

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
 - a. Doctor en Medicina Clínica, Especialista en Ginecología y Obstetricia
 - b. Doctora en Ciencias Médicas, Especialista en Ginecología y Obstetricia
 - c. Médico especialista

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: todos los autores declaramos que hemos realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: los autores declaramos que hemos seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: los autores certificamos que no hemos recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 1 mayo 2019

Aceptado: 31 junio 2019

Publicación online: 5 febrero 2020

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona"
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 58162605233.

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondon-Tapia M. Hiperreacción luteínica durante el tercer trimestre del embarazo. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(1):95-99. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2239>

Hiperreacción luteínica durante el tercer trimestre del embarazo. Reporte de caso

Hyperreactio luteinalis during the third trimester of pregnancy. A case report

Eduardo Reyna-Villasmil^{1,a}, Duly Torres-Cepeda^{1,b}, Martha Rondon-Tapia^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2239>

ABSTRACT

Hyperreactio luteinalis is a rare entity of pregnancy characterized by bilateral and functional enlargement of the ovaries that present thin-walled cysts. Several hypotheses suggest it is caused by increased concentrations or ovarian sensitivity to chorionic gonadotropin. Many cases do not present symptoms or complications during pregnancy, and diagnosis is done accidentally by routine ultrasound. This rare benign condition is usually self-limited and resolves spontaneously following delivery. However, some have to be differentiated from malignant ovarian tumors by histological examination. Surgery is indicated when there are complications such as ovarian torsion or peritonitis due to hemorrhage or rupture. We present a case of hyperreactio luteinalis during the third trimester of pregnancy.

Key words: Hyperreactio luteinalis, Ovarian cyst, Adnexal tumor, Pregnancy.

RESUMEN

La hiperreacción luteínica es una entidad poco frecuente del embarazo, que se caracteriza por aumento bilateral y funcional de los ovarios con presencia de quistes de paredes finas. Varias hipótesis sugieren que es causada por el aumento de las concentraciones o la sensibilidad ovárica a la gonadotropina coriónica. La mayoría no presenta síntomas o complicaciones del embarazo, y el diagnóstico se realiza en forma accidental por ecografía de rutina. Es una condición benigna rara, suele autolimitarse y se resuelve espontáneamente después del parto. Sin embargo, a veces no pueden ser diferenciados de los tumores malignos de ovario sin un examen histológico. La cirugía está indicada cuando existen complicaciones como torsión ovárica o peritonitis por hemorragia o rotura. Se presenta un caso de hiperreacción luteínica durante el tercer trimestre del embarazo.

Palabras clave. Hiperreacción luteínica, Quiste ovárico, Tumoración anexial, Embarazo.

INTRODUCCIÓN

La hiperreacción luteínica es una afección ovárica benigna poco común y específica del embarazo, cuyas características principales son aumento del tamaño ovárico bilateral por quistes luteínicos tecales y producción excesiva de andrógenos, con regresión espontánea después del parto⁽¹⁾. La etiología es desconocida, aunque existe evidencia de asociación con concentraciones elevadas de gonadotropina coriónica o respuesta ovárica anormal a esta hormona⁽²⁾. Generalmente es asintomática y se descubre de forma accidental o produciendo dolor abdominal o abdomen agudo por torsión o hemorragia ovárica y, en ocasiones, puede confundirse con neoplasias ováricas malignas. El tratamiento es conservador en ausencia de complicaciones o reducción del tamaño⁽³⁾. Se presenta un caso de hiperreacción luteínica en el tercer trimestre del embarazo.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 25 años, IV gestas, III para, con embarazo de 32 semanas, quien fue enviada a la consulta por presentar tumoraciones quísticas bilaterales, acompañadas de aumento del vello facial y presencia de acné. La paciente negaba antecedentes de patología tiroidea, síndrome de ovarios poliquísticos, uso de anticonceptivos o cualquier tratamiento de infertilidad. También negaba antecedentes familiares de importancia. El embarazo fue espontáneo y había transcurrido sin complicaciones hasta el momento de la ecografía.

Al examen físico, el abdomen estaba globoso a expensas de útero grávido, con altura uterina que correspondía a la edad gestacional. La paciente refería dolor de leve intensidad a la palpación del hemiabdomen inferior. Se observaron signos de virilización: hirsutismo leve en cara y abdomen, con puntaje de Ferriman-Galway de 4; acné leve en cara y espalda superior y estrías pequeñas y poco profundas en hemiabdomen inferior. No se observaron signos clínicos de síndrome de Cushing ni acantosis nigricans. En la evaluación ginecológica no se observó sangrado activo ni clitoromegalia, cuello uterino cerrado sin modificaciones.

En la ecografía se observó feto acorde a la edad gestacional, con morfología normal, placenta fúndica de aspecto normal y volumen de líquido

amniótico adecuado para la edad gestacional. Ambos ovarios estaban aumentados de tamaño (ovario derecho medía 10 centímetros y el ovario izquierdo 13 centímetros), con múltiples quistes de paredes finas y contenido claro. El mayor estaba en el ovario izquierdo y medía 7 centímetros (figura 1). No se observaron componentes sólidos ni calcificaciones ni evidencia de líquido libre en cavidad abdominal. El hígado, páncreas, bazo y riñones estaban normales. Ambos anexos se presentaban vascularizados, con índices de resistencia normales en la ecografía Doppler color.

Los marcadores tumorales (antígeno carcinoembriogénico, CA-125 y CA19-9) estaban dentro de límites normales. Los valores de testosterona total (50 ng/mL), gonadotropina coriónica (5 100 UI/mL) y androstenediona (39 ng/mL) estaban elevados. El resto de las pruebas hormonales (hormonas tiroideas, hormonas foliculoestimulante y luteinizante, gonadotropina coriónica) eran normales. Las pruebas de funcionalismo renal, hepático, electrolitos y de coagulación estaban normales. Las radiografías de tórax y abdomen no presentaron alteraciones. En vista de estos hallazgos se diagnosticó hiperreacción luteínica, decidiendo el manejo expectante.

La evolución de la paciente no mostró complicaciones y a las 41 semanas se realizó cesárea por distocia de encaje y descenso, obteniéndose recién nacido vivo masculino de 3 900 gramos en buenas condiciones y con puntaje de Apgar al

FIGURA 1. IMAGEN ECOGRÁFICA DEL OVARIO IZQUIERDO A LAS 32 SEMANAS, QUE MUESTRA QUISTES SIMPLES CON SEPTOS FINOS, CONTENIDO CLARO Y SIN COMPONENTES SÓLIDOS.

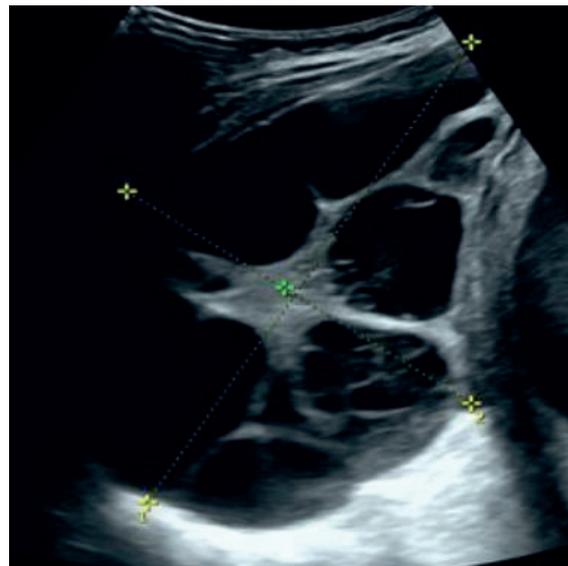




FIGURA 2. OVARIOS CON MÚLTIPLES QUISTES, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CESÁREA.



minuto y a los 5 minutos de 7 y 9 puntos, respectivamente. Durante la cirugía se observó que ambos ovarios estaban aumentados de tamaño, con diámetro de 10 centímetros (ovario derecho) y 11 centímetros (ovario izquierdo), superficie lisa y múltiples quistes de aspecto seroso, sin evidencia macroscópica de malignidad (figura 2). Se realizó aspiración del contenido de los quistes para evaluación anatomopatológica. La evaluación macro y microscópica de la placenta fue normal, sin evidencia de enfermedad trofoblástica, y la citología del líquido del quiste mostró algunos linfocitos y neutrófilos, sin células malignas.

La paciente fue dada de alta al tercer día. A los dos meses, los valores de gonadotropina coriónica (negativo) y testosterona (15 ng/mL) estaban dentro de límites normales. En la evaluación tres meses después, fue evidente la regresión de los cambios ováricos por ecografía. El útero era de tamaño, forma y ecogenicidad normal. El ovario derecho e izquierdo medían 40 y 46 milímetros de diámetro. Las manifestaciones de hiperandrogenismo, como acné e hirsutismo, también habían desaparecido. Luego de 24 meses de seguimiento, la paciente no presenta ninguna sintomatología y el recién nacido ha mostrado un desarrollo acorde a su edad.

DISCUSIÓN

La hiperreacción luteínica, o quistes tecluteínicos, es una condición que está caracterizada por aumento de tamaño de los ovarios, generalmente

bilateral, con múltiples quistes benignos de pared delgada en su interior, que involuciona después del parto. Existe evidencia que propone la asociación con concentraciones elevadas de gonadotropina coriónica, como enfermedad trofoblástica gestacional (25% de los casos), coriocarcinoma (10%), embarazos múltiples e hidropesía fetal⁽¹⁾. También puede ser más común en pacientes con antecedentes de síndrome de ovarios poliquísticos, tratamiento con inductores de la ovulación, aumento de las concentraciones de hormona foliculoestimulante debido a adenoma secretor y mutación de los receptores de gonadotropina; produce luteinización ovárica exagerada debido a las elevadas concentraciones de gonadotropina o a la mayor sensibilidad del estroma ovárico a esta hormona⁽²⁾. Existen informes de casos en pacientes con depuración disminuida de gonadotropina coriónica por disfunción renal y en embarazos simples normales^(4,5).

La fisiopatología de la hiperreacción luteínica es similar al síndrome de hiperestimulación ovárica, pero este último es de origen iatrogénico (causado por fármacos inductores de la ovulación), cuya sintomatología es secundaria al desequilibrio agudo de líquidos que ocasiona ascitis, hidrotórax y, en algunos casos, anasarca y graves alteraciones de la coagulación. Generalmente aparece en el primer trimestre, mientras que la hiperreacción luteínica es espontánea, generalmente asintomática y aparece en el tercer trimestre del embarazo⁽⁶⁾.

La mayoría de los casos de hiperreacción luteínica son asintomáticos y autolimitados, frecuentemente descubiertos en forma accidental. Debido al aumento del tamaño del ovario, puede aparecer dolor por torsión, rotura o atrapamiento, que justifican la cirugía de emergencia. También se ha descrito náuseas, vómitos y pérdida del apetito⁽⁷⁾. Algunas pacientes pueden desarrollar virilización (15% a 25% de los casos), pero la hiperandrogenemia es más frecuente debido a la respuesta ovárica a la gonadotropina coriónica^(7,8). Durante el embarazo, el aumento de las concentraciones de globulina fijadora de hormonas sexuales reduce las manifestaciones clínicas del hiperandrogenismo, ya que tiene alta afinidad tanto por dihidrotestosterona como por testosterona. Por otra parte, la aromatización placentaria de la testosterona evita la virilización fetal, a diferencia de lo que se observa en los tumores ováricos virilizantes. A pesar de



todo esto, existen informes de virilización de fetos femeninos⁽⁸⁾. Además, ya que la subunidad alfa de la gonadotropina coriónica es similar a la hormona estimulante de la tiroides, puede tener efectos tirotrópicos y causar tirotoxicosis⁽⁹⁾.

La ecografía es la técnica de imágenes de elección para el diagnóstico. Los hallazgos característicos son los dos ovarios con apariencia clásica de 'rueda de radios', flujo Doppler normal y ausencia de componentes sólidos. Las imágenes de resonancia magnética también pueden contribuir al diagnóstico y diferenciación de otras patologías ováricas⁽¹⁰⁾. El diagnóstico diferencial en los estudios por imágenes de la hiperreacción luteínica es con el cistadenoma y luteoma. En la hiperreacción luteínica, los quistes son únicos, en los cuales es difícil identificar estructura ovárica normal, como en el luteoma y la decida ectópica. También puede observarse que el contorno del quiste es deforme, lo que permite diferenciarlo del ovario poliquístico, y carece de elementos sólidos como en los tumores de la granulosa⁽³⁾.

Los hallazgos patológicos revelan quistes de paredes lisas, amarillentas y llenas de líquido seroso, serohemático o hemorrágico. Los quistes están tapizados por una capa de células de la granulosa, que pueden estar luteinizadas, y una capa más externa formada por células tecales hiperplásicas y luteinizadas. El estroma es edematoso y contiene un número variable de células luteinizadas tecales⁽²⁾. Aunque puede parecerse a un tumor ovárico maligno como el tumor mucinoso limítrofe de tipo intestinal, debido a su rápido crecimiento y que ambos tienen quistes de paredes finas, el tumor mucinoso tiene componentes sólidos⁽⁸⁾. El diagnóstico diferencial se puede establecer por las concentraciones de gonadotropina coriónica y otros marcadores tumorales, y por las imágenes de ecografía y resonancia magnética⁽⁵⁾.

Las concentraciones elevadas de gonadotropina coriónica en los casos de hiperreacción luteínica pueden contribuir al desarrollo de alteraciones de la coagulación y predisponer a complicaciones tromboembólicas⁽¹¹⁾. Esto podría explicar su asociación con complicaciones del embarazo, como preeclampsia, síndrome de HELLP (hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y trombocitopenia), restricción del crecimiento intrauterino del feto intrauterino y parto pretérmino^(1,12).

Diferentes condiciones, como folículo luteinizado quístico, luteoma de la gestación, ovarios poliquísticos, decidua ectópica, cistadenoma, tumores de células de la granulosa e hiperreacción luteínica, no precisan tratamiento quirúrgico, ya que los quistes involucionan luego del parto, aunque existen informes de regresión espontánea durante el embarazo⁽¹³⁾. La cirugía solo está indicada en casos de complicaciones⁽³⁾. La biopsia o citología del contenido de los quistes puede ser útil para descartar patologías ováricas malignas, conservar el tejido ovárico y evitar cirugía innecesaria. En los casos asociados a enfermedad trofoblástica, la regresión ocurre en los 12 meses siguientes a la resolución del cuadro⁽¹⁴⁾.

Durante el parto, dependiendo de la posición de los ovarios de gran tamaño dentro del abdomen y pelvis, existe la posibilidad de obstrucción del descenso del feto, alteraciones en la presentación y rotura de la lesión. Sin embargo, la hiperreacción luteínica no se considera contraindicación para el parto vaginal. Por otro lado, más de un tercio de los casos es diagnosticado durante la cesárea⁽¹⁵⁾. Después del parto, las concentraciones maternas elevadas de gonadotropina y testosterona pueden producir retraso en la lactancia y baja producción de leche materna⁽⁷⁾.

En conclusión, la hiperreacción luteínica es una patología ovárica benigna y autolimitada que no necesita tratamiento, excepto en casos de torsión rotura o atrapamiento del ovario. Un gran número de los casos es diagnosticado en forma accidental. Es importante diferenciarla de otras patologías que requieren ser tratadas, pues su manejo es conservador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabolovic-Rudman S, Omazic A, Djakovic I, Soljagic-Vranes H, Kosec V. Incidental finding of hyperreactio luteinalis during caesarean section in twin pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(11):2139-41. doi: 10.3889/oamjms.2018.
2. Chaverri AP, Solis BEA, Paulín FD, Cárdenas JEG. Hyperreactio luteinalis and hypothyroidism: A case report. *Case Rep Womens Health*. 2018;21:e00094. doi: 10.1016/j.crwh.2018.e00094.
3. Malinowski AK, Sen J, Sermer M. Hyperreactio luteinalis: Maternal and fetal effects. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(8):715-23. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30176-6.
4. Skandhan AK, Ravi V. Hyperreactio luteinalis: An often mistaken diagnosis. *Indian J Radiol Imaging*. 2014;24(1):84-6. doi: 10.4103/0971-3026.130711.
5. Abe T, Ono S, Igarashi M, Akira S, Watanabe A, Takeshita



- T. Conservative management of hyperreactio luteinalis: a case report. *J Nippon Med Sch.* 2011;78(4):241-5.
6. Haimov-Kochman R, Yanai N, Yagel S, Amsalem H, Lavy Y, Hurwitz A. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and hyperreactio luteinalis are entities in continuum. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24(6):675-8.
 7. Sherer DM, Dalloul M, Khoury-Collado F, Hellman M, Osho JA, Gupta RS, et al. Hyperreactio luteinalis presenting with marked hyperglycemia and bilateral multicystic adnexal masses at 21 weeks gestation. *Am J Perinatol.* 2006;23(2):85-8.
 8. Simsek Y, Celen S, Ustun Y, Danisman N, Bayramoglu H. Severe preeclampsia and fetal virilization in a spontaneous singleton pregnancy complicated by hyperreactio luteinalis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16(1):118-21.
 9. Yeo CP, Khoo DH, Eng PH, Tan HK, Yo SL, Jacob E. Prevalence of gestational thyrotoxicosis in Asian women evaluated in the 8th to 14th weeks of pregnancy: correlations with total and free beta human chorionic gonadotrophin. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2001;55(3):391-8.
 10. Schnorr JAJr, Miller H, Davis JR, Hatch K, Seeds J. Hyperreactio luteinalis associated with pregnancy: a case report and review of the literature. *Am J Perinatol.* 1996;13(2):95-7.
 11. Saisto T, Tiitinen A, Ulander VM, Kaaja R. Clinical cure of severe, early onset preeclampsia with low molecular weight heparin therapy in primigravida with hyperreactio luteinalis and thrombophilia. *Hum Reprod.* 2004;19(3):725-8.
 12. Sienas L, Miller T, Melo J, Hedriana H. Hyperreactio luteinalis in a monochorionic twin pregnancy complicated by preeclampsia: A case report. *Case Rep Womens Health.* 2018;19:e00073. doi: 10.1016/j.crwh.2018.e00073.
 13. Upadhyaya G, Goswami A, Babu S. Bilateral theca lutein cysts: a rare cause of acute abdomen in pregnancy. *Emerg Med Australas.* 2004;16(5-6):476-7.
 14. Bishop LA, Patel S, Fries MH. A case of recurrent hyperreactio luteinalis in three spontaneous pregnancies. *J Clin Ultrasound.* 2016;44(8):502-5. doi: 10.1002/jcu.22343.
 15. Nassr AA, Shamsirsaz AA, Sanz Cortes M, Gibbons WE, Belfort MA, Espinoza J. Unusual course of hyperreactio luteinalis in twin pregnancy complicated by twin-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;52(5):677-8. doi: 10.1002/uog.19010.