



**Mi Universidad**

**Caso Clínico**

*Nombre del Alumno: Andi Saydiel Gómez Aguilar.*

*Nombre del tema: Caso Clínico*

*Parcial: IV*

*Nombre de la Materia: Biología del Desarrollo.*

*Nombre del profesor: Guillermo del Solar Villarreal.*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.*

*Semestre: I*

*Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 19 de Diciembre de 2023.*

## Bloque I. CASO MÉDICO No. 4

*Dr. Teófilo Toledo Hiray*

Paciente femenina de 21 años de edad, sin antecedentes de importancia. Telarca y pubarca a los 13 años, menarca a los 14 años, ritmo menstrual de 30x4, con dismenorrea discreta, en cantidad normal. Inicio de vida sexual activa a los 20 años, número de parejas sexuales 1, sin uso de métodos anticonceptivos. Se encuentra cursando 1er embarazo, Fecha de último menstruación 12 semanas antes de su ingreso.

**Padecimiento actual.** La paciente acude al hospital por presentar hemorragia transvaginal de 3 días de evolución, en regular cantidad, que ha sido tratada con reposo, acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio, irradiado a región lumbosacra. Refiere expulsión de pequeñas vesículas con aspecto de uvas por vía vaginal. Al interrogatorio dirigido refiere que presenta desde hace 5 semanas hiperemesis gravídica, de contenido biliar, que le ha condicionado pérdida de peso de aproximadamente 8 kg. Además ha presentado hemorragia transvaginal, en 4 ocasiones, de escasa cantidad, sangre oscura, sin dolor, y que los cuadros previos de hemorragia han cedido espontáneamente.

**Exploración física.** La paciente se encuentra en mal estado general, caquética, palidez acentuada, presión arterial 90/50 mmHg, pulso débil, frecuencia cardíaca 110/min, Abdomen blando, doloroso, con fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical (corresponde a embarazo de 22 semanas de gestación). Al tacto vaginal se encuentra cérvix blando, entreabierto, hemorragia vaginal oscura en regular cantidad, con coágulos.

### **Estudios paraclínicos**

Ultrasonido obstétrico: Ovarios aumentados de tamaño, con múltiples quistes tecoluteínicos. Útero aumentado de tamaño, no se evidenció producto, imagen en “panal de abejas”.

Determinación sérica de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana

546,494 mUI/ml

## VALORES NORMALES DE hGC EN EL SUERO DURANTE EL EMBARAZO:

0 a 2 semanas 5 – 500

2 a 3 semanas 100 - 5 000

3 a 4 semanas 500 - 10 000

4 a 5 semanas 1 000 - 50 000

5 a 8 semanas 10 000 - 200 000

2 a 3 meses 10 000 - 100 00

### **Evolución**

La paciente presentó aumento de la contractilidad uterina y de la cantidad de pérdida sanguínea. Un nuevo examen ginecológico revela cuello uterino con canal permeable, palpándose material vesicular protruyendo a través de orificio cervical externo. Se decide evacuación uterina mediante aspiración, bajo control ecográfico y anestesia general. Se realizó estudio histopatológico que reporta degeneración hidrópica de vellosidades coriales. Actualmente acude al hospital para seguimiento, realizándose determinaciones seriadas de hGC.

### **ACTIVIDADES**

1.- ¿Por qué la paciente presenta hiperemesis gravídica?

La hiperemesis gravídica se atribuye al aumento pronunciado de la hormona gonadotropina coriónica humana (hGC), común en algunos embarazos.

2.- ¿Por qué están elevados los niveles de hormona gonadotropina coriónica?

Los niveles elevados de hGC sugieren una enfermedad trofoblástica gestacional, como la mola hidatiforme, caracterizada por un crecimiento anormal del trofoblasto.

3.- ¿Qué tejido constituye las vesículas expulsadas por la paciente?

Las vesículas con aspecto de uvas expulsadas son vellosidades coriales, parte del tejido placentario.

4.- Describa el aspecto macroscópico de las vellosidades coriales normales y compárelo con el material aspirado a la paciente.

Las vellosidades coriales normales son esponjosas y vascularizadas. La degeneración hidrópica de vellosidades en el material aspirado indica cambios patológicos.

5.- Observe un corte histológico de vellosidades coriales normales del primer trimestre y compárelo con el de la paciente.

Las vellosidades coriales normales tienen una estructura ordenada con vasos sanguíneos. La degeneración hidrópica en el estudio histopatológico confirma cambios patológicos.

6.- ¿Por qué la altura del fondo uterino es mayor a la normal?

La altura aumentada del fondo uterino se debe al crecimiento del útero, indicando un embarazo de 22 semanas.

7.- ¿A qué se debe la imagen en panal de abejas que se observa en el ultrasonido?

La imagen sugiere quistes tecolutéfnicos en los ovarios, característicos de la mola hidatiforme.

8.- La paciente está embarazada pero no tiene producto. ¿Cómo se lo explicaría?

La presencia de niveles elevados de hGC sin evidencia de un feto en el ultrasonido apunta a una mola hidatiforme, una enfermedad trofoblástica gestacional.

9.- ¿Por qué es importante realizar un seguimiento a la paciente?

El seguimiento es crucial para monitorizar la normalización de los niveles de hGC, detectar complicaciones y garantizar la salud de la paciente después de la evacuación uterina.

10.- ¿Cuál es el origen de esta patología?

La patología se relaciona con una mola hidatiforme completa o parcial, una enfermedad trofoblástica gestacional que provoca la formación anormal de tejido trofoblástico en lugar de un feto normal.