

Presentación de caso

Quiste tecaluteínico en el segundo trimestre del embarazo

Theca-lutein cyst in the second trimester of pregnancy

Karel Fernández Pérez ¹ 

Leonor Ricardo Garrido ¹ 

Marcos Alejandro Fernández Espinal ¹ 

Nerio Steven Núñez Cevallos ² 

Angela Odalis Rodríguez Fortis ³ 

¹ Universidad San Gregorio de Portoviejo, Manabí, Ecuador

² Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí: Portoviejo, Manabí, EC

³ Universidad Técnica De Manabí, Manabí, Ecuador

RESUMEN

Introducción: Un quiste tecaluteínico es un tipo de quiste que se forma en el ovario debido a la estimulación excesiva de las células tecales por las hormonas gonadotropinas, como la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH).

Objetivo: Presentar un caso clínico de quiste tecaluteínico de gran tamaño en ambos ovarios que presentaban riesgo quirúrgico importante y fue seguido hasta el parto.

Método: Se revisa la historia clínica y se presenta el caso de una paciente de 37 años, con diagnóstico de quiste tecaluteínico que se detectó tras estudios imagenológicos de seguimiento y determinación de la hormona gonadotropina coriónica humana.

Resultados: Se dejó evolucionar espontáneamente, los quistes disminuyeron a medida que avanzaba el embarazo con

ABSTRACT

Introduction: A theca-lutein cyst is a type of cyst that is formed in the ovary due to excessive stimulation of theca cells by gonadotropin hormones, such as follicle-stimulating hormone (FSH) and luteinizing hormone (LH).

Objective: Presentation of a clinical case of a large thecalutein cyst in both ovaries that presented a significant surgical risk and was monitored until delivery.

Method: The clinical history is reviewed and the case of a 37-year-old patient is presented; she was diagnosed with a thecalutein cyst that was detected after follow-up imaging studies and determination of human chorionic gonadotropin hormone.

Results: She was allowed to evolve spontaneously and the cysts decreased as the pregnancy progressed, with complete regression after delivery. Most important,

regresión total después del parto. Lo más relevante es que, aunque estos tumores abarcan menos del 1 % de los tumores ginecológicos, representan una amenaza para la vida de las mujeres en edad reproductiva.

Conclusiones: La hiperreacción luteínica es una rara entidad patológica ovárica benigna y autolimitada, usualmente bilateral, asociada al embarazo. Se caracteriza por un aumento del tamaño de ambos ovarios a expensas de múltiples quistes, en este caso la clínica y el aspecto ecográfico son semejantes al síndrome de hiperestimulación ovárica. El caso presentado fue diagnosticado en forma accidental, donde hubo regresión espontánea de los quistes, aunque es válido señalar que su aparición y regresión le confiere a este cuadro unas características que nos recomienda realizar una conducta conservadora.

Palabras clave: quiste tecaluteínico, hiperreacción luteínica, quiste ovárico

although these tumors represent less than 1% of gynecological tumors, they pose a life-threatening condition for women of reproductive age.

Conclusions: Luteal hyperreactivity is a rare, benign, self-limiting ovarian pathology, usually bilateral, associated with pregnancy. It is characterized by an increase in the size of both ovaries due to multiple cysts. In this case, the clinical presentation and ultrasound appearance are similar to ovarian hyperstimulation syndrome. The case presented was diagnosed accidentally, with spontaneous regression of the cysts, although it is worth noting that their appearance and regression give this condition characteristics that recommend a conservative approach.

Keywords: theca-lutein cyst, luteal hyperreactivity, ovarian cyst

Recibido: 19/09/2025.

Aprobado: 11/10/2025.

Editor: Yasnay Jorge Saíñz.

Aprobado por: Silvio Emilio Niño Escofet.

Introducción

Un quiste tecaluteínico es un tipo de quiste que se forma en el ovario debido a la estimulación excesiva de las células tecales por las hormonas gonadotropinas, como la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La hiperreacción luteína es una afección ovárica benigna poco común y específica del embarazo, cuyas características principales son aumento del tamaño ovárico bilateral por quistes luteínicos tecales. Generalmente es asintomática y se descubre de forma accidental o al producir 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.

El objetivo de la investigación consistió en presentar un caso clínico de quiste tecaluteínico de gran tamaño en ambos ovarios que presentaban riesgo quirúrgico importante y fue seguido hasta el parto.

Presentación de caso

Paciente de 37 años multigesta, multípara AGO: G3 P3 A0 C0, última gesta hace 13 años, cursando embarazo de 18,5 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre (fecha de última menstruación no confiable) menarquia a los 12 años, ciclos menstruales regulares, flujo normal previo a embarazos, se protegía con anticonceptivos como Levonorgestrel – etinilestradiol (0,15/0,003 mg) (después de segundo embarazo y suspendido) una pareja sexual. APP: litiasis renal bilateral (hallazgo reciente) e hipotiroidismo para el cual toma levotiroxina 150mcg vía oral. Acude a esta casa de salud referida del hospital de Calceta por presentar dolor leve en hipogastrio, tipo urente, irradiado a toda la zona pélvica, más aumento del volumen abdominal. Orina sin dificultad y refiere tener deposiciones una o dos veces por semana que mejora con dieta alta en fibra.

- APF: No refiere
- AQx: Ninguno
- Tipo de sangre: O+
- Alergias: No refiere
- Inmunizaciones: Completas según esquema MSP
- Hábitos tóxicos: Ninguno
- Citología vaginal: No realizada

Examen físico

- Cabeza: normocefálica, pupilas isocóricas reactivas.
- Cuello: sin adenopatías, simétricas.
- Tórax: campos pulmonares normofonéticos, rítmicos, expansibilidad normal.

- Abdomen: globuloso, presenta masas palpables en flanco derecho e izquierdo, móviles, de consistencia blanda, forma ovalada y bordes regulares.
- Extremidades: simétricas, sin edema con xerosis en miembros inferiores.
- Urinario: diuresis conservada.
- Tegumentos: sequedad y fragilidad de la piel en extremidades inferiores.
- Ginecológico: altura uterina indeterminada.
- FCF: 125lpm (doppler).
- Cérvix: sin modificaciones.

Exámenes complementarios

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática. Fecha: (19/06/2024)

- Recuento de glóbulos rojos: $2,99 \times 10^6/\mu\text{L}$
- Hemoglobina: 7,9 g/dL
- Hematocrito: 25,0 %
- VCM: $83,5 \mu\text{m}^3$
- HCM: 26,4 pg
- CHCM: 31,6 g/dL
- RDWc: 17,2 %
- RDWs: $50,8 \mu\text{m}^3$
- Plaquetas: $327 \times 10^3/\mu\text{L}$
- Plaquetocrito: 0,25 %
- MPV: $7,5 \mu\text{m}^3$
- PDWc: 6,8 %
- P-LCC: $41 \times 10^3/\mu\text{L}$
- P-LCR: 12,4 %
- Glóbulos blancos: $5,55 \times 10^3/\mu\text{L}$
- Linfocitos: 22,5 %
- Neutrófilos: 71,4 %
- Monocitos: 5,4 %
- Eosinófilos: 0,5 %

- Basófilos: 0,2 %
- Linfocitos (#): $1,25 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- Neutrófilos (#): $3,97 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- Monocitos (#): $0,30 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- Eosinófilos (#): $0,03 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- Basófilos (#): $0,01 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

Bioquímica

- Glucosa: 81,83 mg/dL
- Hemoglobina glicosilada HbA1c: 6,19 %
- Urea: 11,61 mg/dL
- Creatinina: 1,04 mg/dL
- Ácido úrico: 3,81 mg/dL
- Bilirrubina total: 0,48 mg/dL
- Bilirrubina directa: 0,09 mg/dL
- Bilirrubina indirecta: 0,39 mg/dL
- TGO/AST: 51,65 U/L
- TGP/ALT: 32,91 U/L
- Gama GT: 17,22 U/L

Coagulación

- Tiempo de protrombina TP: 10 seg
- INR: 1
- Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 32 seg

Biometría hemática. Fecha: (21/06/2024)

- Leucocitos: 4,46 K/ μL
- Hematíes: $3,37 \cdot 10^6/\mu\text{L}$
- Hemoglobina: 9,8 g/dL
- Hematocrito: 31,5 %
- VCM: 93,4 fl
- HCM: 29,2 pg

- CHCM: 31,1 g/dL
- IDE: 20,2 %
- Plaquetas: 275 K/ μ L
- VPM: 8,9 fl
- Plaquetocrito: 0,245 %
- N. Segmentados: 75,1 %
- Linfocitos: 18,3 %
- Basófilos: 0,2 %
- Eosinófilos: 0,5 %
- Monocitos: 5,9 %
- Granulocitos inmaduros: 0,01 K/ μ L

Bioquímica sanguínea

- Hemoglobina A1c (DCCT-NGSP): 4,5 %
- Hemoglobina A1c (IFCC): 26 mmol/m
- Glucosa Media Estimada: 82 mg/dL
- Urea: 11 mg/dL
- Glucosa basal: 105 mg/dL
- Creatinina: 0,51 mg/dL
- Ácido úrico: 3,10 mg/dL
- Bilirrubina total: 0,56 mg/dL
- Bilirrubina directa: 0,33 mg/dL
- Bilirrubina indirecta: 0,23 mg/dL
- Proteínas totales: 6,33 g/dL
- Albúmina: 3,32 g/dL
- Globulinas: 3,01 g/dL
- Índice A/G: 1,10

Perfil lipídico

- Colesterol total: 227 mg/dL
- Triglicéridos: 424 mg/dL
- HDL colesterol: 31 mg/dL

- LDL colesterol: 82 mg/dL
- Cociente colesterol total/HDL: 7,3
- Índice HDL/LDL colesterol: 0,38

Enzimas

- TGO/ASAT: 38 U/L
- TGP/ALAT: 41 U/L
- Gamma GT: 41 U/L
- Fosfatasas alcalinas: 256 U/L

Exámenes hormonales

- T3 total: 1,01 ng/mL
- T4 libre: 0,5 ng/dL
- T4 total: 7,87 µg/dL
- TSH: 11,6 uIU/mL
- LH (CLIA): 0,0 mIU/mL
- HCG+Beta (CLIA): 12980,3 mIU/mL

Hemostasia y coagulación

- Tiempo de protrombina: 12,9 seg
- INR: 0,98
- Tiempo parcial de tromboplastina: 31,2 seg

Gases-electrólitos sanguíneos

- Sodio: 137 mmol/L
- Potasio: 3,08 mmol/L
- Cloro: 104 mmol/L

Serología y enfermedades infecciosas

- Anti HCV: Negativo
- Sífilis (Detección de Anticuerpos): Negativo
- Ag. HBs (Hepatitis B): Negativo

Marcadores tumorales

- CA-125 (CLIA): 31 U/mL
- Alfafetoproteína (CLIA): 43,21 ng/mL
- Proteína 4 Epididimal Humana: 55,79

Exámenes de imagen

- **Ecografía obstétrica. Fecha del estudio: 08/05/2024**

Útero: en anteversión, mide 14,8 x 8,4 x 10,9 cm, homogéneo, contornos regulares.

Ovario derecho: aumentado de tamaño, mide 14,0 x 10,3 x 11,1 cm, volumen de 847 ml, con varios quistes foliculares que miden entre 3,3 cm a 3,7 cm.

Ovario izquierdo: aumentado de tamaño, mide 17,0 x 8,2 x 12,2 cm, volumen de 901 ml, con varios quistes foliculares que miden entre 4,1 cm a 4,5 cm.

Fondo de saco de Douglas: no se visualiza liquido libre.

Se visualiza saco gestacional con feto único, vivo, que mide 4,58 cm de longitud craneocaudal, correspondiente a 11 semanas 3 días de gestación.

Frecuencia cardiaca embrionaria: 162 lpm saco vitelino mide 0,78 cm de diámetro.

Placenta anterior grado 0-1 liquido amniótico en cantidad adecuada.

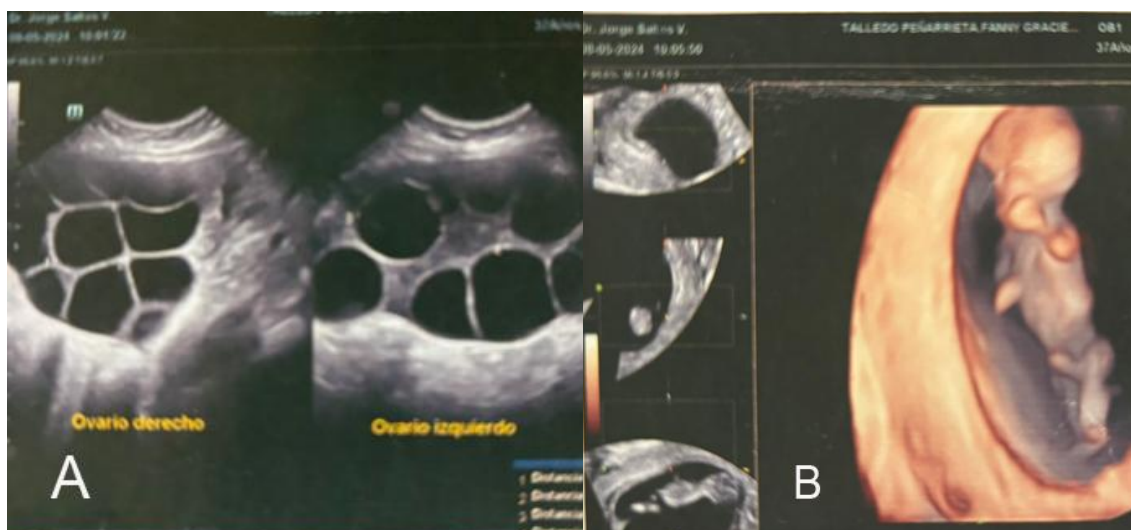


Figura 1. Ecografía abdomino pélvica. Fecha: 17/06/2024. A. Quistes tecaluteínicos. B. Útero grávido con feto vivo en su interior de 17 semanas de gestación.

También se observó en ese examen: hígado de tamaño normal textura homogénea, ecogenicidad conservada, vías biliares intra y extrahepáticas no dilatadas, colédoco de calibre normal, vesícula de tamaño y pared normal sin alteración en su interior, páncreas y bazo de tamaño y eco textura normal.

Riñón derecho de movilidad y posición normal mide 109 x 43 mm parénquima 14 mm, con relación seno parénquima conservada, litiasis de 4 y 5 mm en cáliz medio e inferior sin dilatación del sistema excretor, no imagen nodular ni quística.

Riñón izquierdo de movilidad y posición normal mide 116 x 55 mm parénquima 23 mm, con relación seno parénquima conservada, litiasis de 6 mm en cáliz inferior sin dilatación del sistema excretor, no imagen nodular ni quística.

Aorta de calibre normal.

No liquido libre en cavidad.

Vejiga con poca repleción sin alteraciones en su interior.

Útero grávido con feto vivo en su interior de 17 semanas de gestación con frecuencia cardíaca de 154 latidos por minuto.

Hacia los lados y parte superior del útero se observa 2 imágenes quísticas con múltiples tabiques avascular, al Doppler color que miden aproximadamente 149 x 99 mm el derecho y 153 x 99 mm el izquierdo.

Conclusiones

Litiasis renal bilateral. Quistes complejos de ovarios bilateral.

- **Resonancia magnética simple. Fecha de estudio: 21/06/2024**

Hígado de tamaño aumentado, de intensidad de señal homogénea de bordes lisos, no se observan lesiones solidas ni quísticas. Lhd mide: 17.2cm

Vena porta es de calibre normal.

Vesícula bien distendida, de paredes delgadas (3mm) con imágenes líticas en su interior.

Vía biliar extrahepática e intrahepática de morfología normal.

Páncreas de morfología habitual y conducto pancreático principal de calibre normal.

Bazo de tamaño e intensidad señal normal sin lesiones focales.

Vejiga, parcialmente llena de paredes delgadas.

Útero: se observa en estado de gravidez con feto único en su interior.

Ovarios: imágenes quísticas multilobuladas con septos finos en su interior hiperintensos en T2 de comportamiento quístico de gran tamaño aparenta origen anexial bilateral.

No hay líquido libre en cavidad.

Impresión diagnóstica

Imágenes de comportamiento quístico de gran tamaño aparenta de origen anexial bilateral.

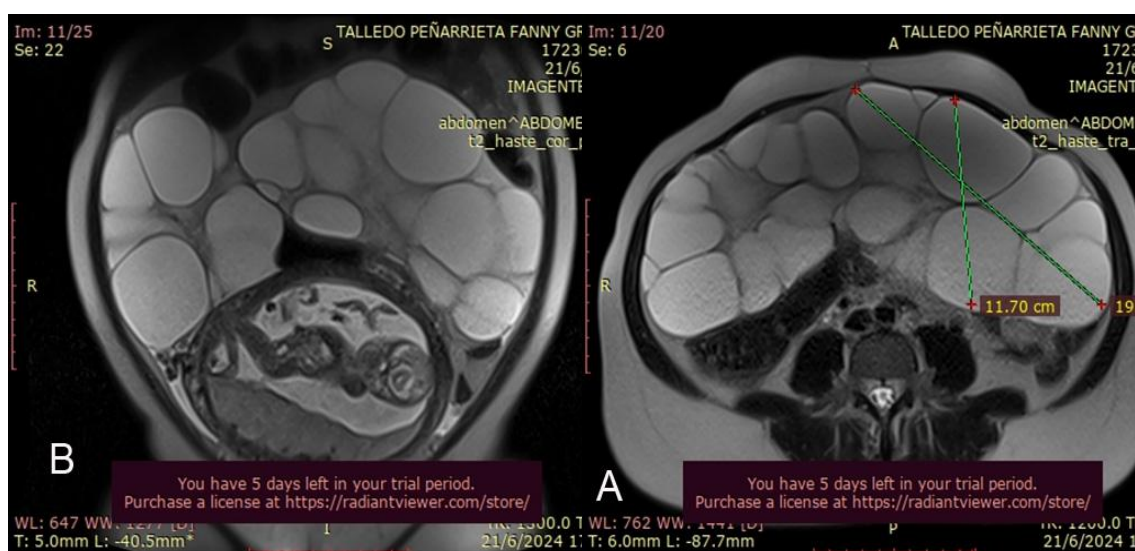


Figura 2. Resonancia magnética simple 21/06/2024. A. Gran tamaño de los quistes en ambos ovarios. B. Ovarios: imágenes quísticas multilobuladas con septos finos en su interior hiperintensos en T2 de comportamiento quístico de gran tamaño aparenta origen anexial bilateral. No hay líquido libre en cavidad.

- **Ecografía obstétrica. Fecha: 05/08/2024**

Útero gestante con producto único vivo, con movimientos activos en situación longitudinal cefálico dorso anterior izquierdo.

Biometría de:

- Dbp: 57,1 mm
- Cc: 215,3 mm
- Ac: 192,0 mm
- Lf: 41,0 mm

Peso 614 gramos $\pm$ 90 gramos.

Percentil 51 %

Latidos cardíacos rítmicos sincrónicos con frecuencia promedio de 144 latidos por minuto.

Cráneo: estructuras intracraneales sin alteración.

Tórax: pulmones sin alteración, corte de 4 cámaras normal.

Abdomen: estomago, riñones asas intestinales y vejiga presentes y sin alteraciones.

Columna: íntegra.

Extremidades: 4

Sexo masculino.

Placenta fúndica anterior lateralizada a la derecha grado I de maduración, al momento sin evidencia de imágenes que sugieran hematomas.

Líquido amniótico bolsillo mayor de: 5,2 cm normal

Se observan ambos ovarios con formaciones quísticas, ovario derecho que mide 89 x 44 x 92 mm con un volumen de 191 cc.

Ovario izquierdo mide 104 x 119 x 75 mm con un volumen de 491 cc, los cuales están en relación con quistes tecaluteínicos bilaterales.

Conclusiones

Embarazo con producto único vivo que corresponde a 23 semanas 3 días según parámetros biométricos $\pm$ 1 semana.

Placenta fúndica anterior lateralizada a la derecha grado I de maduración, al momento sin imágenes que sugieran hematomas.

Líquido amniótico normal.

Quistes tecaluteínicos bilaterales.

- **Ecografía pélvica Fecha: 29/04/2025**

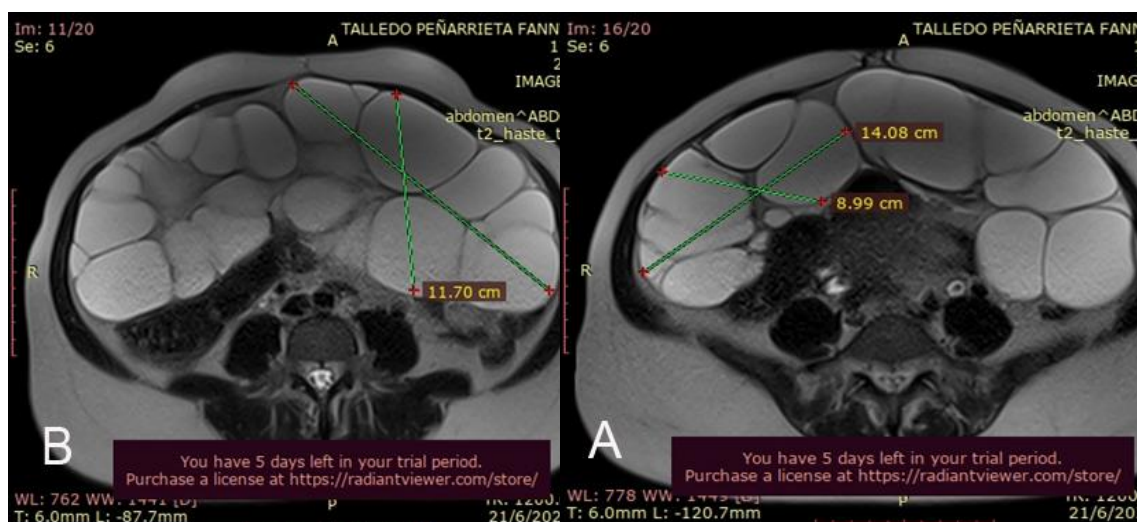


Figura 3. Ultrasonido 29/04/2025. A. Ovario derecho mide 11,70 cm x 19,37 cm. B. Ovario izquierdo mide 8,99 cm. x 14,08 cm.

Se realiza ecografía de útero y anexos por vía abdominal observando: vejiga con mediana repleción pared fina sin alteraciones en su interior; útero en ante verso flexión de textura homogénea mide 104 x 37 x 63 mm; endometrio de 4 mm; no DIU; no SG. Ovario derecho mide 46 x 39 x 27 mm con un volumen de 26,16 cc con folículos de 4 y 5 mm en numero de 4. Ovario izquierdo mide 48 x 39 x 38 mm con un volumen de 37,8 mm con folículos de 4 mm en numero de 3. Douglas libre.

Conclusiones

Útero y anexos sin alteración ecográfica al momento.

La evolución de la paciente no mostró complicaciones y a las 38 semanas se produce el parto eutócico donde se obtuvo recién nacido vivo, de buen peso, buenas condiciones y con puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos de 7 y 9 puntos, respectivamente. La evaluación macro y microscópica de la placenta fue normal, sin evidencia de enfermedad trofoblástica y los quistes regresaron espontáneamente.

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 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. 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

En la literatura revisada muchos autores concuerdan que la hiperreacción luteínica, o quistes tecaluteínicos, 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.^(1,2,3,4) Sin embargo otros plantean que 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.

Autores como Reyna-Villasmil y Chaverri,⁽²⁾ plantean que 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 en vista a las elevadas concentraciones de gonadotropina o a la mayor sensibilidad del estroma ovárico a esta hormona, elementos no encontrados en la paciente objeto de investigación.

En contraposición a lo planteado anteriormente otros autores asumen que existen informes de casos en pacientes con depuración disminuida de gonadotropina coriónica por disfunción renal y en embarazos simples normales, lo cual se asemeja en parte al caso clínico presentado en esta investigación.^(4,5)

Por otro lado, existen autores que manifiestan que 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.⁽⁶⁾

La hiperreacción luteínica es espontánea, generalmente asintomática y aparece en el tercer trimestre del embarazo, aunque en el caso presentado aparece el quiste en el segundo trimestre del embarazo. ⁽⁶⁾

Según criterio de varios autores la mayoría de los casos de hiperreacción luteínica son asintomáticos y autolimitados, frecuentemente descubiertos en forma accidental; esto coincide con el caso de esta investigación. Otros refieren que, por causa del aumento de 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 por causa de la respuesta ovárica a la gonadotropina coriónica. ⁽⁷⁾

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. 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. ⁽⁸⁾

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. ⁽⁹⁾ 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 decidua ectópica.

Asimismo, 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⁾ 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. 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⁾

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. En este caso, se produjo la regresión espontánea después del parto, por lo que, de acuerdo con la literatura, la cirugía solo está indicada en casos de complicaciones.

Se coincide en que los casos asociados a enfermedad trofoblástica, la regresión ocurre en los 12 meses siguientes a la resolución del cuadro, mientras que algunos autores refieren que, durante el parto, según 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, para otros la hiperreacción luteínica no se considera contraindicación para el parto vaginal, lo cual coincide con la conducta terapéutica asumida en este caso, que se evidencia que los quistes iban en disminución a medida que se avanzaba en la gestación y desaparecieron totalmente después del parto.

El aporte científico de esta investigación consiste en que se demostró la pertinencia de mantener una expectativa de observación a la presencia de complicaciones para decidir la conducta quirúrgica solo en los casos estrictamente necesarios.

Conclusiones

La hiperreacción luteínica es una rara entidad patológica ovárica benigna y autolimitada, usualmente bilateral, asociada al embarazo. Se caracteriza por un aumento del tamaño de ambos ovarios a expensas de múltiples quistes, donde la clínica y el aspecto ecográfico semejan al síndrome de hiperestimulación ovárica. El caso presentado fue diagnosticado en forma accidental donde hubo regresión espontánea de los quistes, aunque es válido señalar que su aparición y regresión le confiere a este cuadro unas características que nos recomienda realizar una conducta conservadora.

Referencias bibliográficas

1. 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 [citado 11/04/2025];66(1):95-99. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100095&lng=es
2. Darling AJ, Albright BB, Strickland KC, Davidson BA. Molar Pregnancy: Epidemiology, Diagnosis, Management, Surveillance. Currnt Obstet Gynecol Report. 2022 [citado 02/08/2025];11:133-141. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13669-022-00327-6>
3. Fontoura G, Dotti S, Citrin E. Neoplasia trofoblástica gestacional: mola invasora. Reporte de un caso. Arch Ginecol Obstet. 2022 [citado 02/08/2025];60(1):77-86. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvj8K_uuGQAxUqTTABHSf3HfkQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Ffi-admin.bvsalud.org%2Fdocument%2Fview%2F8ysj7&usg=AOvVaw0nIDf5wNw0LU2y6GZBxZse&opi=89978449

4. Blanco Hernández LR. Manejo de la neoplasia trofoblástica gestacional. A propósito de un caso. Rev Med Electrón. 2024 [citado 03/08/2025];46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100015&lng=es
5. Tienda Pimentel M, Tienda Gonzáles M, Santos Zapata R, Sánchez Valdivieso E. Tumor trofoblástico de sitio placentario secundario a mola parcial. Reporte de un caso. Ginecol. Obstet Méx. 2023 [citado 2025];91(4):264-268. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400006&lng=es
6. de Menezes Lustosa Carvalho AR, Gonçalves Soares Santos Serra I. Risk factors and prognosis in gestational trophoblastic neoplasia: A Review. RSD. 2023 [citado 06/12/2023];12(9):e13812943348. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43348>
7. Coto Solari DL, Silvera MB, Bravo M, Hernández EV, Grammatico DB, Segura DR, *et al.* Embarazo: cuándo no todo es color de Rosas. SERAM. 2022 [citado 23/09/2025];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8812>
8. Belalcazar Y. Embarazo molar en mujer mayor de 50 años: a propósito de un caso. Mediciencias UTA. 2022 [citado 02/10/2025];6(2):79-83. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1627>
9. 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 [citado 06/07/2024];6(11):2139-2141. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6290439/>

Declaración de Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este estudio.

Contribución de Autoría

Los autores participaron en igual medida en la conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, visualización, redacción del original, revisión y edición.



Los artículos de la [Revista Correo Científico Médico](#) perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu