

Síndrome de hiperestimulação ovariana: Relato de um caso

Ovarian Hyperstimulation syndrome: A case's report

CARLOS G. ALMODIN
JOÃO S. YOKOYAMA
ATILIO L. MOREIRA
SERGIO STORT

Com o avanço recente da indução da ovulação visando colheita de número e qualidade de oócitos que possibilite aumentar a taxa de êxito na fertilização artificial, houve também um real aumento da possibilidade de ocorrência da Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO). A SHO certamente é a complicação mais séria que poderia ocorrer com pacientes que se submetem à indução da ovulação. Síndrome esta caracterizada por acentuado aumento ovariano com múltiplos cistos bilateralmente, acúmulo de líquido no terceiro espaço podendo ocorrer ascite e/ou derrame pleural com conseqüente hemoconcentração e risco de fenômenos tromboembólicos. Em casos de hiperestímulo grave há o risco de falência renal, choque hipovolêmico e morte. Apesar dos riscos a SHO pode ser prevista com uma grande margem de segurança pela dosagem seriada de estradiol.

Relato do caso

Paciente nuligesta, 33 anos com diagnóstico prévio de esterilidade sem causa aparente, depois de várias tentativas sem sucesso com inseminação intra-uterina com espermatozóides capacitados, foi orientada para a fertilização *in vitro* com três tentativas. Iniciou-se a primeira tentativa com acetato de leuprolide (lupron) no 22.º dia do ciclo com 0,20ml em duas tomadas diárias. No 7.º dia de uso do lupron houve sangramento vaginal discreto que permaneceu por quatro dias. Após 14 dias de uso do lupron foi feita a primeira dosagem de estradiol mostrando 15,5pg/ml e FSH — 5,4mU/ml. Iniciou-se então HMG (pergonal 1000) duas ampolas por dia e redução da dosagem do lupron para 0,15ml/dia. Paciente avaliada no sétimo dia após o início do HMG revelava colo

abrindo com boa produção de muco, seis folículos no ovário direito com medidas de 6 à 12mm no maior eixo e com cinco folículos no ovário esquerdo com medidas de 6 à 10mm e estradiol de 1300pg/ml, nova avaliação no nono dia após o início do HMG mostrava maior abertura do colo, aumento na quantidade e finlância do muco cervical, peso corpóreo inalterado, ecografia vaginal revelando ovário direito com sete folículos de 9 à 13mm de diâmetro e ovário esquerdo com oito folículos com 10 à 16mm de diâmetro e estradiol de 1800pg/ml. Nesta fase passou-se a usar somente uma ampola de HMG ao dia e manteve-se a dosagem de lupron inalterada. Avaliação no décimo dia após o início do HMG: colo aberto, muco abundante, ovário direito com oito folículos com 12 à 18mm de diâmetro e ovário esquerdo com oito folículos com 12 à 20mm de diâmetro e estradiol 2200pg/ml, neste dia paciente queixava dores discretas e sensação de plenitude no baixo ventre, mais evidente em fossa ilíaca direita. Neste dia às 22 horas foi feito 10000 unidades de gonadotrofina coriônica humana (HCG). A avaliação do dia seguinte o quadro estava inalterado e a dosagem de estradiol permanecia em 2200pg/ml. Colheita realizada no 12.º dia após o início do HMG obteve-se 12 oócitos dos quais cinco maduros e sete imaturos, fertilizados tivemos sete embriões com duas à oito células os quais foram transferidos com 48 horas após a colheita e não houve gravidez.

Nova tentativa três meses após a primeira, desta vez optou-se por usar citrato de clomifene (serofene) com HMG sem lupron para diminuir o custo da indução. Iniciou-se a indução no segundo dia do ciclo com duas ampolas diárias de pergonal 1000 e dois comprimidos por dia de serofene à partir do quinto dia do ciclo. Primeira avaliação no sétimo dia do ciclo mostrava colo com abertura discreta e muco em pequena quantidade e espesso, ecografia vaginal com ovário direito apresentando 10 folículos com diâmetro médio de 9 à 12mm e ovário esquerdo com 12 folículos com diâmetro médio de 5 à 11mm no maior eixo, estradiol com 3000pg/ml. Nesta fase reduziu-se a dosagem de pergonal para uma ampola diária e interrompeu-se o serofene. Nova avaliação no nono dia do ciclo mostrava colo pouco mais

Clínica Materbaby

Recebido em: 6.5.91

Aprovado em: 9.6.91

Endereço: Carlos Gilberto Almodin
Av. Dr. Angelo Moreira da Fonseca, 3334
CEP 87500 — Umuarama-PR

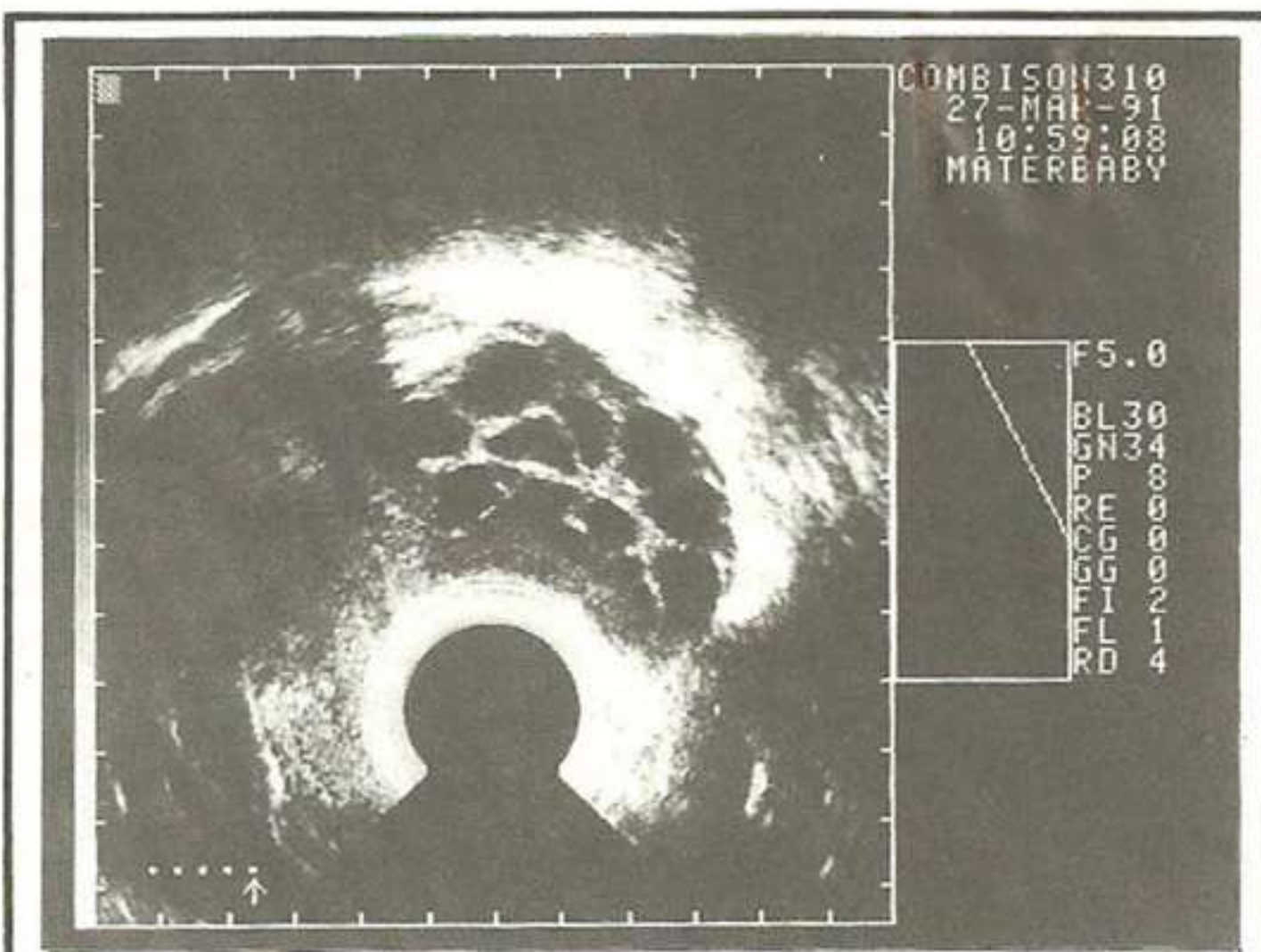


Figura 1 — Ovário direito com 13 folículos no 9.º dia de indução.

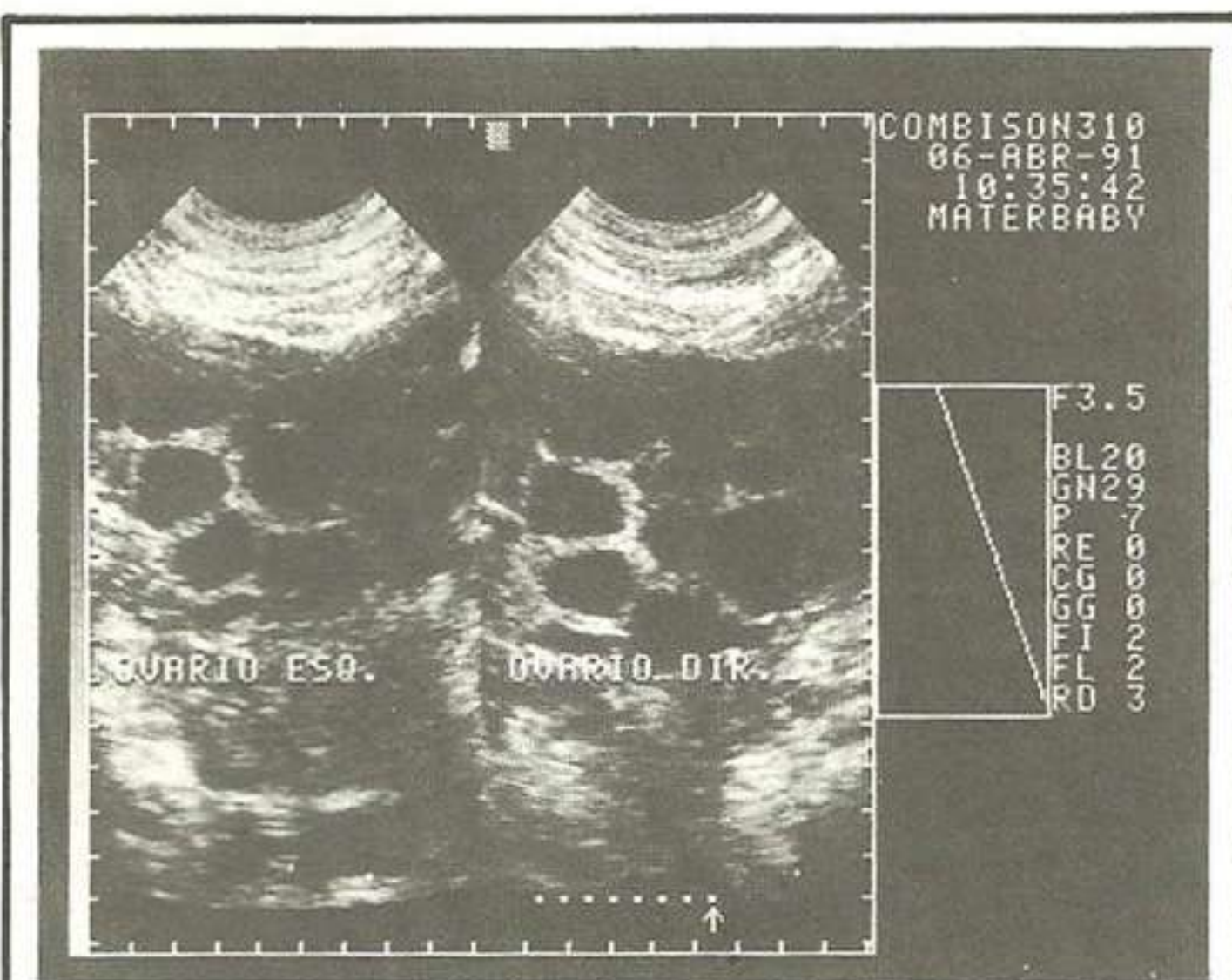


Figura 2 — Cistos ovarianos no 6.º dia após a colheita.



Figura 3 — Cistos ovarianos e ascite no 6.º dia após a colheita.

aberto e quantidade e finlância do muco cervical levemente aumentada, ecografia com ovário direito com 12 folículos com 6 à 16mm de diâmetro e ovário esquerdo com 14 folículos com diâmetro de 6 à

15mm, estradiol com 3800pg/ml. Mantido o esquema de indução e nova avaliação no décimo dia do ciclo: colo e muco cervical inalterados, ovário direito com 12 folículos com 10 à 18mm de diâmetro e ovário esquerdo com 14 folículos com 10 à 17mm de diâmetro e estradiol 3400pg/ml. A avaliação do décimo primeiro dia o quadro permanecia praticamente inalterado. Avaliação do décimo segundo dia paciente queixava plenitude abdominal, aumento de 400 gramas no peso corpóreo, colo e muco cervical com aumento discreto, ovário direito com 12 folículos medindo de 10 à 22mm e ovário esquerdo com 15 folículos medindo de 9 à 18mm de diâmetro e estradiol de 3600pg/ml. Neste dia foi feito 10000 unidades de HCG às 22 horas, e colheita 32 horas após. Foram colhidos 18 oócitos dos quais foram classificados em 12 maduros e seis imaturos. Após duas fertilizações foram transferidos oito embriões com duas à oito células, 72 horas após a colheita. Paciente foi para casa orientada a manter repouso relativo, abstinência sexual e usando 25mg por dia de progesterona natural. Retornou à clínica cinco dias após a transferência com abdômen abaulado, dispnéia aos pequenos esforços, sensação de plenitude pélvica e dores abdominais discretas e difusa. Ao exame físico: abdômen abaulado, dolorido á palpação, extores de base em ambos os pulmões. À ecografia vaginal cistos incontáveis com diâmetro médio de 26 à 40mm no maior eixo tomando todo abdômen até hipocôndrios bilateralmente e discreta ascite.

Conduta e evolução

Após internação foi feita avaliação com nefrologista revelando estado geral bom, boa função renal, discreta hemoconcentração com hematócrito de 49, hemoglobina de 16, albumina 22 proteínas totais 5,0.

Foi realizada terapia de reposição com oito frascos de albumina em gotejamento intravenoso contínuo em 18 horas. A avaliação clínica com 24 horas revelou melhora acentuada da dispnéia e do quadro hematológico permanecendo o desconforto abdominal o qual permaneceu por cinco dias com a gradativa diminuição dos cistos ovarianos. Não havendo gravidez o quadro melhorou totalmente após a menstruação, permanecendo poucos pequenos cistos ainda por 15 dias.

Discussão

Com o uso de gonadotrofinas nas induções da ovulação houve um aumento do risco de síndrome de hiperestímulo ovariano o qual pode ser previsto pelo acentuado aumento do estradiol sérico sendo que taxas acima de 3000pg/ml já devem ser consideradas taxas de risco, o grande número de folícu-

los também se torna incômodo. Nos casos de riscos iminentes devemos suspender a administração de HMG, não aplicar o HCG e manter o agonista se estiver em uso, até a baixa gradativa do estradiol e a reversão do quadro clínico e ecográfico. Quando ocorre a gestação ocorre aumento acentuado de gonadotrofinas devendo ser a paciente vigiada assiduamente e se necessário tratamento em regime hospitalar. Interessante salientar que neste caso não hou-

ve SHO na indução com agonista e ocorrendo sem o agonista.

Summary

The authors report a case of ovarian hyperstimulation syndrome in ovulation induction with clomifene citrate, HMG and HCG to in vitro fertilization. There was total return with an albumina I.V. and emphasize the estradiol in a series of dosages and the follicular development by ultrasound.

Referências bibliográficas

1. Schenker, J.G. & Weinstein, D.: Ovarian hyperstimulation syndrome: a current survey. *Fertil Steril* 30:255, 1978.
2. Rabinowitz, R. & col: Rate of ovarian hyperstimulation syndrome after high dose HMG for the induction of ovulation in IVF cycles. (Abstr.

63) *Hum Reprod* 2 (suppl 1):48, 1987.

3. Thaler, I., Toffe, N., Kaftory, J.K. & Brandes, J.M.: Treatment of ovarian hyperstimulation syndrome: the physiologic basis for a modified approach. *Fertil Steril*, 36:110, 1981.

CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE UROGINECOLOGIA E CIRURGIA VAGINAL

1992

Buenos Aires — Argentina