2017-2018 con una disminución de los casos reportados en 2020 y 2021. (Figura 1) La sintomatología más común fue la presencia de dolor y distensión abdominal, así como las náuseas en un 75% de los casos, seguido del vómito y la disnea con un 25% y 8%, respectivamente, lo cual coincide con lo descrito por la literatura. El 67% debutaron clasificado como SHO temprano, en tanto que el 33% clasificado como SHO tardío.

Se observaron 2 casos de SHO leve, 6 de SHO moderado, 4 de SHO severo y 0 de SHO crítico, lo cual corresponde al 17%, 50%, 33% y 0%, respectivamente. (Figura 2) Estas cifras son diferentes a la bibliografía revisada, puesto que se considera que el porcentaje reportado como SHO moderado oscila entre 3-10% y 0-3-3% para el SHO severo.

De las pacientes con SHO severo el 75% presentó ascitis, 50% derrame pleural, además de desequilibrio hidroelectrolítico en un 50% a expensas de hiperkalemia y datos de hemoconcentración en un 75% con una cifra máxima de hematocrito de 58.6%

Del total de las pacientes el 25% recibieron manejo ambulatorio, 16.6% ameritaron ingreso a unidad de cuidados intensivos y el 58.3% ingreso a hospitalización, con una estancia promedio de 1 día y 3.4 días, respectivamente.

### Severidad de SHO en el INPer 2017-2022

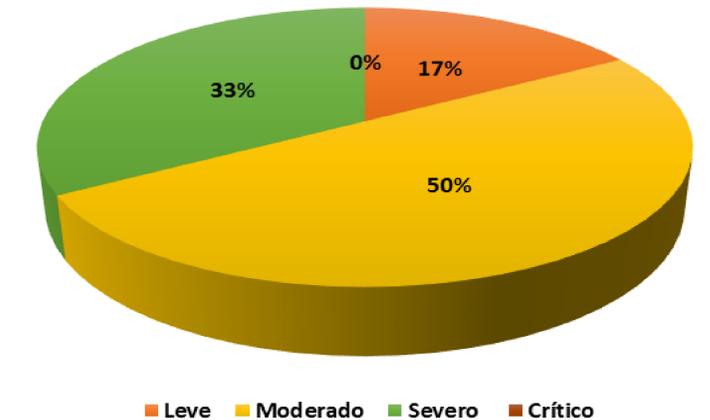


Figura 2. Porcentaje de casos de SHO según severidad.

De las 9 pacientes sometidas a FIV, se realizó transferencia en fresco en el 55.5% de los casos, con un 80% de recién nacido vivo y un 60% de embarazo múltiple. 1 paciente aún se encuentra embarazada en el segundo trimestre.

De las 3 pacientes sometidas a IIU sólo una de ellas logró el embarazo con nacimiento de recién nacido vivo, para el resto de ellas se canceló el procedimiento.

## Conclusiones

El SHO es una entidad en donde es primordial su identificación oportuna puesto que durante la historia natural de la enfermedad puede presentar complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la paciente.

Actualmente en las pacientes con riesgo de hiperestimulación se prefiere la criopreservación para disminuir el riesgo de complicaciones de esta enfermedad.

## Bibliografía

- Schirmer, D.A (et al) Ovarian hyperstimulation syndrome after assisted reproductive technologies: trends, predictors, and pregnancy outcomes. *Fertil Steril.* 2020; 114(3): 567-578
- Nelson, S.M Prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Thrombosis Research* 151, Suppl. 1 (2017) S61-S64
- Timmons, D. (et al.) Ovarian hyperstimulation syndrome: A review for emergency clinicians. *American Journal of Emergency Medicine* 37 (2019) 1577-1584
- Selter, J (et. al) Life-threatening complications among women with severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2019: 1-11
- Blumefeld, Z. The Ovarian Hyperstimulation Syndrome. *Vitamins and Hormones.* 2018: 423-451