

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, caquéctica, 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

EMBRIOLOGÍA HUMANA 13

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?

Por los cambios hormonales durante el embarazo

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

Podría ser por un embarazo múltiple

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

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

Son pequeñas proyecciones en forma de dedos de aproximadamente un milímetro de longitud que sobresalen de los pliegues circulares. Cubren toda la superficie de los pliegues.

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

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

puede ser sencillamente por estar gestando un bebé sano y recordete, y también es habitual en un embarazo de gemelos.

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

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

Probablemente sea por un desvalance hormonal

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

Porque a las mujeres embarazadas es importante que lleven un control prenatal

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