



Mi Universidad

Caso Clínico

Nombre del Alumno: Sonia Palomeque Ochoa.

Nombre del tema: Caso Clínico III

Parcial: III

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 noviembre de 2023.

Bloque I. CASO MÉDICO No. 3

Dr. Teófilo Toledo Hiray

Paciente femenina de 30 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de importancia. Telarca a los 12 años, menarca y pubarca a los 13 años, ritmo menstrual 28x5, cantidad normal, ritmo de eliminación normal, sin dolor. Fecha de última menstruación 38 semanas antes. Inicio de vida sexual activa a los 21 años, con 1 pareja sexual. Gesta 5, Para 3 Aborto 1. Cesárea 0. Embarazos, partos y puerperios normales, atendidos en medio hospitalario, con promedio de peso de los productos de alrededor de 3 kg. Lactancia al seno materno por 8 meses en promedio. Usó métodos anticonceptivos por periodos variables, nunca más de dos años, utilizó hormonales orales combinados, Dispositivo intrauterino y preservativos. Fecha de último parto hace 3 años. Fecha de último aborto hace 2 años, espontáneo, de 9 semanas, con legrado uterino que fue necesario repetir a las 48 horas, por retención de restos y deciduoendometritis.

Padecimiento actual. Acude paciente a consulta, con embarazo a término. Refiere presentar sangrado transvaginal, de 2 días de evolución, en abundante cantidad, de color rojo brillante, con coágulos, niega dolor o algún síntoma agregado. Refiere que el cuadro lo había presentado desde los 4 meses de embarazo, pero la hemorragia era escasa y había cedido con reposo en cuatro ocasiones anteriores.

Exploración física. Se encuentra paciente en buen estado general, con palidez de tegumentos, abdomen con fondo uterino a 32 cm por arriba de sínfisis del pubis, ocupado por producto único vivo intrauterino en situación transversa, con foco fetal audible en hemiabdomen superior a 140 latidos por minuto, rítmico y de buena intensidad.

Estudios paraclínicos. Se solicita ultrasonido transabdominal, el cual reportó en corte longitudinal una imagen ecogénica homogénea, que corresponde a placenta, cubriendo totalmente orificio cervical interno. Resto sin alteraciones.

Evolución de la paciente. Se realiza operación cesárea, obteniendo producto masculino, aparentemente sano. Placenta fácilmente desprendible, con cotiledones íntegros en su cara maternal, peso 500 g, con 20 cm de diámetro y 2.5 cm de grosor.

ACTIVIDADES

1.- ¿Qué es la implantación o nidación y cuál es el sitio normal en el que se realiza? En este caso, ¿se trató de una implantación normal?

La implantación o nidación es el proceso mediante el cual el blastocisto (estructura formada por la masa celular interna) se adhiere y se incrusta en la pared del útero. Normalmente, la nidación ocurre en la porción superior del cuerpo del útero, específicamente en la mucosa endometrial. En este caso, la presencia de la placenta cubriendo totalmente el orificio cervical interno indica un desplazamiento anormal de la ubicación placentaria, lo cual no se considera una implantación normal.

2.- Normalmente, ¿en qué día de la gestación ocurre la implantación y en qué estadio se encuentra el producto? En este caso, ¿en qué día pudo haber tenido lugar la nidación?

La implantación ocurre prácticamente alrededor del sexto día después de la fecundación, en el estadio de blastocisto. En este caso, la información proporcionada no especifica el día exacto de la gestación en el que pudo haber tenido lugar la nidación.

3.- Menciona cinco requisitos para que ocurra una implantación normal. En este caso, ¿falló la reacción decidual?

- Sincronización adecuada entre el estadio del blastocisto y la receptividad endometrial.
- Integridad del endometrio.
- Una reacción decidual adecuada.
- Un flujo sanguíneo uterino adecuado.
- La presencia de un blastocisto viable y funcional. En este caso, no se proporciona información suficiente para determinar si hubo fallo en la reacción decidual u otros requisitos.

4.- ¿Qué variedades existen de esta alteración placentaria y cuál corresponde al caso clínico?

Hay varias variedades de alteraciones placentaria, y una de ellas es la placenta previa, que se caracteriza por cubrir total o parcialmente el orificio cervical interno. En este caso, la descripción de la placenta cubriendo totalmente el orificio cervical interno sugiere una placenta previa.

5.- ¿Qué consecuencias de dicha anomalía se presentaron en la paciente?

Las consecuencias pueden incluir sangrado transvaginal, que puede ser profuso, como en el caso de esta paciente. Además, puede haber complicaciones durante el parto, como hemorragia posparto y la necesidad de una cesárea.

6.- ¿Por qué está contraindicada la realización de un tacto vaginal a la paciente?

El tacto vaginal está contraindicado en casos de placenta previa debido al riesgo de desencadenar un sangrado profuso al tocar o perturbar la placenta que está baja y cubre el orificio cervical.

7.- ¿Por qué se indicó operación cesárea?

La operación cesárea se indica en casos de placenta previa para evitar el riesgo de hemorragia masiva que podría ocurrir durante el trabajo de parto y el parto vaginal.

8.- ¿Cómo distingues la cara materna de la cara fetal de la placenta? ¿Qué importancia médica tiene verificar la integridad de los cotiledones?

La cara materna es la que se adhiere a la pared uterina, mientras que la cara fetal está en contacto con el feto. Verificar la integridad de los cotiledones es importante para asegurar un desprendimiento adecuado de la placenta sin dejar fragmentos que podrían llevar a complicaciones como la retención de restos placentarios.

9.- ¿Son normales las características reportadas en relación a la placenta?

Las características reportadas sobre la placenta en este caso, como su peso, diámetro y grosor, son normales. Sin embargo, la ubicación cubriendo totalmente el orificio cervical interno es anormal y corresponde a una placenta previa.