

EL SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA Y EL DERRAME PLEURAL

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1); Sánchez García, Ana Belén (2); Carreño Cuadra María José (3).

(1) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella-Málaga. España.

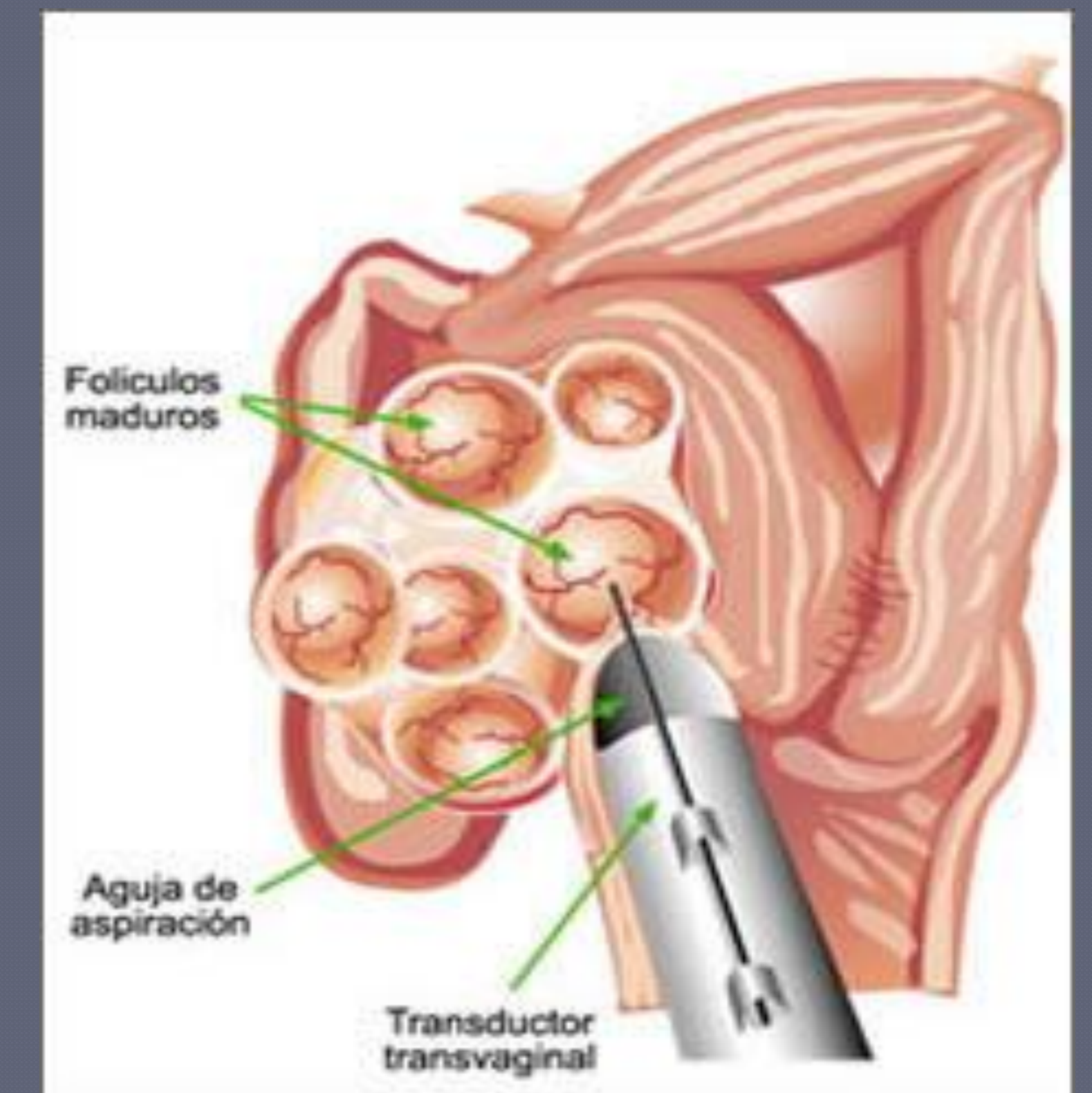
Email: melocotoncillo@hotmail.com

(2) Auxiliar de Enfermería y Trabajadora Social. Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

(3) Enfermera. Hospital Obispo Polanco. Teruel. España.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO o OHSS) se caracteriza por el aumento del tamaño de los ovarios, con la aparición de múltiples quistes y salida de líquido intravascular que produce ascitis, con o sin derrame pleural en relación con el tratamiento hormonal con gonadotropinas humanas, citocinas como las interleucinas (IL), factor de necrosis tumoral alfa o la endotelina 1. En las formas más graves aparece: shock, hipovolemia, insuficiencia renal y alteraciones de la coagulación, que pueden llevar a fenómenos trombóticos.



OBJETIVO

Objetivo de este estudio consistió en revisar la literatura sobre el síndrome de hiperestimulación ovárica y su relación con el derrame pleural.

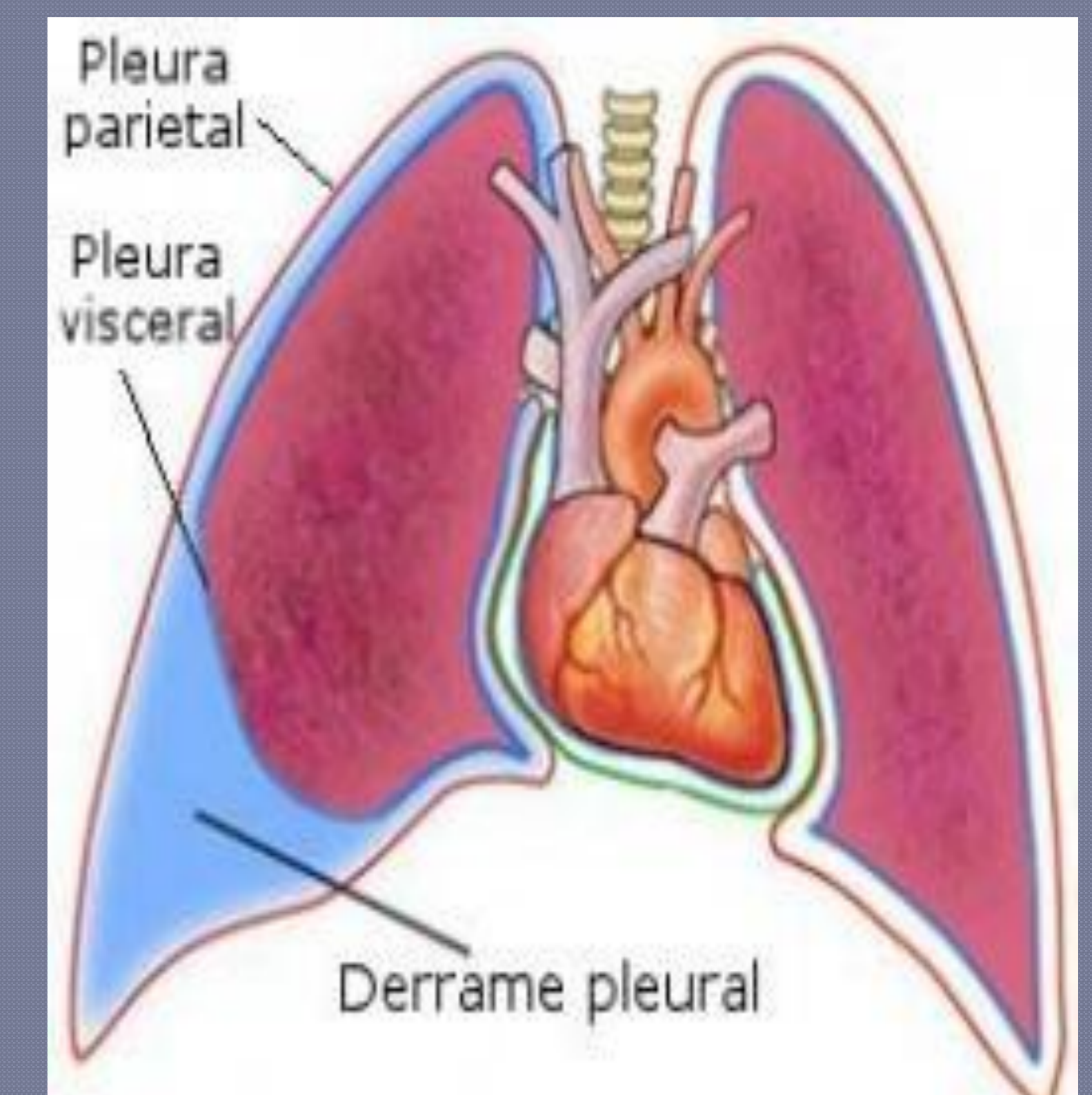
METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane Plus, Medline, Gerion, Scielo, Cuiden, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS y Google Académico, con palabras clave: ovarian hyperstimulation syndrome and pleural effusion.

RESULTADOS

Son numerosas las publicaciones dedicadas a técnicas, que recogían el mencionado síndrome. La patogenia del mismo aún se desconoce. La más aceptada apunta a una alteración de la permeabilidad capilar debida a varias citocinas como, la interleucina (IL)-1, IL-6, IL-8, el factor de necrosis tumoral alfa, el factor angiogénico vascular y la endotelina-1. También interviene la renina. Suele manifestarse entre los 7 y 14 días tras la estimulación, antes de los 7 días suele tratarse de formas más leves de la enfermedad. Se consideran factores de riesgo ser menor de 35 años, un número de folículos mayor de 10, una concentración de estradiol en plasma mayor de 2.000 pg/ml, el ovario poliquístico y el embarazo.

Se recomienda reposo, buena hidratación, analgesia (evitar AINEs), deben evitarse las relaciones sexuales por riesgo de ruptura de quistes y hemorragia intraabdominal, se debe vigilar la ganancia de peso y la diuresis diaria, realizar controles ecográficos y analíticos.



CONCLUSIÓN

La inducción de la ovulación es un tratamiento que aumenta el crecimiento y maduración folicular, para así, aumentar la probabilidad de embarazo. La complicación más frecuente es el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO). El derrame pleural y la ascitis abdominal acompañan con frecuencia a este síndrome.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Ortiz C, Santana Cabrera L, Galante Milicua M, Sánchez-Palacios M. Síndrome de hiperestimulación ovárica severo: a propósito de un caso. Med. Intensiva [online]. 2010, vol.34, n.1, pp. 81-82.
- Serrano Arreba J, Meijide Míguez H, Porteiro Sánchez J, Asensio Hernández P. Derrame pleural y ascitis después de tratamiento con gonadotropina coriónica humana. Galicia Clin 2014; 75 (3): 133-135
- Gaona Arreola R, Cejudo Carranza E, Hernández Gurrola L. Síndrome de hiperestimulación ovárica. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción 2010;2(3):67-73.
- Colaci C. Fisiopatología y prevención del síndrome de hiperestimulación ovárica Reproducción 2010;25:63-75.
- Manno M, Tomei F. Mechanism of severe ovarian hyperstimulation syndrome. Fertil Steril. 2008 Jun;89(6):1843; author reply 1843-4.