

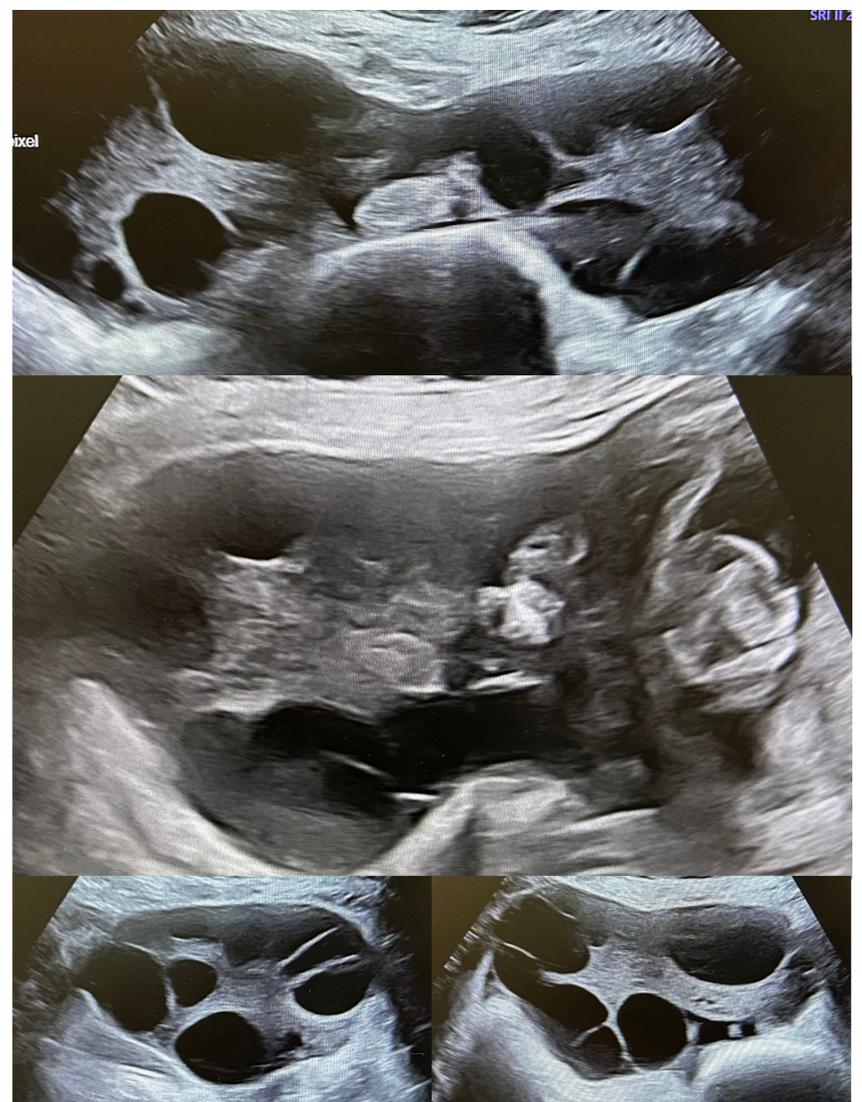
## Caso clínico

Paciente de 36 años, G3P2, gestante de 12+5 semanas que acude a urgencias por dolor en la fosa ilíaca derecha (FID). Se realiza ecografía donde se identifica una masa sólido-quística de aproximadamente 6.7 cm en dicha región. Se inicia seguimiento por niveles elevados de  $\beta$ -HCG y aumento del tamaño de los ovarios, con sospecha de quistes tecaluteínicos.

Antecedentes: diabetes gestacional en embarazos previos, colecistectomía. No refiere otras enfermedades médicas ni hábitos tóxicos.

## Pruebas complementarias

- **Ecografía TV inicial** (12+5 semanas): útero en anteversión con saco gestacional intrauterino, embrión con longitud céfalo-caudal (CRL) de 40 mm y FCF de 178 lpm. Se observan ovarios aumentados de tamaño con signos de estimulación.
- **Biopsia corial:** análisis genético sin alteraciones, se descarta mola parcial o completa.
- **Analítica prenatal:**
  - $\beta$ -HCG inicialmente muy elevada (2.837.447 mUI/ml), posteriormente en descenso.
  - Serologías negativas.
  - Coagulación y bioquímica hepática normales.
  - Hemoglobina estable en controles sucesivos.
- **Ecografía 12 semanas:** bajo riesgo de aneuploidías, morfología fetal sin alteraciones, placenta normoinserta.
- **Curva de O'Sullivan:** alterada.
- **Ecografía de seguimiento (25, 30 y 34 semanas):** crecimiento fetal acorde a la edad gestacional, placenta normoinserta, ovarios con reducción progresiva de tamaño, Doppler de arterias uterinas dentro de la normalidad.



**Imagen 1.** Ovarios aumentados de tamaño en ecografía realizada a las 12+5 semanas de gestación.

## Evolución de la paciente

- En los sucesivos controles de la gestación se objetivó un descenso progresivo de  $\beta$ -HCG y reducción del tamaño de los ovarios.
- Crecimiento fetal adecuado.
- Rotura prematura de membranas (RPM) a las 39+2 semanas, se induce el parto, culminando en un parto eutócico a las 39+4 semanas, con un recién nacido varón de 2830 g, Apgar 9/10.
- Sin complicaciones en el puerperio inmediato, alta hospitalaria a las 48 horas con indicaciones de control postparto y seguimiento ecográfico de los ovarios.

## Conclusiones

El cuerpo lúteo hemorrágico es una causa frecuente de abdomen agudo ginecológico. Su diagnóstico oportuno mediante la exploración clínica de la paciente y pruebas complementarias como la ecografía es crucial para decidir entre manejo conservador o quirúrgico. La laparoscopia es una opción terapéutica efectiva en casos con sangrado significativo, asegurando una recuperación rápida y minimizando complicaciones.