

TROMBOSIS DE VENA YUGULAR INTERNA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

Redondo M^a, Paloma MJ^a, Acha V^b, Montoya MC^a, Arguiñano JM^a, Mateos MC^a, Ardaiz MA^a, Burguete Y^a, Ezpeleta I^a, Labaca MA^a, Oyarzábal FJ^a.

Hematología^a, Medicina Interna^b Hospital Virgen del Camino Pamplona

Introducción: La hiperestrogenia producida por las técnicas de inducción de la ovulación aumenta de forma considerable el riesgo de accidentes trombóticos en la mujer, sobre todo cuando existe un síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO). El mecanismo por el que se produce la trombosis no está claro. Los efectos de la hiperestrogenemia sobre la coagulación se ven agravados por la existencia de embarazo. La trombosis puede ser arterial o venosa, afecta a territorios infrecuentes y suele acompañarse de un componente inflamatorio.

Casos clínicos: Presentamos tres casos de mujeres entre 32-38 años sometidas a tratamientos hormonales para realización de fecundación in vitro que presentaron trombosis yugular. A las 2-3 semanas de la transferencia embrionaria comenzaron con clínica sugestiva de hiperestimulación ovárica que requirió ingreso para control hidroelectrolítico. En los tres casos se objetivó en la ecografía ginecológica la presencia de embarazo gemelar. Simultáneamente al diagnóstico de SHO o en los días próximos las tres pacientes comienzan con dolor en zona laterocervical, brazo y signos de inflamación y edema en la zona. Se les realiza ecografía cervical en la que se objetivó trombosis yugular interna (en 1 caso bilateral), y en 2 casos con afectación de subclavia. En las ecografías se objetivó también la presencia de adenopatías múltiples en la zona cervical, con aumento de vascularización a nivel hiliar, de aspecto inflamatorio o reactivo. En la primera paciente se realizó biopsia de una adenopatía que confirmó su carácter reactivo. Ante el diagnóstico se inició tratamiento con heparina sódica en una paciente en la fase inicial y con HBPM a dosis terapéuticas en las otras dos enfermas, con buena evolución clínica de todas las pacientes. Continuaron con HBPM hasta 6 semanas posparto. Se observó repermeabilización temprana de las trombosis y desaparición progresiva de las adenopatías en los controles ecográficos. Una de las pacientes perdió un feto a la semana del diagnóstico de la gestación y las otras dos pacientes llegaron a término con sus embarazos gemelares. Posteriormente se realizó estudio de trombofilia en las tres pacientes. En una se objetivó un déficit leve de PS (57%), en otra una mutación homocigota de la MTHFR con cifras de homocistinemia normales y en la tercera el estudio de trombofilia fue normal.

Conclusiones: 1. La trombosis es una complicación rara pero con importantes consecuencias en los tratamientos de fertilidad. 2. Suele asociarse con un importante componente inflamatorio. 3. Para evitar la trombosis en estas pacientes es importante prevenir SHO. 4. La presencia de trombosis se asocia a la existencia de gestación y es más frecuente en las pacientes con gestación múltiple y alteraciones en el estudio de trombofilia. 5. Se necesitan estudios complementarios para valorar la necesidad de realizar estudios de trombofilia previos a los tratamientos de fertilidad y si es preciso profilaxis con HBPM en pacientes con factores de riesgo.